



Guía de Beneficios

2027

¡Inscríbete en línea!

www.mybenefits.com/usd260



Beneficios 2027

Estimados Empleados de las Escuelas
Públicas de Derby,

Apoyar a las personas que marcan la diferencia en nuestras escuelas todos los días es una prioridad en las Escuelas Públicas de Derby. Nuestros empleados dan vida a nuestra visión de que cada estudiante, todos los días, se prepara para el futuro, y proporcionar un sólido paquete de beneficios es una forma en que reconocemos y apoyamos el importante trabajo que realizan.

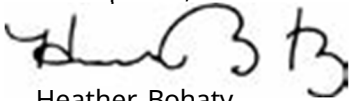
Al mirar hacia el año del plan de beneficios 2027, nuestro enfoque sigue siendo ofrecer opciones significativas que apoyen su salud, bienestar y seguridad financiera. En todo el país, los costos de atención médica continúan aumentando, creando desafíos tanto para empleadores como para empleados. Las Escuelas Públicas de Derby siguen comprometidas a navegar estos aumentos de manera responsable mientras protegen la calidad de los beneficios disponibles para nuestro personal. A través de una planificación cuidadosa, colaboración y un uso responsable de los recursos del distrito, continuamos trabajando hacia soluciones que apoyen a nuestros empleados mientras mantenemos la sostenibilidad financiera a largo plazo.

Para el año escolar 2026-2027, la Junta de Educación, trabajando en colaboración con la Asociación Nacional de Educación de Derby (DNEA) a través de la Negociación Basada en Intereses (IBB), aprobó \$200,000 adicionales para beneficios de seguro de salud. El distrito seguirá proporcionando una contribución definida para las primas de seguro de salud para el año del plan 2027, junto con oportunidades para ganar incentivos adicionales de bienestar. Esta contribución es un monto mensual fijo pagado por el distrito hacia el costo de la cobertura de seguro de salud de un empleado. Los empleados que trabajen menos de medio tiempo o aquellos que no participen en el plan de seguro de salud del distrito no son elegibles para una contribución de la Junta de Educación. Para el año del plan 2027, las contribuciones mensuales base del distrito son:

- Solo Empleado: \$698
- Empleado + Cónyuge: \$1,139
- Empleado + Hijo(s): \$1,139
- Familia: \$1,378

Sus beneficios se extienden más allá del seguro de salud. Desde la cobertura dental y visual hasta los ahorros para la jubilación, programas de licencia, recursos de bienestar y oportunidades de crecimiento profesional, nuestro paquete de beneficios está diseñado para apoyarlo a través de diferentes etapas de la vida y la carrera. Lo alentamos a explorar esta guía, aprender sobre las opciones disponibles y seleccionar los beneficios que mejor se adapten a sus necesidades. La fortaleza de las Escuelas Públicas de Derby proviene de las personas que sirven a nuestros estudiantes y familias cada día. Gracias por el cuidado, la dedicación y la experiencia que aporta a nuestro distrito. Estamos orgullosos de invertir en usted, así como usted continúa invirtiendo en el éxito de nuestros estudiantes.

Con aprecio,



Heather Bohaty
Superintendente de Escuelas

Acerca de esta Guía

Esta guía destaca sus beneficios. Los documentos oficiales del plan y del seguro rigen sus derechos y beneficios bajo cada plan. Para más detalles sobre sus beneficios, incluidos los gastos cubiertos, exclusiones y limitaciones, consulte las descripciones resumidas de los planes (SPDs), el documento del plan o el certificado de cobertura para cada plan. Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerán los documentos oficiales. Su empleador se reserva el derecho de hacer cambios en cualquier momento a los beneficios, costos y otras disposiciones relativas a los beneficios.

Estamos complacidos en ofrecer un programa integral de beneficios para usted y sus miembros de la familia elegibles. Esta guía proporciona un resumen de los beneficios disponibles; los documentos oficiales del plan rigen en caso de cualquier discrepancia. Se le anima a revisar esta guía y consultar los documentos del plan para obtener información más detallada.

Esta guía se visualiza mejor en formato electrónico para que puedas acceder a enlaces que te dirigirán a información adicional a través de los sitios web de los proveedores. Además, hay un video de descripción general de beneficios en la página de inicio de

www.mybenefitshub.com/usd260

Acceso a Información de Beneficios

La información sobre beneficios se publica en el portal de beneficios, **THEbenefitsHUB**, y está disponible para revisión antes de hacer tus elecciones de beneficios.

Para copias del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), Descripción del Plan Resumida (SPD), Política de Privacidad de HIPAA, Resúmenes de Beneficios, enlaces al sitio web del proveedor y formularios, visita

THEbenefitsHUB en mybenefitshub.com/usd260

Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)

Como se requiere por la Ley de Cuidado Asequible, los Resúmenes de Beneficios y Cobertura (SBC) están disponibles y se pueden acceder a través del portal de beneficios - **THEbenefitsHUB**. Los SBC resumen información importante sobre las opciones del plan de beneficios médicos en un formato estándar, para ayudarlo a comparar entre planes y tomar una decisión informada. Si desea una copia impresa de los SBC (sin costo), comuníquese con el Departamento de Nómina y Beneficios.

Información sobre Medicamentos Recetados de Medicare

Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o se volverá elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. La información importante se puede encontrar en los [avisos legales](#) del guía de beneficios. Por favor, [lea el aviso con](#) atención y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por su empleador a través del plan médico y sobre sus opciones, si corresponde, bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

En Esta Guía	
Elegibilidad Inscripción	4 -5
Programa de Asistencia al Empleado	6-7
Seguro Médico	8-9
Primas Médicas	10-11
Información sobre Seguro Médico	12-14
Cuenta de Ahorros para la Salud	15
Programa de Bienestar	16-17
Seguro Dental	18-19
Seguro de Visión	20-21
Cuentas de Gastos Flexibles	22-23
Seguro de Discapacidad	24
Seguro de Vida Pagado por el Distrito	25
Seguro de Vida Voluntario y AD&D	26-27
Plan Suplementario 3 en 1	28-29
Plan de Accidentes Aflac	30
Plan de Enfermedades Críticas de Aflac	31
Plan de Indemnización Hospitalaria de Aflac	32
LegalShield IDShield.	33
Plan de Ahorros para el Jubilación 403(b).	34
DNEA United Way	35
Avisos Legales	36-41
Información de Contacto	43

Elegibilidad | Inscripción

Los empleados elegibles y los miembros de la familia elegibles pueden inscribirse en los beneficios descritos en esta guía. Los empleados elegibles y los miembros de la familia incluyen:

- Empleados activos a tiempo completo que trabajan regularmente 20 horas o más por semana
- Su cónyuge legal
- Sus hijo(s), hasta los 26 años, incluidos los hijos adoptivos, de crianza y cualquier niño del cual tenga tutela legal o custodia ordenada por un tribunal. Un niño que no puede mantenerse por sí mismo debido a una discapacidad resultante de una condición física o enfermedad mental puede ser aprobado más allá del límite de edad de 26.

Recordatorios Importantes de Inscripción

Para todas las coberturas elegidas, debes estar activamente en el trabajo en la fecha de efectividad de la cobertura para que los beneficios se activen; de lo contrario, habrá una fecha de efectividad retrasada.

Nuevos Empleados → Insíbete en los beneficios elegibles dentro de los 30 días a partir de tu fecha de contratación. **Las elecciones de beneficios realizadas a tiempo entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a 30 días de empleo.**

Empleados Existentes → Insíbete en los beneficios elegibles durante el período de inscripción abierta. Si no te inscribes/cambias tus elecciones de beneficios dentro de este plazo, serás reinscrito en las selecciones de beneficios que tenías, con la excepción de las elecciones de la Cuenta de Gastos Flexibles/Cuenta de Ahorros para la Salud, que requieren una inscripción activa cada año. **Los beneficios que se eligen/renuevan durante la Inscripción Abierta son efectivos a partir del 1 de enero.**

Todos los Empleados Elegibles para Beneficios → Una vez que finaliza tu oportunidad de inscripción, los cambios en los beneficios no están permitidos hasta la próxima Inscripción Abierta, a menos que ocurra un evento de vida calificado.

Eventos de Vida Calificados

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

Matrimonio, divorcio, separación legal

- Nacimiento, adopción, tutela legal u orden de manutención médica infantil
- Cambio en el estado de dependencia del niño (Ten en cuenta que un niño que alcance el límite de edad máximo—generalmente 26—será eliminado de los beneficios)
- Muerte del cónyuge, hijo u otro dependiente calificado
- Cambio en los beneficios o el estado laboral del cónyuge o del hijo que afecta su estado de elegibilidad
- Pérdida de cobertura en otro plan de salud grupal o pérdida de elegibilidad a través del Mercado (Por favor, tenga en cuenta: la pérdida de cobertura debido a la falta de pago de primas no constituye un cambio de elección a mitad de año.)
- El individual se vuelve elegible/no elegible para Medicaid o Medicare

Debe notificar al Departamento de Nómina y Beneficios sobre cualquier evento de vida calificado dentro de 30 días a partir de la fecha del evento si está solicitando un cambio en sus beneficios (o 60 días si el cambio de elección es un derecho de inscripción especial relacionado con la elegibilidad para el subsidio estatal de asistencia para primas o relacionado con la pérdida de elegibilidad para Medicaid o SCHIP). Los cambios solicitados relacionados con el evento de vida calificado deben ser coherentes con el evento.

Inscripción

Los Empleados deben iniciar sesión en **THEbenefitsHUB** para Empleados para inscribirse o rechazar la cobertura.

mybenefitshub.com/usd260

Necesitarás iniciar sesión incluso si no planeas inscribirte en ningún beneficio. Si no deseas inscribirte en un renunciarás/declinarás la cobertura para cada beneficio.

El Distrito proporciona a los empleados elegibles una póliza de Seguro de Vida a Término Colectivo SIN COSTO PARA EL EMPLEADO. Necesitarás proporcionar información del beneficiario para la póliza de seguro de vida. No podrás renunciar a esta cobertura.

El inicio de sesión requiere autenticación multifactor. En la página de inicio de sesión, deberás ingresar tu apellido, fecha de nacimiento y los últimos cuatro dígitos de tu número de seguro social. Después de completar la información identificativa, haz clic en iniciar sesión, lo que te llevará a una pantalla para seleccionar el método mediante el cual deseas recibir la verificación de seguridad adicional. Selecciona el método para recibir el código de seguridad. Una vez que recibas el código de seguridad, deberás ingresarlo y hacer clic en 'Verificar' para completar el proceso de inicio de sesión. Luego podrás continuar en el sistema para completar tu inscripción en beneficios.

Una vez que hayas cambiado tu contraseña, comenzarás a proporcionar la información requerida en cada página. En la parte inferior de cada página habrá un botón de Aceptar, Guardar y Continuar o Finalizar.

Debes continuar a través de todo el proceso de inscripción hasta el final, lo cual será evidente cuando llegues a la pantalla del Formulario de Inscripción Consolidado marcada con una marca de verificación verde.

CONSOLIDATED ENROLLMENT FORM



CONGRATULATIONS!

You have successfully completed your online enrollment.

¿Preguntas?

Si tienes preguntas o problemas con el proceso de inscripción, por favor contacta a tu Equipo de Beneficios de Derby en el Departamento de Nómina/Beneficios del Distrito o a nuestro Socio Consultor de Beneficios, Howden.

Departamento de Nómina y Beneficios

Mary Shannon

mshannon@usd260.com

(316) 788-8413

Korie Wannow

kwannow@usd260.com

(316) 788-8422

Denise Bird

dbird@usd260.com

(316) 788-8444

Socio Consultor de Beneficios - Howden

Jennifer Kurth

Jennifer.kurth@howdengroup.com

(316) 200-6121

Ruth Shank

Ruth.shank@howdengroup.com

(316) 644-6382

Debe hacer sus elecciones de beneficios dentro de los 30 días a partir de su fecha de contratación o no será elegible para elegir beneficios hasta el siguiente periodo anual de inscripción.

Una vez que hayas realizado tus elecciones, no podrás cambiarlas hasta el próximo período de inscripción abierta a menos que tengas un evento calificativo.

Programa de Asistencia al Empleado

El **Programa de Asistencia al Empleado Lucet (EAP)** es un **recurso gratuito y confidencial** proporcionado por su empleador para ayudarle a enfrentar los desafíos de la vida y mantener un equilibrio saludable entre el trabajo y el hogar.

La vida sucede sin importar el día o la hora.

Lucet EAP está disponible 24 horas al día, 365 días al año.

- Recibe apoyo cuando no te sientes como tú mismo
- Obtén ayuda con responsabilidades que son distrayentes o estresantes
- Mejora las relaciones personales
- Recibe atención después de un evento traumático o diagnóstico
- Toma decisiones saludables de estilo de vida
- Mejora e inspira la vida diaria
- Sé más presente y productivo en el trabajo
- Desarrolla habilidades personales y profesionales
- Ayuda con asesoría legal o preguntas
- Asistencia con presupuestos o preocupaciones financieras
- Y más...

Su Programa de Asistencia al Empleado (EAP) ofrece una amplia gama de opciones de apoyo diseñadas para satisfacer sus necesidades de salud mental y bienestar. Ya sea que prefiera hablar con un consejero, acceder a herramientas digitales o explorar recursos autodirigidos, el EAP proporciona vías flexibles para ayudarlo a enfrentar los desafíos de la vida. Con apoyo profesional y confidencial disponible en múltiples formatos, puede elegir el enfoque que le resulte más cómodo y efectivo.

Evaluación y Referencias—Los expertos en salud conductual apoyan a los empleados que buscan ayuda. Evalúan y refieren a los individuales a la atención adecuada, incluyendo asesoramiento, recursos comunitarios o plan de salud.

Asesoramiento—Profesionales certificados, licenciados y apasionados están disponibles para ayudarlo a manejar casi cualquier parte de su vida. Existen varias formas diferentes para que acceda a lo que necesite mediante asesoramiento presencial, en línea y telefónico. Comuníquese al (800) 624-5544 para acceder a asesoramiento en persona o por teléfono. **Hasta seis (6) sesiones presenciales disponibles para cada problema.**

Coaching de Vida—Los servicios de coaching de vida promueven la autoconciencia y le ayudan a aclarar sus visiones, valores, intenciones y metas. Este servicio se basa en las fortalezas que ya tiene para ayudarlo a establecer y alcanzar sus objetivos. Con el coaching, puede programar sesiones telefónicas con un coach calificado, trabajar con su coach para establecer y cumplir objetivos, y identificar recursos para mantenerse en el camino. Los temas de coaching pueden incluir la gestión del estrés, la armonía trabajo/vida, la gestión del tiempo, desafíos personales y más.

Consulta Legal y Financiera y Recursos—Navegar por las finanzas y/o el sistema legal puede ser abrumador y confuso. Afortunadamente, su EAP puede ayudar con servicios como una consulta de 30 minutos sin costo para usted, con un experto financiero certificado o abogado, herramientas en línea que incluyen plantillas de presupuesto, calculadoras financieras, documentos de preparación de impuestos, generador de testamentos, acuerdos comerciales/otros documentos legales, y más.

Servicios en Línea—El sitio web integral facilita el acceso a información sobre los beneficios del EAP y la solicitud de servicios. El sitio web y la aplicación ofrecen referencias a través de admisiones en línea, recursos para el uso de sustancias, recursos de capacitación, kits de herramientas para la salud mental, seminarios web en vivo mensuales y una biblioteca de recursos integral.

El Programa de Asistencia al Empleado está disponible para **todos los empleados y sus familiares inmediatos (cónyuge/hijos) sin costo**. Lucet ofrece diferentes maneras de acceder a la atención para que recibas apoyo de la forma en que te sientas más cómodo.

Los Servicios de Trabajo/Vida de Lucet están disponibles para ayudarte a abordar preocupaciones de vida diaria para que puedas concentrarte en el trabajo y estar más presente en casa. Sus especialistas están calificados para asistirte en la búsqueda de proveedores, recursos y referencias para una variedad de problemas y necesidades de la vida.

Familia y Cuidado	Educación	Vida diaria
• Cuidado diurno para niños y adultos • Programas extracurriculares • Cuidado de necesidades especiales • Educación y tutores • Cuidado en el hogar • Vivienda para personas mayores • Servicios de adopción	• Tutoría y preparación para exámenes • Escuelas públicas, privadas y especializadas • Educación continua • Ayuda financiera y becas • Consultoría universitaria	• Mantenimiento del hogar • Seguro para mascotas o entrenadores • Mudanzas y reubicación • Transporte • Comidas y comestibles
Conserjería	Carrera y Trabajo	Salud y Bienestar
• Planificación de viajes • Alquiler de coches • Cenar y entretenimiento • Recursos presupuestarios • Recursos comunitarios	• Servicios de redacción y edición de curriculums • Recursos para la colocación laboral • Asesoramiento profesional • Recursos comunitarios • Consejos para entrevistas	• Proveedores de atención médica • Atención especializada • Gimnasios y centros de aptitud • Nutricionistas • Entrenadores de salud • Proveedores de medicina alternativa

Centro de Recursos Lucet

A veces, las personas no están seguras de si deben buscar tratamiento o no. El Centro de Recursos EAP proporciona información confiable sobre una variedad de temas de salud mental y salud conductual. Lucet te guiará hacia los recursos adecuados sin importar en qué parte de tu viaje de salud te encuentres.

Lucet Programa de Asistencia para el Empleado

(800) 624-5544
eap.lucethealth.com
Login code: usd 260

Todos los servicios a través del Programa de Asistencia al Empleado son completamente confidenciales.

Médico

Tu empleador ofrece cobertura médica y de medicamentos recetados a través de **Blue Cross Blue Shield de Kansas**, que ofrece beneficios integrales dentro de la **red Blue Choice Preferred-Care Blue**.

Los beneficios descritos a continuación son parámetros de cobertura para servicios cubiertos en la red.

Categoría de Beneficios	Opción 1 \$1,500 Deducible	Opción 2 \$3,500 Deducible	OPCIÓN 3 \$5,000 QHDHP
Año del Plan: 1 de enero - 31 de diciembre			
Elegible para Cuenta de Ahorros para la Salud	No	No	Sí
Deducible del Año del Plan	\$1,500 Individuo \$3,000 Familia	\$3,500 Individuo \$7,000 Familia	\$5,000 Individuo \$10,000 Familia
Coaseguro	20%	20%	0%
El coaseguro es aplicable hasta que se haya alcanzado el Máximo Anual de Gastos de Bolsillo			
Máximo Anual de Gastos de Bolsillo	\$6,500 Individuo \$13,000 Familia		
El Máximo Anual de Gastos de Bolsillo incluye deducible, coaseguro y copagos. Después de que se alcance el máximo anual, todos los servicios cubiertos en la red se pagarán al 100% por el resto del año del plan.			
Copago por Visitas al Consultorio del Doctor	Atención Primaria ¹ : \$35 Especialista: \$70	Atención Primaria ¹ : \$35 Especialista: \$70	Deducible
Atención preventiva ²	Pagado al 100% del cargo permitido; incluye exámenes de rutina, inmunizaciones, visitas de bienestar para mujeres, métodos anticonceptivos		
Transporte de Emergencia	Sujeto a deducible/coaseguro		Deducible
Departamento de Emergencias	\$250 copago + deducible/coaseguro	\$250 copago + deducible/coaseguro	Deducible
Cirugía Ambulatoria (Médico/Quirúrgico)	deducible/coaseguro	deducible/coaseguro	Deducible
Cuota de instalación hospitalaria	deducible/coaseguro	deducible/coaseguro	Deducible
Cirugía Ambulatoria	deducible/coaseguro	deducible/coaseguro	Deducible
Laboratorio y Radiología Ambulatorios	Pagado al 100% hasta \$300; luego sujeto a Deducible/coaseguro		Deducible
Rehabilitación ambulatoria	Deducible/coaseguro	Deducible/coaseguro	Deducible
Hospicio	deducible/coaseguro	deducible/coaseguro	Deducible
Visitas de Trabajo Social en el Hogar	deducible/coaseguro	deducible/coaseguro	Deducible
Salud Mental Hospitalizado ³	deducible/coaseguro	deducible/coaseguro	Deducible
Salud Mental Ambulatorio	\$35 de copago por visita	\$35 de copago por visita	Deducible

Categoría de Beneficios	Opción 1 \$1,500 Deducible	Opción 2 \$3,500 Deducible	OPCIÓN 3 \$5,000 QHDHP
Lista de Medicamentos con Receta	Formulario ResultsRx		
Farmacia Minorista (suministro de 30 días)	Copagos	Copagos	Sujeto a Deducible Después de que se haya cumplido el deducible, el copago se aplicará con los mismos niveles de copago como se indica sobre las opciones del plan 1 y 2
Nivel 1	\$15 copago	\$15 copago	
Nivel 2	\$50 copago	\$50 copago	
Nivel 3	\$75 copago	\$75 copago	
Nivel 4	\$150 copago	\$150 copago	
Nivel 5	20% hasta \$250	20% hasta \$250	
Otras disposiciones de cobertura de medicamentos: Genérico Obligatorio ⁴ , Pedido por Correo ⁵ , Coincidencia de Farmacia Advocate+ para Medicamentos Especiales ⁶ , Acceso Flexible ⁷ , Red de Suministro Ampliada ⁸			

¹Los Proveedores de Atención Primaria incluyen a un Proveedor Profesional que está comprometido con la atención familiar, la práctica general, la ginecología (GYN), la medicina interna, la obstetricia (OB), Gineco-obstetricia (OB/GYN), pediatría, cuidados urgentes o Enfermedad Mental o Trastornos por Uso de Sustancias. Esto incluye a los siguientes Proveedores Elegibles al actuar en nombre de un médico de atención primaria: Enfermera Registrada Avanzada (ARNP), Enfermera Registrada Avanzada Generalista (APRN Generalista) y Asistente Médico (PA). Un examen de la vista rutinario se paga como un copago de visita a la oficina de un Proveedor de Atención Primaria. Cualquier examen de la vista posterior se paga con el copago de Especialista.

²Los servicios de atención preventiva requeridos pueden variar para cada persona según la edad, el género y otros factores de riesgo, incluida la historia médica familiar. Se proporciona orientación adicional sobre los procedimientos de ACA cubiertos en el sitio web de BCBSKS: www.bcbsks.com/health-and-wellness/preventive-health

³Certificación de pre-admisión requerida de Lucet al (800) 952-5906.

⁴ Genérico Obligatorio — Los medicamentos genéricos son obligatorios a menos que el profesional de la prescripción haya proporcionado la autorización para recibir el medicamento de marca. Si el miembro no tiene la autorización del médico, es responsable de cualquier diferencia de costo por encima del copago. Para cualquier medicamento recetado incluido en el Índice Terapéutico Estrecho, el miembro puede recibir el medicamento de marca y no se le cobrará la diferencia de costo entre el de marca y el genérico.

⁵ El programa de Pedido por Correo es a través de Express Scripts y ofrece entrega a domicilio con los más altos estándares de calidad, seguridad y servicio para sus necesidades de medicamentos recetados. Puede llamar al (833) 599-0511 o visitar www.bcbsks.com/prescription-drugs/mail-order para iniciar el proceso de pedido por correo.

⁶ Para cada reclamo de receta especializada aplicable, Pharmacy Match identifica una farmacia bien calificada de la red de farmacias participantes de Prime Therapeutics. Al utilizar un conjunto configurable de reglas basado en precio, experiencia y atención, esta solución empareja a los miembros y sus recetas especializadas con una farmacia que mejor se adapte a las necesidades de los miembros. El programa guía a los miembros a la farmacia especializada calificada mejor emparejada en costo, experiencia y atención.

⁷ Al comprar ciertos medicamentos, es posible que un miembro del equipo de FlexAccess se comunice contigo por teléfono para registrarte en el programa de asistencia de copago del fabricante del medicamento para ayudar a minimizar tus gastos de bolsillo. Si decides no registrarte, si de otro modo eres elegible para la asistencia, entonces serás responsable del costo total del medicamento.

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

Primas Médicas 2027

Primas Médicas Mensuales y Montos de Contribución del Distrito				
	Solo Empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Familia
Primas Mensuales Totales				
Opción 1: \$1,500 Deducible	\$930.40	\$1,784.50	\$1,681.24	\$2,635.82
Opción 2: Deducible de \$3,500	\$887.88	\$1,703.16	\$1,604.50	\$2,515.66
Opción 3: \$5,000 QHDHP	\$823.42	\$1,579.78	\$1,487.58	\$2,332.41
Aporte del Distrito hacia la Prima Mensual				
Bienestar + sin nicotina	\$723	\$1,164	\$1,164	\$1,403
No Nicotina + No bienestar	\$698	\$1,139	\$1,139	\$1,378
Nicotina + Bienestar	\$698	\$1,139	\$1,139	\$1,378
Nicotina + No bienestar	\$673	\$1,114	\$1,114	\$1,353

Las Primas Médicas Mensuales y los Montos de las Contribuciones del Distrito se basan en 12 meses y no tienen en cuenta las diferencias en la frecuencia de pagos.

Incentivo de Prima de Bienestar

Los empleados con el seguro de salud del distrito, que participan en el Programa de Bienestar para Empleados, reciben un incentivo de prima mensual hacia las contribuciones de primas médicas. Los empleados deben cumplir al menos con los estándares mínimos de participación para recibir el incentivo de bienestar. El estándar mínimo de participación es:

1. Gana al menos 200 puntos participando en las actividades del programa de incentivos de bienestar aprobado.

Consulta las páginas 16—17 para obtener información adicional sobre el Programa de Bienestar para Empleados de las Escuelas Públicas de Derby.

Uso de Nicotina/Tabaquismo

Las Escuelas Públicas de Derby USD 260 reconocen el valor de la salud de los empleados y los innumerables beneficios de salud del uso no de tabaco/nicotina. Los empleados del distrito que son considerados usuarios de tabaco/nicotina pagarán más por mes en primas médicas.

Un empleado se considera un usuario no de tabaco/nicotina si no ha utilizado ninguna forma de productos de tabaco/nicotina—incluidos, entre otros, cigarrillos, pipas, puros, tabaco de mascar, sistemas electrónicos de entrega de nicotina, durante un mínimo de 90 días (en o fuera del trabajo) y continúa siendo libre de tabaco.

Montos de Contribución del Empleado por Frecuencia de Pago (NO NICOTINA/TOBACCO)

Tasas sujetas a Tobacco/Estado de nicotina y Estado de nicotina y Programa de Bienestar Programa de Bienestar estado de finalización estado de finalización	No-nicotina/tabaco + Bienestar			No-nicotina/tabaco + Sin Bienestar		
	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$3,500	Plan 3 \$5,000 QHDHP	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$3,500	Plan 3 \$5,000 QHDHP
Ciclo de Nómina 12						
Empleado	\$207.40	\$164.88	\$100.42	\$232.40	\$189.88	\$125.42
Empleado + Cónyuge	\$620.50	\$539.16	\$415.78	\$645.50	\$564.16	\$440.78
Empleado + Hijo(s)	\$517.24	\$440.50	\$323.58	\$542.24	\$465.50	\$348.58
Familia	\$1,232.82	\$1,112.66	\$929.41	\$1,257.82	\$1,137.66	\$954.41
21-Ciclo de Nómina						
Empleado	\$118.51	\$94.22	\$57.38	\$132.80	\$108.50	\$71.67
Empleado + Cónyuge	\$354.57	\$308.09	\$237.59	\$368.86	\$322.38	\$251.87
Empleado + Hijo(s)	\$295.57	\$251.71	\$184.90	\$309.85	\$266.00	\$199.19
Familia	\$704.47	\$635.81	\$531.09	\$718.75	\$650.09	\$545.38
26-Ciclo de Nómina						
Empleado	\$95.72	\$76.10	\$46.35	\$107.26	\$87.64	\$57.89
Empleado + Cónyuge	\$286.38	\$248.84	\$191.90	\$297.92	\$260.38	\$203.44
Empleado + Hijo(s)	\$238.73	\$203.31	\$149.34	\$250.26	\$214.85	\$160.88
Familia	\$568.99	\$513.54	\$428.96	\$580.53	\$525.07	\$440.50

Montos de Contribución del Empleado por Frecuencia de Nómina (NICOTINA)

Tarifas sujetas a Tabaco/Estado de nicotina y Estado de nicotina y Programa de Bienestar Programa de Bienestar estado de finalización estado de finalización	Nicotine/Tobacco + Bienestar			Nicotine/Tobacco + Sin Bienestar		
	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$3,500	Plan 3 \$5,000 QHDHP	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$3,500	Plan 3 \$5,000 QHDHP
Ciclo de 12 nóminas						
Empleado	\$232.40	\$189.88	\$125.42	\$257.40	\$214.88	\$150.42
Empleado + Cónyuge	\$645.50	\$564.16	\$440.78	\$670.50	\$589.16	\$465.78
Empleado + Hijo(s)	\$542.24	\$465.50	\$348.58	\$567.24	\$490.50	\$373.58
Familia	\$1,257.82	\$1,137.66	\$954.41	\$1,282.82	\$1,162.66	\$979.41
21-Ciclo de Nómina						
Empleado	\$132.80	\$108.50	\$71.67	\$147.09	\$122.79	\$85.95
Empleado + Cónyuge	\$368.86	\$322.38	\$251.87	\$383.14	\$336.66	\$266.16
Empleado + Hijo(s)	\$309.85	\$266.00	\$199.19	\$324.14	\$280.29	\$213.47
Familia	\$718.75	\$650.09	\$545.38	\$733.04	\$664.38	\$559.66
26-Ciclo de Nómina						
Empleado	\$107.26	\$87.64	\$57.89	\$118.80	\$99.18	\$69.42
Empleado + Cónyuge	\$297.92	\$260.38	\$203.44	\$309.46	\$271.92	\$214.98
Empleado + Hijo(s)	\$250.26	\$214.85	\$160.88	\$261.80	\$226.38	\$172.42
Familia	\$580.53	\$525.07	\$440.50	\$592.07	\$536.61	\$452.04

Recursos del Plan Médico

Los planes médicos que se ofrecen en las Escuelas Públicas de Derby, a través de Blue Cross Blue Shield de Kansas, permiten cobertura dentro y fuera de la red. Sin embargo, tus gastos de bolsillo son más bajos al obtener servicios de proveedores y instalaciones participantes de la red. Asegúrate de evaluar las diferencias utilizando las tablas de resumen de beneficios en las páginas anteriores o consulta los Resúmenes de Cobertura de Beneficios (SBC) que están disponibles en el **THEbenefitsHUB** de beneficios.

Portal de Membresía BlueAccess de BCBSKS

Para acceder de manera conveniente a las herramientas y recursos que respaldan su membresía en BCBSKS, asegúrese de crear una cuenta de Miembro BlueAccess®. Puede visitar www.bcbsks.com/blueaccess para comenzar. Cuando se registre por primera vez, tenga lista su tarjeta de ID de BCBSKS para que pueda ingresar su número de ID y número de grupo.

Con su cuenta de BlueAccess, puede buscar proveedores y medicamentos recetados cubiertos, ver e imprimir su tarjeta de ID, verificar reclamos, explorar descuentos y cupones, y acceder a información adicional específica para miembros.

¿Aún no eres miembro? Si aún no eres miembro, visita www.bcbsks.com para encontrar un doctor o hospital. Asegúrate de seleccionar la **Red Blue Choice Preferred-Care Blue** al buscar para garantizar que encuentres proveedores dentro de la red de tu plan.

Información sobre Medicamentos Recetados

Para determinar si una receta está cubierta, revise la **Lista de Medicamentos ResultsRx** disponible a través del formulario de medicamentos de Prime Therapeutics. Para obtener el mejor resultado, inicie sesión en su cuenta de BlueAccess y haga clic en Medicamentos Rx. **¿Aún no está inscrito?** Busque medicamentos en www.myprime.com/en/medicines.html#find-medicine.

Debes asegurarte de que la Lista de Medicamentos elegida sea la **Lista de Medicamentos de Resultados BCBSKS**.



Información sobre Medicamentos Especiales: Advocate+ Farmacia Match

La experiencia de la farmacia especializada puede ser compleja. El programa **Advocate+ Farmacia Match** utiliza un enfoque integrado para elegir la farmacia especializada adecuada para cada miembro, ayudando a reducir costos generales mientras mejora la experiencia del miembro.

El programa **Advocate+ Farmacia Match** proporciona apoyo completo de un especialista en atención, quien:

- Realiza llamadas de bienvenida a los miembros nuevos en terapia y responde preguntas.
- Mantener a los miembros informados sobre dónde obtener sus recetas
- Promueve la coordinación entre los prescriptores y las farmacias para ofrecer una experiencia más fluida Y más

Los miembros que tomen más de un medicamento especializado pueden requerir obtener sus recetas de diferentes farmacias. Una vez que el miembro sea "asignado" a una farmacia para el medicamento especializado, continuará obteniendo el medicamento especializado en esa farmacia particular durante hasta un año.

Atención preventiva

Para estar en tu mejor estado de salud, es importante que consultes regularmente a tu médico y hables sobre la atención preventiva para ayudarte a evitar enfermedades o afecciones graves. Los chequeos y exámenes de rutina pueden ayudarte a evitar problemas de salud serios al trabajar con tu médico para alcanzar tus metas personales de salud y bienestar.

La atención preventiva incluye inmunizaciones, exámenes, asesoramiento y educación para ayudar a prevenir o minimizar los efectos de condiciones de salud graves sin costo adicional para usted. Los servicios de atención preventiva apropiados pueden variar para cada persona según la edad, el género y otros factores de riesgo, incluida la historia médica familiar.

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (ACA) requiere que los planes no consolidados cubran ciertos servicios preventivos al 100% para que no tenga que pagar nada más allá de su prima mensual por estos servicios. Puede visitar el sitio web de BCBSKS en www.bcbsks.com/health-and-wellness/preventive-health Los servicios preventivos están sujetos a cambios.

BCBSKS HealthyOptions

Su cobertura de BCBSKS incluye acceso a una variedad de programas de apoyo destinados a ayudarle a mantener un estilo de vida saludable. Para explorar estos programas y aprender más, visite www.bcbsks.com/health-and-wellness.

Manejo de enfermedades

Las enfermeras de BCBSKS ofrecen apoyo individual a los miembros a través del teléfono para ayudar a los individuos a desarrollar hábitos de autocuidado para condiciones como asma, EPOC, diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión y colesterol alto. Para más información y para iniciar la participación, llame al (800) 520-3137.

Manejo de casos

Un gerente de casos trabajará con un miembro y el equipo de atención médica del miembro para coordinar servicios en situaciones más complejas con el fin de satisfacer las necesidades de manera efectiva en calidad y costo. Para más información, envíe su solicitud/comentarios a cmmanagers@bcbsks.com o llame al (800) 432-0216 ext. 6628.

Manejo del bienestar

Las enfermeras de BCBSKS brindan apoyo uno a uno a los miembros a través de llamadas telefónicas para ayudar a desarrollar hábitos de autocuidado. BCBSKS ofrece programas para la cesación del tabaco, pérdida de peso, manejo del estrés y cuidado de maternidad. Para más información, llame al (800) 520-3137 entre las 8 a.m. y las 4:30 p.m., de lunes a viernes.

Programa de Diabetes Tipo 2

Blue Cross Blue Shield de Kansas comprende el impacto que la diabetes tipo 2 puede tener tanto en su salud como en su bienestar financiero. Para apoyar a los miembros que manejan esta condición, BCBSKS se asocia con Virta Health para proporcionar tratamiento diseñado para ayudar a estabilizar el azúcar en la sangre, reducir o eliminar los medicamentos para la diabetes y promover una pérdida de peso segura y sostenible.

Los miembros elegibles recibirán comunicación de BCBSKS—típicamente por correo electrónico o correo—con instrucciones sobre cómo inscribirse. También puede contactar a los Servicios para Miembros de BCBSKS para confirmar su elegibilidad y obtener más información. Detalles adicionales sobre Virta Health están disponibles en www.bcbsks.com/virta

SmartShopper®

Con SmartShopper®, puedes comparar fácilmente ubicaciones convenientes, de alta calidad y dentro de la red para atención médica común y ser redirigido a la instalación más económica de tu elección. Además de reducir costos, puedes ganar una parte de los ahorros totales como recompensas en efectivo de \$20 a \$425. Accede a más información sobre el programa SmartShopper® visitando <https://www.bcbsks.com/mysmartshopper>

Nota: los procedimientos incentivados cubiertos a través del programa SmartShopper® deben programarse en línea accediendo a través de su cuenta de BlueAccess o programando a través del Equipo de Concierge de Cuidado SmartShopper® al 866-820-6426.

Telemedicina a través del Plan Médico

Introducción a AmWell

Siga uno de los pasos simples a continuación para comenzar su visita de telemedicina:

1. Descarga la aplicación de AmWell en tu dispositivo móvil.

¿Usando una computadora?
Visita www.bcbsks.com/telehealth para comenzar.

¿No tienes un dispositivo inteligente?
Llama **(844) SEE-DOCS** para soporte telefónico.

Soporte:

Sitio web:
www.bcbsks.com/telemedicina

Correo electrónico:
support@amwell.com

Teléfono: (844) 733-3627



\$0

Consultas de telemedicina para la atención de proveedores de atención primaria calificados sin costo para los miembros.

Se pueden aplicar tarifas para otros servicios cubiertos. Debe estar cubierto bajo la Opción 1 u Opción 2 para que se aplique el costo de \$0 de telemedicina.

Servicios de Telemedicina de BCBSKS a través de AmWell

La telemedicina te ofrece una forma rápida y conveniente de conectarte con un médico, ya sea por video o por teléfono, sin salir de casa. Si no tienes un dispositivo inteligente, también está disponible el servicio basado en teléfono.

Blue Cross se asocia con **American Well® (AmWell)** para ofrecer visitas de telemedicina que son fáciles de usar, asequibles, privadas y seguras.

Atención para Condiciones Comunes

La telemedicina es una opción ideal para las necesidades de atención médica cotidianas, tales como:

- Infecciones de resfriado y sinusitis
- Gripe
- Conjuntivitis Infecciones de oído
- Erupciones cutáneas
- Migrañas
- Dolor de estómago
- Y más

Tú, tu cónyuge y tus dependientes cubiertos son elegibles para los servicios de telemedicina.

- Los cónyuges crearán su propia cuenta de AmWell.
- Los niños menores de 18 años pueden ser añadidos a tu cuenta para consultas en su nombre.
- Los dependientes de 18+ años deben crear su propia cuenta de AmWell.

Características Convenientes

Disponible 24/7/365 a nivel nacional

Recetas enviadas a tu farmacia local, cuando sea apropiado (se aplican copagos de receta)

Opciones de pago simples, cuando sea aplicable: tarjetas de crédito, débito o HSA/FSA (si corresponde)

Servicios de Teleterapia

AmWell también ofrece servicios virtuales de salud mental con terapeutas licenciados para condiciones como:

- Ansiedad
- TDAH
- Estrés y duelo
- TOC
- Ataques de pánico
- Depresión Trauma y TEPT

Los terapeutas están disponibles bajo demanda o con cita desde **7 a.m. hasta 11 p.m., siete días a la semana.**

Cuenta de Ahorros para la Salud

Las cuentas de ahorros para la salud (HSA) son una excelente manera de ahorrar dinero y pagar eficientemente los gastos médicos. Las HSA son cuentas de ahorro con ventajas fiscales que acompañan a los planes de salud de deducible alto (HDHPs). Una HSA puede ser un gran activo a medida que ahorras y pagas facturas médicas porque te ofrece ventajas fiscales, más control sobre tu propio gasto y la capacidad de ahorrar para gastos futuros.

Las Cuentas de Ahorros para la Salud son propiedad del empleado, lo que significa que llevas la HSA contigo si cambias de empleador. Los fondos no utilizados pueden ganar intereses y pueden ser invertidos hasta que se retiren para gastos elegibles o en la jubilación. Guardas dinero antes de impuestos—esto significa que mientras uses el dinero para gastos elegibles, no pagarás impuestos sobre la renta por ello.

Requisitos de Elegibilidad

- **Estás cubierto bajo la OPCIÓN 3—plan de salud de Alta Deducción de \$5,000**
- No estás cubierto por otro plan médico que no sea un QHDHP
- No estás inscrito en los beneficios de Medicare
- No puedes ser reclamado en la declaración de impuestos de otra persona
- No has recibido beneficios de VA en los últimos tres meses
- No estás participando en una Cuentas de Gastos Flexibles de Atención Médica a través de tu empleador o en cualquier otra Cuentas de Gastos Flexibles de Atención Médica (es decir, Cuentas de Gastos Flexibles de CÓNYUGE)

Ventajas de HSA

- **Seguridad**—Tu HSA puede proporcionar un colchón de ahorros para facturas médicas inesperadas o altas.
- **Flexibilidad**—Puedes usar tu HSA para pagar gastos médicos actuales o puedes ahorrar tus fondos para gastos médicos futuros.
- **Ahorros**—Puedes ahorrar el dinero en tu HSA para gastos médicos futuros, mientras tu cuenta crece a través de ingresos de inversión diferidos de impuestos.
- **Ahorro Fiscal Triples**— (1) deducciones fiscales cuando contribuyes a tu cuenta; (2) ingresos libres de impuestos a través de la inversión; (3) retiros libres de impuestos para gastos médicos calificados.
- **Portabilidad**—Tu HSA y el dinero en ella te pertenecen a ti, no a tu empleador o compañía de seguros, lo que significa que si cambias de trabajo o cambias de cobertura médica, conservas tu HSA.
- **Propiedad**—Los fondos permanecen en la cuenta de un año a otro. No hay reglas de “úsalo o piérdelo”.

Las Cuentas de Ahorros para la Salud están sujetas a límites máximos de contribución anual. Los montos varían dependiendo de si el individuo tiene cobertura de HDHP solo para individual o para familia; y los límites están indexados anualmente por el IRS.

Límites de Contribución de la Cuenta de Ahorros para la Salud

2027	Individual	Familia
	Cobertura	Cobertura
Límite Anual	\$4,500	\$9,000
Contribución de recuperación	\$1,000	\$1,000

Se permite la contribución de recuperación para individuos de 55+ años

Otras Consideraciones

- **Necesitarás completar la configuración de tu cuenta HSA a través de Surency para que el Distrito pueda deducir de la nómina las contribuciones pre-impuesto a la HSA.**
- Se debe establecer una cuenta HSA antes de que puedas usar los fondos para gastos médicos calificados. Los costos médicos incurridos después de que tu QHDHP entra en vigencia, pero antes de que se establezca tu HSA, no pueden ser pagados con el dinero depositado en tu cuenta HSA.
- Como propietario de la HSA, eres en última instancia responsable de determinar si un gasto es elegible para reembolso. Si un gasto de HSA no se utiliza para un gasto médico calificado, se te requerirá que pagues impuesto sobre la renta y una penalización del 20% sobre el monto utilizado (la penalización del 20% no se aplica a los pagos realizados después de tu muerte o discapacidad, o después de que cumplas 65 años).
- Debes mantener registros apropiados de tus gastos para evitar problemas fiscales más adelante, para protegerte en caso de ser auditado por el IRS; guarda registros de toda la documentación/expenditures de HSA como prueba de que los fondos se utilizaron para gastos calificados.
- Consulte al IRS o a un asesor legal/fiscal para todas las consultas fiscales. Para más información, consulte [Publicación 969 del IRS](#)



PROGRAMA DE INCENTIVOS PARA EMPLEADOS

2026-2027 Año de Bienestar desde 1 de octubre de 2026 - 30 de septiembre de 2027

1 - Elige tus actividades

Complete cualquier combinación de actividades del Registro de Actividades 2026-27. Elija las actividades de bienestar que mejor se adapten a usted y a sus objetivos.

2- Guarda tu comprobante

Se requiere un comprobante para las actividades completadas. Los ejemplos pueden incluir un recibo, nota del proveedor, certificación, calendario de desafío completado u otra documentación que muestre participación. No se necesita información médica personal.

3 - Gana 200 puntos

Realiza un seguimiento de tus actividades y puntos a lo largo del Año de Bienestar. Los empleados deben ganar un mínimo de 200 puntos para completar el Programa de Incentivos de Bienestar.

4 - Envía antes de la fecha límite

Es responsabilidad del empleado realizar un seguimiento de las actividades completadas, los puntos y la prueba a lo largo del Año de Bienestar. Las instrucciones para enviar tu Registro de Actividades completado y la prueba se enviarán en septiembre.

5 - Recibe tu Incentivo de Bienestar

Los empleados que completen con éxito el programa y se inscriban en el seguro médico del Distrito recibirán el descuento del Incentivo de Bienestar en sus primas mensuales para el siguiente año de seguro.

Actividades	Max	Punto Valor	Ganado Puntos
Examen Dental	1	10	
Examen de Visión	1	10	
Tamizaje de Edad/Género *Bienestar de la Mujer *Bienestar del Hombre *Mamografía *Colonoscopia *Dermatología *Audición *Ginecología/Obstetricia	4	10 cada uno	
Examen Físico con Análisis de Sangre	1	75	
Vacunas: Gripe y/o COVID	2	10 cada uno	
RCP y Certificación de Primeros Auxilios (se cuenta en el año del primer certificado o renovación)	1	50	
Autocuidado - Fisioterapia, Cuidado Quiropráctico, y/o Terapia de Masaje	4	10 cada uno	
Conferencista/Clase de Bienestar *Feria de Bienestar *Arte *Cocina *Aptitud *Danza *Defensa personal	6	15 cada uno	
Donación de Sangre o Plasma	2	25 cada uno	
Diarios y Registros de 30 Días *Actividad Física *Diario de Alimentos *Registro de Voluntariado *Registro de Mente Saludable	12	15 cada uno	
Desafío de Bienestar Mensual *Desafío Mensual a Nivel de Distrito *Desafío Mensual Específico de Construcción	8	25 cada uno	
Autogestión - Asesoramiento o Cursos, incluyendo pero no limitado a: *Financiero * Personal *Depresión *Manejo del Peso *Manejo de la Diabetes *Enfermedad/ Manejo de Enfermedades Crónicas *Adicción *Tabaco *Droga *Alcohol *Juego	4	25 cada uno	
Programa de Asistencia al Empleado Lucet Los servicios son gratuitos - Llame al (800) 624-5544 o visite eap.lucethealth.com Código de empresa: usd260 *Asesoramiento *Apoyo en Crisis *Coaching *Recursos de Cuidado para Adultos y Niños *Personal y Formación Profesional *Herramientas Digitales de Salud Conductual *Consultoría sobre: Aptitud, Necesidades Legales, Gestión de Empleados	6	25 cada uno	
Para completar el Programa de Incentivos de Bienestar 2026 - 2027	Total Ganados Puntos		
✓ Gana un mínimo de 200 puntos antes del final del actual Año de Bienestar ✓ Guarda prueba/documentación de las actividades completadas ✓ Envía tu Registro de Actividades completadas y la prueba antes de la fecha límite			



¿Preguntas? Contacta a Annie Vigil, avigil@usd260.com o a Becky Moeder, rmoeder@usd260.com.

Seguro Dental

Los beneficios dentales se ofrecen a través de **Delta Dental de Kansas**.

Categoría de Beneficios	Beneficios en Red
Máximo de Beneficio del Año del Plan	\$1,500 por cada miembro inscrito en el plan
Servicios Diagnósticos y Preventivos Usted paga el 0% del cargo permitido	- Evaluaciones orales—dos (2) veces cada año calendario - Radiografías de aleta—radiografías de aleta dos (2) veces cada año calendario para dependientes menores de edad dieciocho (18) y una vez cada doce (12) meses para adultos de edad dieciocho (18) y mayores - Radiografías de boca completa o radiografías panorámicas—una vez cada cinco (5) años - Limpiezas de rutina—sin límite al beneficio máximo del plan - Flúor tópico—dos (2) veces cada año calendario para niños dependientes menores de edad diecinueve (19) - Mantenedores de espacio—para hijos dependientes menores de catorce (14) años y sólo por pérdida prematura de molares primaries - Selladores—una vez por vida para hijos dependientes menores de dieciséis (16) años cuando se aplica únicamente a molares permanentes sin caries ni restauraciones en la superficie oclusal y con la superficie oclusal intacta.
Deducible aplica a Servicios Básicos y Mayores Solamente Deducible Individual \$25 Máximo Deducible Familiar \$75	
Servicios Básicos Usted paga el 20% del cargo permitido	- Auxiliar: contempla un (1) examen de emergencia por año de contrato por parte del dentista para el alivio del dolor. - Cirugía Oral—Provee para extracciones y otra cirugía oral incluyendo cuidados pre y postoperatorios - Odontología restauradora regular: proporciona empastes de plata, empastes de resina (blancos) en todos los dientes y coronas de acero inoxidable para dependientes menores de doce (12) años. - Endodoncia: incluye procedimientos para tratamientos de conductos radiculares y empastes de conductos radiculares. Cuando está cubierto, el pago por el tratamiento de conductos radiculares se limita a solo una (1) vez en cualquier período de veinticuatro (24) meses, por diente. - Periodoncia: incluye procedimientos para el tratamiento de enfermedades de los tejidos que sostienen los dientes. La limpieza periodontal es ilimitada si se diagnostica con antecedentes de tratamiento periodontal; procedimientos periodontales quirúrgicos
Servicios Mayores Usted paga el 50% del cargo permitido	- Odontología Restauradora Especial—Cuando los dientes no pueden ser restaurados con un empaste, proporciona coronas individuales - Prostodoncia—Incluye puentes, parciales y completos dentaduras; reparaciones y ajustes de puentes y dentaduras
Otro Beneficio del Plan	Programa Right Start 4 Kids: El programa Right Start 4 Kids elimina las barreras de costo para la atención dental al proporcionar a los niños, 18 años y menores, 100% de cobertura sin deducible, para todos los servicios cubierto bajo el plan cuando se ve a un dentista de la red. El Se aplica el máximo de beneficios del Año del Plan.

Este es un resumen breve de la cobertura disponible bajo este plan. Las disposiciones exactas de los beneficios y exclusiones se encuentran en el certificado.

Característica de Transferencia Máxima

La Característica de Transferencia Máxima permite a los miembros inscritos transferir el 25% de sus dólares de beneficio anual no utilizados al año siguiente.

Cómo Funciona la Característica de Transferencia Máxima:

- Los inscritos reciben su máximo anual regular de beneficios en dólares (\$1,500) al inicio del nuevo año del plan
- Los inscritos deben tener un servicio dental cubierto durante el año de beneficios (incentivándose a visitar al dentista)
- Al final del año del plan, el 25% de su máximo anual no utilizado se trasladará al año siguiente.
- El Saldo de Beneficio Acumulado que se traslada de un año a otro para cada individual no puede exceder \$1,500; lo que significa que al comienzo del nuevo año del plan, tendrá el nuevo máximo de beneficios anuales + cualquier Saldo de Rollover disponible (hasta \$1,500).

Recursos de Delta Dental

Cuidar las sonrisas ha sido el enfoque de Delta Dental durante más de 40 años. Educar a los miembros sobre la buena salud oral y retribuir a las comunidades a las que sirven impulsa la pasión detrás de Delta Dental. Acceda al *Centro de Conocimiento* de Delta Dental, así como a otras herramientas valiosas visitando www.deltadentalks.com.

- Localice a un dentista participante de Delta Dental Premier/ PPO en cualquier parte de los Estados Unidos
- Verifique su elegibilidad e información del plan. Imprimir una tarjeta de identificación
- Verificar el estado de la reclamación
- Estima tus costos de atención dental fuera del bolsillo con el Estimador de Cuenta de Gastos Flexibles
- Regístrese para recibir tu Explicación de Beneficios electrónicamente
- Acceso fácil para descargar la aplicación móvil de Delta Dental
- Infórmate sobre la salud y bienestar oral
- Y más...

Usted es libre de ir a cualquier dentista de su elección; sin embargo, puede haber una diferencia en el monto del pago si el dentista no es un dentista participante de Delta Dental. Es ventajoso para usted elegir un **dentista PPO de Delta Dental** o un **dentista de Delta DentalPremier** de la red.

Los proveedores de Delta Dental PPO tienen un descuento mayor que los proveedores Premier, lo que significa que su beneficio máximo anual podría rendir más si utiliza un proveedor PPO. Los dentistas de la red de Delta Dental también acuerdan no cobrar a los pacientes por las diferencias entre las tarifas contratadas de Delta Dental y sus cargos típicos.

Deducciones de Nómina del Plan Dental

Primas Mensuales Totales	12 ciclos de nómina	21 ciclos de nómina	26 ciclos de nómina
Solo Empleado	\$45.51	\$26.01	\$21.00
Empleado + Cónyuge	\$90.87	\$51.93	\$41.94
Empleado + Hijo(s)	\$89.11	\$50.92	\$41.13
Familia	\$124.33	\$71.05	\$57.38

Seguro de Visión

Los beneficios de visión se ofrecen a través de **Surency**. Puedes elegir entre dos planes: Plan de Visión Integral o Plan Solo de Materiales.

Plan de Visión Integral		
Año del Plan: 1 de enero - 31 de diciembre		
Los beneficios del plan están disponibles una vez cada año calendario.		
	Costo para miembros en red (Red de Acceso)	Fuera de red Reembolso
Servicios de Examen		
Examen de la Vista	copago de \$10	Hasta \$35
Imágenes Retinianas	Hasta \$39	No Cubierto
Calibración de Lentes de Contacto y Seguimiento		
Calibración de Lentes de Contacto y Seguimiento (Standard)	\$0 copago; ajuste y 2 visitas de seguimiento	Hasta \$40
Ajuste de lentes de contacto y seguimiento (Premium)	\$55 de asignación	Hasta \$40
Montura		
Montura	Asignación de \$130; 20% de descuento en el saldo	Hasta \$65
Lentes de Contacto (en lugar de lentes de gafas; la asignación para lentes de contacto incluye solo materiales)		
Contactos - Convencional	Asignación de \$130; 15% de descuento en el saldo	Hasta \$100
Lentes de contacto - Desechables	\$130 de asignación	Hasta \$100
Lentes de contacto - Medicamento Necesarios	\$0 de copago	Hasta \$200
Lentes de plástico estándar (en lugar de contactos)		
Visión simple	\$25 de copago	Hasta \$25
Bifocal	\$25 de copago	Hasta \$40
Trifocales o Lenticulares	\$25 de copago	Hasta \$55
Progresivo - Standard	copago de \$90	Hasta \$40
Progresivo - Prima	copago de \$90; asignación de \$120; 20% de descuento sobre el saldo	Hasta \$40
Opciones de Lentes		
Recubrimiento antirreflectante - Standard	\$45	No cubierto
Polycarbonato - Standard	Adultos: \$40 Niños menores de 19: \$0	Hasta \$25
Resistencia a Rayones Estándar	\$15	No cubierto
Tinte - Sólido y Gradiente	\$15	No cubierto
Revestimiento UV	\$15	No cubierto
Todas las Otras Opciones de Lentes	20% de descuento del precio de venta	No cubierto

Este es un breve resumen de la cobertura disponible bajo este plan. Las disposiciones exactas de los beneficios y exclusiones se encuentran en el certificado.

Plan Solo de Materiales

Año del Plan: 1 de enero - 31 de diciembre

Los beneficios del plan están disponibles una vez cada año calendario.

	Costo del Miembro en red (Red de Acceso)	Fuera de red Reembolso
Paquete de Armazones, Lentes y Opciones	\$200 de asignación; 20% de descuento sobre el saldo que exceda la asignación	Hasta \$200
Lentes de Contacto (en lugar del paquete de armazones, lentes y opciones)	Asignación de \$200	Hasta \$200

Descuentos Adicionales

Los miembros inscritos en cualquiera de las opciones de plan de visión pueden acceder a estos descuentos y beneficios adicionales al utilizar proveedores de la red.

- **40% de descuento** en un par adicional de anteojos o gafas de sol
- **20% de descuento** en artículos no cubiertos como paños de limpieza y solución
- **15% de descuento** en el precio de venta para la corrección de visión láser o 5% de descuento en el precio promocional; para utilizar el descuento LASIK, localice un proveedor de LASIK llamando al (800) 988-4221 o visite eyemedlasik.com
- **40% de descuento** en exámenes de audición y una garantía de precio bajo en audífonos con descuento; para utilizar el descuento de audición, llama al (877) 203-0675 para encontrar un proveedor de atención auditiva y programar un examen.

Recursos de Visión Surency

Surency Vision se enorgullece de colaborar con EyeMed Vision Care para ofrecer una red que brinda calidad, conveniencia y variedad. EyeMed tiene una de las redes nacionales más grandes, que incluye tanto a profesionales independientes como a cadenas de comercio minorista de renombre nacional. Accede a la red de proveedores de Surency Vision, así como a otros recursos valiosos visitando www.surency.com/our-products/vision

- Encuentra un proveedor (**Red de Acceso**)
- Accede a tu tarjeta de identificación móvil
- Verifica el estado de tu reclamo o consulta cómo se pagó tu reclamo
- Y más

Deducciones de Nómina del Plan de Visión

PLAN INTEGRAL	12 ciclos de nómina	21 ciclos de nómina	26 ciclo de nómina
Solo Empleado	\$10.22	\$5.84	\$4.72
Empleado + Cónyuge	\$21.48	\$12.27	\$9.91
Empleado + Hijo(s)	\$18.41	\$10.52	\$8.50
Familia	\$35.81	\$20.46	\$16.53
PLAN SOLO DE MATERIALES	12 ciclo de nómina	21 ciclo de nómina	26 ciclo de nómina
Solo Empleado	\$10.59	\$6.05	\$4.89
Empleado + Cónyuge	\$20.77	\$11.87	\$9.59
Empleado + Hijo(s)	\$18.26	\$10.43	\$8.43
Familia	\$28.46	\$16.26	\$13.14

Cuentas de Gastos Flexibles de Atención Médica

Cuentas de Gastos Flexibles de Cuidado de Dependientes

Una **Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)** es una cuenta ofrecida a través de tu empleador que te permite apartar **dinero antes de impuestos** de tu salario para pagar ciertos gastos cotidianos. Depositar dinero en una FSA antes de pagar impuestos sobre él te ahorra dinero al reducir tu ingreso imponible. Debes planificar cuidadosamente al decidir cuánto contribuir a tu(s) cuenta(s) para el año, ya que las elecciones que hagas permanecerán en efecto hasta el final del año del plan, a menos que tengas un evento calificado que te permita hacer un cambio. Hay dos tipos de FSAs disponibles para ti:

1. Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica

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

2. Cuenta de Gastos Flexibles de Cuidado de Dependientes

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

Otras consideraciones importantes a tener en cuenta al inscribirse en una Cuenta de Gastos Flexibles

- No es necesario estar inscrito en ningún otro plan (es decir, médico, dental, de visión, etc.) para participar en los planes de FSA.
- Puede inscribirse en una o en ambas cuentas. Cada cuenta es una elección separada.
- Planifique cuidadosamente al decidir cuánto desea contribuir a su(s) cuenta(s) durante el año. Las elecciones que haga permanecerán en vigor hasta el final del año del plan por cualquier motivo, a menos que experimente un evento calificado o una terminación de empleo.
- Siempre solicite un recibo detallado al proveedor, incluso al usar la tarjeta de débito FSA. El IRS requiere que los conserve para sus registros fiscales; y también los necesitará si su proveedor de FSA solicita comprobación de que un gasto es un gasto calificado de FSA.
- Las reglas y regulaciones del IRS rigen todas las cuentas de FSA.
- No puede participar en la Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica si es elegible y está contribuyendo a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).
- Los participantes del Plan FSA (para participantes terminados o inelegibles) pueden incurrir en gastos de reclamaciones hasta la fecha de terminación/inelegibilidad y tienen 30 días a partir de la fecha de terminación para presentar reclamaciones.

Surency FSA Advantage Plus Móvil

La aplicación móvil de Beneficios Surency AdvantagePlus es una característica valiosa que ofrece a los miembros acceso inmediato a sus cuentas de gastos flexibles ~~mientras están en~~ movimiento, en cualquier momento.

- Presentar nuevos reclamos de FSA / Subir recibos usando la cámara de su dispositivo móvil Ver la actividad de la cuenta
- Consultar los saldos de la cuenta de gastos flexibles
- Utilizar el Escáner de Gastos Elegibles para ver si lo que está a punto de comprar es elegible
- Acceder a FSASore.com para comprar artículos elegibles

	Cuentas de Gastos Flexibles de Atención Médica	Cuentas de Gastos Flexibles de Cuidado de Dependientes
Elección Anual Máxima	2027: Proyección \$3,500* Su elección anual se dividirá en los número de períodos de pago en su año del plan	\$7,500 (\$3,750 si está casado presentando por separado) Su elección anual se dividirá en los número de períodos de pago en su año del plan.
Elección Anual Mínima	\$120	N/A
Los gastos elegibles deben ser incurridos entre:	1 de enero de 2027—31 de diciembre de 2027	1 de enero de 2027—31 de diciembre de 2027
¿Cuán pronto puedes comenzar a usar los fondos de tu FSA?	Con una Cuentas de Gastos Flexibles de Atención Médica, tu monto anual total de elección está disponible el primer día del año del plan.	Tendrás acceso a tu Cuidado Dependiente Fondos de FSA que han sido deducidos de su pago.
¿Qué gastos son elegibles para reembolso?	Copagos del plan de salud, deducibles, coaseguro, cuidado de la vista, cuidado dental y ciertos gastos médicos se cubren los suministros. El IRS proporciona información específica sobre los gastos elegibles. (Véase la Publicación 502 del IRS) Para obtener una lista completa de los gastos elegibles, por favor visitar: http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf	Puedes usar tu DCA para pagar por niños menores de 13 años que reclamas como dependientes, así como como adultos u otros familiares que son incapaces de cuidarse a sí mismos (si proporcionas más del 50% de su apoyo). Los gastos elegibles deben ser con el propósito de permitirte trabajar o buscar trabajo. Los servicios pueden ser proporcionados en un centro de cuidado de niños o adultos, guardería, preescolar, cuidado después de la escuela, campamento de verano, o una niñera en tu hogar.
¿Puedes cambiar tu monto de elección a mitad del plan año?	Las elecciones solo pueden ser alteradas si experimentas un cambio en el estado según lo definido por las regulaciones del IRS, como matrimonio, divorcio, nacimiento o muerte en tu familia inmediata.	Típicamente, no puedes cambiar tu contribución a mitad de año. Sin embargo, si experimentas un evento calificador, como el Nacimiento de un nuevo niño, o si su proveedor de cuidado infantil aumenta significativamente sus tarifas, puede que sea elegible para ajustar su contribución.
¿Qué sucede con los fondos no utilizados?	Si queda algún saldo en la Salud del Participante de la Cuenta FSA después del período de presentación de reclamaciones, entonces cualquier saldo de este tipo hasta el monto permitido por el IRS* se trasladará para reembosar al Participante por Gastos de Salud incurridos durante el Año del Plan siguiente (fondos no utilizados de 2027 hasta 2028), siempre que el Participante no haya ejercido su derecho a renunciar a cualquier derecho a cualquier tal traslado. El Participante está obligado a inscribirse en el año del plan subsiguiente para que los dólares transferidos estén disponibles. No obstante lo anterior, el Participante deberá renunciar a todos los derechos respecto a cualquier saldo de este tipo durante el Monto permitido de arrastre por el IRS* 2027: Proyección de excedente \$700	Si queda algún saldo en la Participante's Cuentas de Gastos Flexibles de Cuidado de Dependientes después del Plan Año Período, y el posterior Período de finalización, entonces cualquier saldo así será confiscado.
¿Qué es un Período de liquidación?	El período de finalización significa el período posterior al final del año del plan durante el cual se pueden presentar reclamaciones para reembolso de los gastos del año anterior. El período de finalización para la cuenta FSA de atención médica y la cuenta FSA de atención de dependientes es de 90 días, lo que significa que tiene hasta el 30 de marzo de 2028 para presentar reclamación para el reembolso de los gastos incurridos durante el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2027.	
¿Cómo se presenta un reclamo?	Directrices para la presentación de reclamos: • En línea: Visite www.surency.com e inicie sesión en el sitio seguro de inicio de sesión para miembros. • Aplicación Móvil: Descargue la aplicación móvil de Surency para reclamos fáciles de presentación • Fax: Envíe la reclamación al (316) 462-3392; Attn: Reclamaciones de Surency AdvantagePlus • Correo de EE. UU.: Surency AdvantagePlus, P.O. Box 789773, Wichita, KS 67278-9773 • Los recibos para la presentación y sustentación de reclamaciones deben incluir el nombre del paciente, el nombre del proveedor, la fecha del servicio, el tipo de servicio, el costo del miembro del servicio.	

*Las cifras finales oficiales ajustadas por inflación suelen publicarse por el IRS a fines de otoño. A partir de la fecha de impresión, las cifras finales ajustadas no han sido publicadas. Los montos máximos están sujetos a cambios basados en los ajustes oficiales por inflación del IRS.

Seguro de Discapacidad

Las Escuelas Públicas de Derby ofrecen a los empleados elegibles la oportunidad de adquirir beneficios de protección de ingresos a través de **Compañía de Seguros Standard**. El seguro de incapacidad a corto plazo (STD) está diseñado para pagar un beneficio semanal en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión cubierta. Este beneficio reemplaza una parte de sus ingresos, ayudándole así a cumplir con sus compromisos financieros en un momento de necesidad.

Efectivo 1/1/2027: La póliza de incapacidad a corto plazo ha sido mejorada para incluir un **"beneficio sin compensación"**. Esto significa que los beneficios por discapacidad calificados recibidos **no se reducirán** por otras fuentes de ingresos como pago por enfermedad, licencia anual o personal, o continuaciones salariales pagadas al empleado por el empleador.

Características del Plan de Incapacidad a Corto Plazo

Las Escuelas Públicas de Derby requieren que se utilice todo el PTO disponible, incluyendo tanto los días del año actual como los acumulados previamente, cuando una persona toma licencia (incluyendo licencia por discapacidad).

	Opción 1	Opción 2	OPCIÓN 3
Período de Espera de Beneficio (Período de Eliminación)	13 días	28 días	58 días
Beneficios Aprobados Comienzan	Día 14	Día 29	Día 59
Período Máximo de Beneficio	Hasta 180 días	Hasta 180 días	Hasta 180 días
El período de eliminación no reduce el Período Máximo de Beneficio. Sin embargo, si eres elegible para la discapacidad a largo plazo (LTD) a través de KPERS, y te vuelves elegible para los pagos de LTD de KPERS, el los pagos de discapacidad a corto plazo podrían cesar antes del período máximo de beneficios de 180 días, ya que los beneficios de STD no son pagaderos mientras recibas beneficios de LTD.			
Monto de Cobertura	66 2/3% del salario semanal hasta un máximo de \$1,000 por semana		
Inscripción Abierta 2027 (Efectivo el 1/1/2027)	The Standard está renunciando a la disposición de entrada tardía para individuos que han sido previamente elegibles para inscribirse.		
Nuevas Contrataciones	Las nuevas contrataciones pueden inscribirse durante su período de inscripción de nuevas contrataciones de 30 días sin entrada tardía disposiciones.		
Disposición de Entrada Tardía	Si un empleado no se inscribe durante el período inicial de contratación de nuevos empleados, y luego se inscribe en una inscripción abierta de un año posterior, se aplicará una disposición de entrada tardía. La entrada tardía disposición establece que un inscrito tardío no estará obligado a presentar evidencia de asegurabilidad. En su lugar, estarán sujetos a un período de espera de beneficios de 60 días para enfermedades físicas/enfermedad, embarazo o trastorno mental durante los primeros 12 meses en el plan. Las discapacidades causadas por un los accidentes no están sujetos al período de espera de la disposición de entrada tardía.		
Cambio de Opción en Inscripción Abierta Inscripción	Si cambias la opción inscrita durante la inscripción abierta para aumentar tu beneficio (OPCIÓN 3 a 2; o Opción 2 a 1, o opción 3 a 1), y sales de la discapacidad en el próximo período de póliza de 12 meses, entonces esa discapacidad se pagaría bajo los parámetros de la póliza para los beneficios vigentes antes del cambio de inscripción. Ejemplo: El empleado cambia de opción 2 a opción 1 con efecto el 1/1/27. El empleado está actualmente embarazada (o queda embarazada el 2/1/27). Cuando salga por una reclamación de maternidad, el período de espera de beneficio seguiría la opción 2.		

Se puede encontrar información adicional, incluyendo el Folleto del Certificado y información sobre cómo iniciar la presentación de una reclamación en el sitio web de beneficios: mybenefitshub.com/usd260 → Discapacidad

El monto semanal de beneficios para el que eres elegible, junto con la prima de cada opción de discapacidad, se calculará automáticamente cuando te inscribas a través de THEbenefitsHUB.

Seguro de vida pagado por el empleador

Derby Las Escuelas Públicas ofrecen a los empleados una póliza de seguro de vida grupal y de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) a **ningún costo para ti**. Los beneficiarios pueden ser actualizados a través de **THE benefitsHUB**.

Seguro Básico de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento	
Categoría de Empleado	Monto de la póliza*
Empleados a tiempo completo (20+ horas por semana)	\$20,000
Empleados a tiempo parcial (12-19 horas por semana)	\$10,000

Debes estar trabajando a tiempo completo en la fecha de efectividad de tu cobertura; de lo contrario, tu cobertura se hará efectiva después de haber completado un período de espera específico.

*Reducciones de Beneficios Basadas en Edad (el beneficio en vigor se reduce a) 65% a los 65 años; 40% a los 70 años; 25% a los 75 años; 15% a los 80 años; la cobertura termina en la jubilación.

Las opciones de conversión o portabilidad pueden estar disponibles tras la terminación si notificas a Standard dentro de los 30 días posteriores a tu terminación. Se aplican algunas restricciones; consulta el certificado de beneficios para más información.

Consideraciones sobre el Seguro de Vida

Tu beneficiario es la persona que cobraría el monto de la póliza en caso de tu muerte. Es importante mantener actualizada tu información de beneficiario. El beneficiario no puede ser cambiado por ninguna persona que no seas tú, el titular de la póliza. Los beneficiarios pueden ser designados y actualizados en el portal de inscripción—**THE benefitsHUB**.. Si no designas un beneficiario, y te sucede algo, los beneficios se pagarán de acuerdo con el estatuto del estado.

Si tienes pólizas de seguro de vida fuera de tu empleador, deberías considerar revisar esas pólizas para asegurarte de que los beneficiarios estén actualizados.

Las responsabilidades financieras pueden cambiar a lo largo de la vida; asegúrate de estar asegurado por un monto que sea suficiente para los gastos que no querías dejar atrás a tus seres queridos.

Beneficios Adicionales

Asistencia de Viaje

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

Los servicios son para viajes que están a más de 100 millas de casa (incluidos los países extranjeros) y por menos de 180 días consecutivos.

Para más detalles, consulte el Volante de Descripción del Programa, que se puede encontrar en el sitio web de beneficios:

mybenefitshub.com/usd260 → Vida Básica

Kit de Servicios Vitales

Incluido con la cobertura de seguro de vida a través de The Standard, se les proporcionan a los miembros herramientas e información para ayudar a tomar decisiones sobre temas como Asistencia en Planificación Patrimonial, Planificación Financiera, Salud y Bienestar, Prevención del Robo de Identidad, Arreglos Funerarios y más. Para servicios, visita standard.com/mytoolkit (nombre de usuario: support) o llama al (800) 378-5742

Seguro de Vida Voluntario

Los empleados que quieran complementar su beneficio de seguro de vida grupal pueden adquirir cobertura adicional ofrecida a través de **The Standard**. A continuación se presenta un breve resumen de las opciones de cobertura. Los beneficiarios se pueden actualizar a través de **THEbenefitsHUB**.

Cobertura de Vida Voluntaria y AD&D			
	Cobertura del Empleado	Cobertura del Cónyuge	Cobertura de Niños
Monto Máximo de Póliza	\$500,000	\$250,000; no debe exceder 100% del monto en vigor del empleado	\$10,000; no debe exceder 100% del monto en vigor del empleado
Incrementos de Compra	\$10,000	\$5,000	Monto fijo de \$10,000
Monto de Emisión Garantizada ¹	\$250,000	\$75,000	\$10,000
Beneficio Basado en Edad Reducciones (la reducción del beneficio en vigor se reduce a)	65% a los 65 años; 40% a los 70 años; 25% a los 75 años; 15% a los 80 años	65% a los 65 años; 40% a la edad 70; 25% a los 75 años; 15% a la edad 80	Hijo(s) cubierto(s) de nacimiento a 26 años
Otras Disposiciones	Beneficio de vida acelerado: si le diagnostican una enfermedad terminal, puede ser elegible para recibir una parte de su seguro de vida. Cobertura termina en la jubilación.	Tasa de cónyuge y reducción por edad en función de la e	Una prima cubre a todos los niños.
	Si una pareja casada está empleada en el distrito, un individuo no puede ser asegurado como empleado individual y como cónyuge dependiente. Hijo(s) de una pareja casada, que están ambos empleados en el Distrito, solo pueden ser cubiertos bajo un padre.		

¹ La emisión garantizada es la oportunidad de adquirir un seguro de vida sin preguntas médicas. La emisión garantizada generalmente se ofrece solo en su primera oportunidad. Si desea registrarse en una fecha posterior, es probable que necesite completar la evidencia de asegurabilidad.

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

La cobertura de dependientes no entrará en vigor si un dependiente, que no sea un recién nacido, está confinado a un hospital u otra instalación de atención médica, o está confinado en casa, o es incapaz de realizar las actividades normales de alguien de igual edad y sexo. (puede variar por estado).

Las opciones de conversión o portabilidad pueden estar disponibles tras la terminación si notifica a Standard dentro de los 30 días de tu terminación. Se aplican algunas restricciones; consulta el certificado de beneficios para más información.

Primasse calcularán automáticamente cuando te inscribas a través de **THEbenefitsHUB**

Tasas de Empleado y CÓNYUGE										
Edad del Empleado	<30	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70+
Tarifa Mensual/\$1,000	\$0.06	\$0.06	\$0.10	\$0.12	\$0.17	\$0.25	\$0.45	\$0.63	\$1.72	\$4.50

Tarifa de Hijo(s)	
Edad	Nacimiento a edad 26
Tarifa Mensual	\$2.20 por \$10,000

Para más detalles, consulta el Volante de Descripción del Programa, que se puede encontrar en el sitio web de beneficios:mybenefitshub.com/usd260 → Vida Grupo Voluntaria

- Las tarifas mostradas son mensuales; su prima—por deducción de nómina—se calculará cuando se inscriba a través de THEbenefitsHUB.
- La tarifa del cónyuge se basa en la edad del empleado.
- Una prima cubre a todos los hijos elegibles inscritos.
- La edad del nuevo empleado es la edad del empleado a partir del 1 de enero del año en curso. Las tarifas aumentarán a medida que usted envejezca y pase al siguiente grupo de edad. Los cambios de tarifas debido a aumentos de edad serán efectivos en el año del plan siguiente al aumento de edad.

Inscripción Abierta 2027 (Vigente 1/1/2027)

Durante este período de inscripción abierta (cobertura efectiva el 1/1/2027); los empleados elegibles pueden seleccionar la cobertura que se detalla a continuación. Los empleados deben estar activamente trabajando para que la cobertura entre en vigor; la cobertura de dependientes no se activará si un dependiente, distinto de un recién nacido, está confinado en un hospital u otra instalación de atención médica, o está confinado en casa, o es incapaz de realizar las actividades normales de alguien de similar edad y sexo.

Empleados NO actualmente inscritos

- Puede inscribirse en el Seguro de Vida Voluntario por un monto de \$10,000 o \$20,000 sin ningún requisito adicional.
- Cualquier monto elegido por encima de \$20,000 requerirá Evidencia de Asegurabilidad y deberá ser revisado por la compañía de seguros para la determinación de la emisión de la póliza.
- Las reducciones de beneficios basadas en edad se aplicarán.
 - Ejemplo: Una persona de edad 67 puede elegir un monto de \$ 20,000. Esto resultará en un monto de póliza de \$13,000 ya que los beneficios se reducen al 65% para las edades 65-69. Consulte las reducciones de beneficios en la página anterior. La edad se basa en la edad del empleado a partir del 1/1/2027.

Empleados actualmente inscritos

- Puede aumentar su Seguro de Vida Voluntario en \$10,000 o \$20,000 sin ningún requisito adicional.
 - El aumento no puede hacer que su monto total de póliza supere el máximo del plan de \$500,000
 - Ejemplo: Si actualmente está inscrito con un monto de póliza de \$; podrá aumentar su póliza en un máximo de \$10,000.
- Cualquier aumento superior a \$20,000 requerirá Evidencia de Asegurabilidad y deberá ser revisado por la compañía de seguros para la determinación de la emisión de la póliza.
- Las reducciones de beneficios basadas en edad se aplicarán.

Cónyuge NO actualmente inscrito (El empleado debe estar inscrito para que el cónyuge esté inscrito)

- Puede inscribir a su cónyuge en el Seguro de Vida Voluntario por un monto de \$5,000 o \$10,000 sin ningún requisito adicional.
- Cualquier monto elegido por encima de \$10,000 requerirá Evidencia de Asegurabilidad y deberá ser revisado por la compañía de seguros para determinar la emisión de la póliza.
- Se aplicarán reducciones de beneficios basadas en la edad.
 - Ejemplo: Una persona de edad 67 puede elegir un monto de \$ 10,000. Esto resultará en un monto de póliza de \$6,500 ya que los beneficios se reducen al 65% para las edades 65-69. Consulte las reducciones de beneficios en la página anterior. La edad se basa en la edad del empleado a partir del 1/1/2027.

Cónyuge ACTUALMENTE inscrito (El empleado debe estar inscrito para que el cónyuge esté inscrito)

- Puede aumentar su Seguro de Vida Voluntario en \$5,000 o \$10,000 sin ningún requisito adicional.
 - El aumento no puede hacer que el monto total de su póliza supere el máximo del plan del 100% del monto del empleado o \$250,000, lo que sea menor.
 - Ejemplo: Si su cónyuge está actualmente inscrito con un monto de póliza de \$245,000; podrá aumentar la póliza en un máximo de \$5,000 siempre y cuando usted (el empleado) tenga una elección aprobada de al menos \$ 250,000.
- Cualquier aumento superior a \$10,000 requerirá Evidencia de Asegurabilidad y deberá ser revisado por la compañía de seguros para determinar la emisión de la póliza.
 - Se aplicarán reducciones de beneficios basadas en edad. La edad se basa en la edad del empleado al 1/1/2027.

Cobertura de Niños (El empleado debe estar inscrito para que el niño esté inscrito)

- Puedes elegir cobertura para tu hijo(s) por un monto de \$10,000 sin ningún requisito adicional. Nuevas elecciones pueden estar pendientes en el sistema de inscripción, pero serán revisadas y aprobadas según corresponda.

Plan Suplementario 3-en-1

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

El Paquete de Beneficios en el Lugar de Trabajo 3-en-1 a través de **Reliance Matrix** proporciona beneficios en efectivo por Accidentes, ciertas Enfermedades Críticas y Hospitalizaciones, ayudando a cubrir costos de bolsillo como deducibles o gastos diarios. Los beneficios pagados a través de estos planes se pagan directamente a usted y no se coordinan con ningún otro seguro. Debe estar asegurado para que los dependientes estén cubiertos. Usted y su cónyuge, si corresponde, deben tener menos de 70 años en el momento de la inscripción para ser elegibles para la cobertura.

Deducciones de nómina del Plan Suplementario 3 en 1

	Empleado Solo	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Familia
12 ciclo de nómina	\$24.00	\$47.18	\$39.30	\$62.62
21 ciclo de nómina	\$13.71	\$26.96	\$22.46	\$35.78
26 ciclos de nómina	\$11.08	\$21.78	\$18.14	\$28.90

1

El seguro de indemnización hospitalaria voluntaria proporciona una variedad de beneficios diarios fijos y en un solo pago para ayudar a cubrir los costos asociados con una admisión hospitalaria, incluidos los costos de habitación y alimentación.

No hay exclusiones por condiciones preexistentes.

Beneficios del Plan de Indemnización Hospitalaria

Beneficios de Habitación y Comida	\$100 por día; 180 beneficios diarios por año de cobertura
Beneficio de Admisión Hospitalaria	\$1,000; un beneficio de admisión por año de cobertura
Características de Maternidad	Cuando un miembro cubierto es admitido en el hospital y da a luz, el beneficio de admisión/diario se paga tanto para la madre como para el recién nacido.

2

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

Beneficios del Plan de Enfermedad Crítica

Montos del Beneficio Base	Empleado: \$5,000 Cónyuge: \$5,000 Hijo(s): \$1,250
Reducciones de Beneficios debido a la edad	El beneficio se reduce al 50% a la edad 70; la cobertura del cónyuge se termina a la edad 75
Enfermedades Críticas Cubiertas	• 100% monto del beneficio base para Alzheimer, coma, ataque cardíaco, cáncer potencialmente mortal, insuficiencia orgánica importante, ELA, enfermedad de Lou Gehrig, esclerosis múltiple, Parkinson, rotura cerebral, aneurisma aórtico o carótida, accidente cerebrovascular • 25% del monto del beneficio base para Carcinoma In Situ, Enfermedad Coronaria • 5% del monto del beneficio base para cáncer de piel
Beneficio Máximo de por Vida	1,000% del Monto de Seguro
Ocurrencia Subsiguiente	50% del beneficio si se diagnostica 6 meses o más tarde
Recaída (misma enfermedad)	100% si se diagnostica 12 meses o más tarde
Limitación Preexistente	Período de revisión de 12 meses; período de cobertura de 12 meses
Beneficio Anual de Bienestar	Las pruebas de detección de salud cubiertas incluyen, pero no se limitan a: análisis de sangre para triglicéridos, colonoscopia, mamografía, prueba de Papanicolaou, PSA, cáncer de piel

\$50

Hasta un máximo de cuatro beneficios por familia.

detección—consulte el certificado de cobertura para obtener una lista completa de las pruebas cubiertas

3

El seguro de accidentes voluntario proporciona una variedad de pagos únicos fijos por lesiones resultantes de un accidente cubierto. El Plan de Accidentes disponible para los empleados de las Escuelas Públicas de Derby tiene cobertura las 24 horas, lo que significa que, independientemente de dónde ocurra el accidente—en el trabajo o fuera de él—se pueden pagar beneficios por tratamientos de accidentes cubiertos. Debe estar asegurado para que los dependientes estén cubiertos. Este plan es portátil hasta la edad 70 del empleado.

Beneficios del Plan de Accidentes			
Transporte en Ambulancia		Terrestre: \$100 Aéreo: \$500	
Tratamiento de Emergencia		\$150	
Examen Diagnóstico (1x por accidente cubierto)		\$100	
Visita Inicial al Médico (1x por accidente cubierto)		\$50	
Beneficios Generales del Tratamiento de Accidentes			
Admisión Hospitalaria Inicial Confinamiento (1x por accidente cubierto)		\$500	
Admisión Hospitalaria Inicial en UCI		\$1,000	
Confinamiento por día		\$200; máximo 365 días UCI: \$400; máximo 30 días	
Confinamiento en la instalación de rehabilitación por día		\$50; un máximo de 30 días	
Visita de seguimiento a la oficina del médico (1x por accidente cubierto)		\$50	
Transporte (más de 100 millas, máximo de 3 viajes de ida y vuelta)		\$300	
Alojamiento (para 1 persona, más de 100 millas desde la residencia)		\$100; un máximo de 30 días	
Beneficios de Cirugía por Accidente			
Exploratoria - sin reparación	\$100	Abdominal o Torácica	\$1,000
Cartilago de Rodilla	\$300	Disco Roto	\$500
		Tendón, Ligamento o Manguito Rotador	Hasta \$600
Beneficios de Lesiones y Tratamientos por Accidentes Específicos Cubiertos			
Fracturas		Quirúrgico: Hasta \$5,000 No quirúrgico: Hasta \$2,500	
Luxaciones		Quirúrgico: Hasta \$3,200 No quirúrgico: Hasta \$1,600	
Quemaduras		2ª grado: Hasta \$500 3er grado: hasta \$6,400 Injerto de piel: 25% del beneficio pagadero por quemaduras	
Sangre/Plasma/Plaquetas	\$200	Lesión Dental	Corona: \$150
coma	\$5,000		Extracción: \$50
Conmoción	\$100	Lesión ocular	Extracción de objeto: \$100
Laceraciones	Hasta \$400		Reparación quirúrgica: \$200
Otro			
Dispositivo Médico		\$100	
Prótesis		Uno: \$500 Dos-o-más: \$1,000	
Fisioterapia		\$25 por sesión; hasta 6 sesiones	
Parálisis		Paraplejía/Hemiplejía: \$5,000 Cuadriplejía: \$10,000	

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

Plan de Accidentes Aflac

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

El **Plan de Accidentes del Grupo Aflac** proporciona beneficios en efectivo directamente a usted y ayuda con los gastos de su bolsillo, tanto médicos como no médicos, asociados con el tratamiento en caso de un accidente cubierto. A continuación se presentan algunas de las características del plan del Plan de Accidentes del Grupo Aflac. Para obtener una visión completa de su cobertura, incluidas las limitaciones y exclusiones, consulte el [Folleto del Plan](#).

Características del Plan

- 24 cobertura por hora
- Sin período de espera una vez que su póliza sea efectiva
- Sin reducción a ninguna edad
- cobertura portátil

Los beneficios no son pagaderos por accidentes que ocurrieron antes de la fecha de efectividad de la cobertura.

El tratamiento del accidente generalmente debe ser realizado dentro de un cierto plazo desde el accidente para que se puedan pagar los beneficios.

Ejemplos de beneficios del Plan de Accidentes cubiertos	
Revise el Folleto del Plan para la oferta completa de cobertura	
Tratamiento Inicial Sala de Emergencias del Hospital Cuidados Urgentes Consultorio del Doctor)	\$200 \$200 \$100
Tratamiento de Seguimiento por Accidente (hasta 6 visitas)	\$100
Ambulancia (Terrestre Aéreo)	\$400 \$1,200
Examen Diagnóstico Mayor	\$200
Radiografía	\$25
Conmoción Cerebral	\$200
Lesión Cerebral Traumática	\$5,000
Laceraciones (que requieren puntos: basado en la longitud de la laceración) Las laceraciones que no requieren puntos tienen un beneficio fijo de \$50	Hasta \$1,000
Quemaduras (basado en el grado y la severidad de la quemadura)	Hasta \$20,000
Lesión ocular (remoción de cuerpo extraño)	\$250
Luxaciones (reducción cerrada - basada en la parte del cuerpo; la reducción abierta paga 2x)	Reducción Cerrada: Hasta \$3,600
Fracturas (reducción cerrada - basada en la parte del cuerpo; la reducción abierta paga 2x)	Reducción Cerrada: Hasta \$4,500
Cirugía y Anestesia (ambulatorio hospitalizado)	\$400 1,000\$
Admisión Hospitalaria	1,000\$
Confinamiento en Hospital (beneficio por día, hasta 365)	300\$
Aparatos (ejemplos: tobillera, bota de caminar, muletas, scooter de rodilla)	\$100
Anexo de Muerte Accidental	EE: \$50,000 SP: \$25,000 CH: \$10,000
\$75 Beneficio de Bienestar Una vez por año calendario, por asegurado (incluyendo niños)	Este beneficio solo se paga por exámenes de salud pruebas realizadas como resultado de la atención preventiva, incluyendo pruebas y procedimientos diagnósticos ordenados en relación con exámenes de rutina.

Deducciones de nómina del Plan de Accidentes Aflac			
Primas Mensuales Totales	ciclo de nómina de 12	21 ciclo de nómina	26 ciclo de nómina
Solo Empleado	\$16.20	\$9.27	\$7.48
Empleado + Cónyuge	\$23.16	\$13.26	\$10.70
Empleado + Hijo(s)	\$30.90	\$17.66	\$14.26
Familia	\$37.86	\$21.66	\$17.48

Plan de Enfermedades Críticas de Aflac

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

El **Plan de Enfermedad Crítica del Grupo Aflac** es un beneficio voluntario que paga un beneficio en efectivo de suma global directamente a usted si se le diagnostica una enfermedad grave cubierta, como cáncer, infarto o accidente cerebrovascular. Puede usar el dinero como desee, por ejemplo, para costos médicos no cubiertos por el seguro de salud, facturas diarias o viajes para tratamiento. A continuación se presentan algunas características del plan del Plan de Enfermedad Crítica del Grupo Aflac. Para una visión completa de su cobertura, incluidas limitaciones y exclusiones, revise el [Folleto del Plan](#).

Persona Cubierta	Beneficio Base Monto
Empleado	\$10,000
Cónyuge	\$5,000
Hijo(s)	\$5,000

Porcentaje del monto del beneficio base a pagar

Ejemplos de beneficios de Enfermedad Crítica cubiertos	
Consulte el Folleto del Plan para la oferta completa de cobertura	
Cáncer (interno o invasivo)	100%
Infarto	100%
Accidente cerebrovascular	100%
Fallo renal	100%
Transplante de médula ósea	100%
Trasplante de Órganos Mayores	100%
Diabetes Tipo I	100%
ELA o Enfermedad de Lou Gehrig	100%
Esclerosis Múltiple Sostenida	100%
Enfermedad de Alzheimer Avanzada	100%
Enfermedad de Parkinson Avanzada	100%
Cáncer No Invasivo	25%
Condiciones de la Infancia Fibrosis Quística, Parálisis Cerebral, Labio Leporino o Paladar Hendido, Síndrome de Down, PKU, Spina Bífida	50%
Otros Beneficios	
Beneficio de Cáncer de Piel	\$1,000 por el diagnóstico de cáncer de piel
Trastorno del Espectro Autista	\$3,000
\$50 Beneficio de Exámenes de Salud	Una vez por año calendario, por asegurado (incluidos los niños)
Este beneficio solo es pagadero para pruebas de detección de salud realizadas como resultado de atención preventiva, incluyendo pruebas y procedimientos de diagnóstico ordenados en conexión con exámenes de rutina.	

Otras Características

Beneficio Adicional por Diagnóstico

Aflac pagará beneficios por cada enfermedad crítica diferente después de la primera cuando las dos fechas de diagnóstico estén separadas por al menos seis (6) meses consecutivos.

Beneficio de Reparación

Aflac pagará beneficios por la misma enfermedad crítica después de la primera cuando las dos fechas de diagnóstico estén separadas por al menos seis (6) meses consecutivos.

Debes ser diagnosticado con la Enfermedad Crítica cubierta, o con otras condiciones cubiertas bajo esta póliza, después de la fecha de efectividad de la póliza para que el beneficio aplicable sea pagadero.

Primas Mensuales del Plan de Enfermedades Críticas de Aflac		
Grupo de Edad	Tarifa de Empleado	Tarifa de Cónyuge
18-25	\$4.50	\$2.25
26-30	\$5.83	\$2.91
31-35	\$7.29	\$3.64
36-40	\$9.36	\$4.68
41-45	\$12.31	\$6.16
46-50	\$15.88	\$7.94
51-55	\$24.56	\$12.28
56-60	\$29.36	\$14.68
61-65	\$46.77	\$23.39
66+	\$74.84	\$37.42

Las tarifas son tarifas de edad ALCANZADA, lo que significa que cuando el empleado solicita cobertura, su edad, el grupo de edad respectivo y las primas se basarán en el primer día del año del plan actual (es decir, 1 de enero de 2027) en el que su cobertura es efectiva. La edad se calcula por separado para el Empleado y su CÓNYUGE y se basa en la propia edad del empleado y del cónyuge. Para Nuevas Contrataciones durante el año, la edad se basará en cuántos años tenía el empleado/cónyuge cubierto el 1 de enero del año en que su cobertura es efectiva (es decir, cobertura de nueva contratación efectiva el 1/4/2027 - edad basada en la edad al 1/1/2027). Las tarifas aumentarán cada año del plan si se ha alcanzado un nuevo grupo de edad. Los niños pueden estar cubiertos hasta los 26 años.

Plan de Indemnización Hospitalaria de Aflac

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

El **Plan de Indemnización Hospitalaria del Grupo Aflac** proporciona beneficios en efectivo directamente a usted que ayudan a pagar los costos asociados con una estancia hospitalaria cubierta. Para una visión completa de su cobertura, incluidos los límites y exclusiones, por favor revise el [Folleto del Plan](#).

Beneficios del Plan de Indemnización Hospitalaria	
Revise el Folleto del Plan para la oferta completa de cobertura	
Admisión Hospitalaria (una vez por enfermedad o accidente cubierto por año calendario para cada asegurado); pagadero cuando un asegurado es admitido a un hospital y está confinado como hospitalizado. Los beneficios no se pagan por la admisión de un recién nacido tras su nacimiento; sin embargo, los beneficios se pagarán por la admisión de un recién nacido a un Hospital Unidad de Cuidados Intensivos si, tras el nacimiento, el recién nacido está confinado como hospitalizado como un resultado de una lesión por accidente cubierto o enfermedad cubierta (incluidos defectos congénitos, anomalías de nacimiento, y/o nacimiento prematuro).	\$2,000
Confinamiento en Hospital (máximo 31 días por confinamiento para cada enfermedad o accidente para cada asegurado); pagadero cuando un asegurado está confinado a un hospital como hospitalizado	\$300
Beneficio de Admisión a Cuidados Intensivos Hospitalarios (una vez por enfermedad cubierta o accidente por año calendario para cada asegurado); pagadero cuando un asegurado es admitido a la UCI Hospitalaria y confinado como paciente. Este beneficio se paga además del Beneficio de Admisión Hospitalaria.	\$2,000
Unidad de Cuidados Intensivos Hospitalarios (máximo 10 días por confinamiento para cada enfermedad o accidente cubierto para cada asegurado); pagadero cuando un asegurado está confinado a una UCI Hospitalaria. Este beneficio se paga además del Beneficio por Confinamiento en Hospital.	\$300
Unidad de Escalón de Cuidado Intensivo Intermedio (máximo 10 días por confinamiento para cada enfermedad o accidente cubierto para cada asegurado); pagadero cuando un asegurado está confinado en una Unidad de Escalón de Cuidado Intensivo Intermedio. Este beneficio es pagadero además del Beneficio de Confinamiento en Hospital.	\$100

- No hay exclusiones por condiciones preexistentes en este plan.
- No hay período de espera para los beneficios una vez que la póliza es efectiva.
- Los recién nacidos y los niños adoptados recientemente están automáticamente cubiertos desde el momento del nacimiento o la adopción durante 60 días.
- Se ofrece cobertura garantizada a todos los empleados elegibles (y a los dependientes elegibles) durante la inscripción abierta o durante el periodo de nuevos empleados.

Deducciones de nómina del Plan de Indemnización Hospitalaria de Aflac			
Primas Mensuales Totales	ciclo de nómina de 12	ciclo de nómina de 21	ciclo de nómina de 26
Solo Empleado	\$27.55	\$15.74	\$12.72
Empleado + CÓNYUGE	\$54.15	\$30.94	\$24.99
Empleado + Hijo(s)	\$39.25	\$22.43	\$18.12
Familia	\$65.85	37,63 \$	30,39 \$

LegalShield e IDShield

Tienes la opción de inscribirte en los planes de **LegalShield** y **IDShield** con deducciones por nómina convenientes.

Para obtener más información sobre estos beneficios, visite www.shieldbenefits.com/usd260

Plan de Protección LegalShield

Durante más de 50 años, LegalShield ha hecho que sea asequible y fácil para sus miembros conectarse con su red de firmas de abogados dedicadas y verificadas en los Estados Unidos y partes de Canadá. Los abogados tienen un promedio de 22 años de experiencia. Tenga en cuenta que LegalShield proporciona acceso a servicios legales ofrecidos por una red de firmas de abogados proveedoras a sus miembros.

- Firma de Abogados Dedicada
- Asesoría/Consulta Legal
- Cartas/Llamadas
- Contratos/Documentos revisados
- Asistencia para Documentos de Préstamo Residencial
- Preparación de Testamentos
- Asistencia para Multas de Velocidad
- Asistencia para Auditorías del IRS
- Defensa en juicios (acción civil cubierta por demanda)
- Divorcio/Separación sin disputa, Adopción
- 25% Descuento de Miembro Preferido
- 24/7 Acceso de Emergencia

Plan de Protección IDShield

IDShield cree que todos tienen derecho a vivir la vida en línea sin preocupaciones. Aunque internet está lleno de amenazas, IDShield ayuda a las personas a descansar tranquilas. IDShield siempre actuará con integridad y solo usará tus datos para brindarte servicio. IDShield siempre será claro y transparente sobre cómo se almacenan y manejan tu información. IDShield es parte de PPLSI, establecido en 1972, que ofrece planes de protección legal e identidad y protege a más de 2 millones de norteamericanos.

- Monitoreo continuo de crédito Monitoreo de cuentas financieras Consulta
- Restauración de identidad
- Garantía de servicio ilimitado
- Plan de protección de \$1 millón
- 24/7 Acceso de Emergencia

Los planes legales de LegalShield cubren al miembro; cónyuge del miembro; niños dependientes nunca casados menores de 21 años que viven en casa; niños dependientes menores de 18 años para quienes el miembro es el tutor legal; niños dependientes nunca casados hasta los 23 años si son estudiantes universitarios a tiempo completo; o niños dependientes físicamente o mentalmente discapacitados. Hay una tarifa individual disponible para aquellos inscritos que no están casados, no tienen pareja de hecho y no tienen hijos menores ni dependientes. No hay beneficios familiares disponibles para miembros del plan individual. Pregunte a su Asociado Independiente para más detalles. Este es un resumen general y es solo para fines ilustrativos. Los planes y servicios varían de un estado a otro. Consulte un contrato de plan para su estado de residencia para conocer los términos completos, cobertura, montos, condiciones y exclusiones.

La cobertura familiar de IDShield incluye al miembro, el cónyuge del miembro y hasta 8 hijos menores de 18 años. Los dependientes de 18 a 26 años solo reciben consulta y restauración. Esta es una visión general y es solo para fines ilustrativos. Consulte los detalles del plan para obtener los términos completos, la cobertura, los montos, las condiciones y las exclusiones.

Primas mensuales de LegalShield e IDShield		
	Solo Empleado	Familia
LegalShield	\$15.75	\$15.75
ID Shield	\$8.95	\$18.95
Combinado	\$24.70	\$30.70

Para más información,
contacte a Bob Pilcher
(316) 215-5100
bobpilcher58@gmail.com

Plan de Ahorros para el Jubilación 403(b)

Los empleados de la Escuela Pública de Derby están invitados a participar en la contribución a una cuenta con beneficios fiscales. Todos los empleados son elegibles para participar.

Aspectos destacados del Plan 403(b)	
Participación	- Todos los empleados son elegibles para participar. Los empleados elegibles pueden unirse al plan en cualquier momento. - Derby USD 260 permite a los empleados utilizar el Reducción de Salario en Línea sistema de Acuerdo (SRA) para iniciar o modificar las contribuciones a su plan voluntario de jubilación. El sistema en línea simplifica el proceso y ayuda a garantizar que los cambios en las contribuciones se envíen de manera eficiente y precisa. Para más información, visite www.publicretirement.daybright.com y acceda a la página del plan de nuestro distrito.
Contribuciones	- Puedes contribuir hasta el 100% de tu compensación al plan, hasta el límite permitido bajo el Código de Rentas Internas (2027: aumento proyectado a \$25,500). - Si tienes 50 años o más, puedes hacer una contribución "de recuperación" (2027: proyectado \$8,500). - Consulta con tu patrocinador del plan para ver si el "super catch-up" está disponible para individuos de 60 a 63 años. - Este plan prevé contribuciones de reducción de salario antes de impuestos. No paga impuesto federal sobre la renta, y, en la mayoría de los casos, impuesto sobre la renta estatal sobre sus contribuciones; sin embargo, se aplica el impuesto de Medicare y el impuesto de Seguridad Social. Por lo tanto, sus contribuciones antes de impuestos están excluidas de sus salarios gravables en su W-2, pero se cuentan en sus salarios gravables de Seguridad Social y Medicare. Dado que no ha pagado impuesto sobre la renta sobre este dinero, eventualmente -típicamente durante la jubilación cuando reciba pagos- usted pagar impuesto sobre la renta por ello. - También tienes la opción de elegir una contribución Roth post-impuesto.
Distribuciones	- Las distribuciones generalmente solo están disponibles cuando alcanzas la edad de 59 1/2; o experimentas un despido de tu empleo. - Las distribuciones también pueden estar disponibles en caso de dificultad financiera, muerte o discapacidad. - Las necesidades a corto plazo también pueden satisfacerse a veces mediante préstamos no imposables. Deberías discutir las opciones de distribuciones/préstamos con tu asesor financiero para determinar cómo impactará tu cuenta 403(b) y tu situación fiscal.
Inversiones	- Seleccionas cómo deseas que tus contribuciones se inviertan en las opciones de inversión disponibles a través del proveedor de inversión aprobado. - Un representante financiero a través de uno de los proveedores de inversión aprobados puede ayudarte con tus opciones de inversión.

Beneficios de Participar

- Impuestos Más Bajos Hoy** - las contribuciones que realices en una **base antes de impuestos** pueden reducir tus impuestos sobre la renta actuales
- Crecimiento Diferido de Impuestos** - tu cuenta puede crecer libre de impuestos hasta el momento del retiro
- Jubilación Mejorada** - otras fuentes de ingresos para la jubilación, incluidos los planes de pensiones estatales y, si corresponde, la Seguridad Social, pueden no reemplazar adecuadamente el salario de una persona al momento de la jubilación. Un plan 403(b) puede ayudar a proporcionar un suplemento a los ingresos de jubilación de un empleado.

Para más información sobre Planes 403(b), visite <https://www.irs.gov/publications/p571>

Esto es solo para fines informativos y no constituye asesoramiento en inversiones, impuestos o legal. Por favor, consulte a un asesor financiero, fiscal o profesional legal calificado con respecto a su situación individual.

Derby USD 260 permite a los empleados utilizar el Acuerdo de Reducción Salarial en Línea (SRA) a través de Omni, para iniciar o modificar contribuciones a sus planes de jubilación voluntaria. El sistema en línea agiliza el proceso y ayuda a garantizar que los cambios en las contribuciones se envíen de manera eficiente y precisa. Para más información, por favor visite www.publicretirement.daybright.com y acceda a la página del plan de nuestro distrito.

Proveedores de inversión participantes 403(b)		
Estos proveedores de inversión están disponibles para el envío de contribuciones por reducción de salario y transferencias bajo el Plan 403(b).		
Ameriprise Financial	Chad Langhofer chad.langhofer@ampf.com Rachel Wright Rachel.wright@ampf.com	(316) 685-5353
Corebridge Financial	Ty Hysten ty.hysten@corebridgefinancial.com	(785) 414-0969
Edward Jones	Carla Schartz carla.schartz@edwardjones.com	(316) 687-9582
Equitable	Brandon McBeth brandon.mcbeth@equitable.com Rayce Hoepker rayce.hoepker@equitable.com	(316) 573-9388 (620) 365-0590
Fidelity Investments	www.fidelity.com	(800) 343-0860
Security Benefits	Leasha Rutschman leasharutschman@ofgfinancial.com Ginger Hamilton gingerhamilton@ofgfinancial.com Ian Lindstrom ianlindstrom@ofgfinancial.com	(316) 461-5063 (316) 670-0049 (316) 990-8923
Voya	Stephen Cross Sr. stephen.crosssr@voyafa.com Stephen Cross Jr. stephen.crossjr@voyafa.com Jonathan Cross Jonathan.cross@voyafa.com	(316) 788-0788 ext 1 (316) 788-0788 ext 2 (316) 788-0788 ext 3

Otras Oportunidades de Participación

Participación DNEA

Todo el personal puede elegir participar en la NEA.

Para más información contactar a **Kathleen O'Brien** en kobrien@usd260.com o **Makinzie Hogan** en mhogan@usd260.com

Fundación Educativa de Derby

El personal puede optar por apoyar a la Fundación Educativa de Derby a través de deducciones voluntarias de nómina, con cada dólar yendo directamente a los estudiantes y al personal.

Contacte al **Departamento de Nómina** si desea discutir esta opción más a fondo.

United Way

Su donación voluntaria, a través de deducciones de nómina, ayuda a United Way a abordar problemas críticos en nuestra área, como el cuidado de los ancianos, jóvenes en riesgo, ayuda en desastres y más.

Si desea obtener más información, comuníquese con el **Departamento de Nómina**.

Avisos Legales

Derechos de Cobertura de Continuación bajo COBRATH

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

Es muy importante que notifique a su empleador si experimenta un divorcio/separación legal o tiene un dependiente que ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del plan. Si no notifica a su empleador sobre uno de estos eventos dentro de los 60 días, el dependiente cubierto perderá el derecho a continuar su cobertura bajo COBRA.

Cuando obtenga cobertura inicialmente bajo el Plan, usted y sus dependientes cubiertos recibirán por correo el Aviso General de Derechos de Cobertura de Continuación de COBRA. Este aviso proporciona más detalles sobre su derecho a la cobertura de continuación de COBRA.

HIPAA Notificación de Inscripción Especial

Esta notificación se proporciona para asegurarse de que comprenda su derecho a solicitar cobertura de salud grupal. Debe leer esta notificación incluso si planea renunciar a la cobertura de salud en este momento.

Pérdida de Otra Cobertura

Si está rechazando la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o un plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al final de la otra cobertura de usted o sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Ejemplo: Renunció a la cobertura bajo este Plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge termina su empleo. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días a partir de la fecha en que termina la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura bajo este Plan.

Matrimonio, Nacimiento o Adopción

Si tienes un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedas inscribirte a ti y a tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación para adopción.

Ejemplo: Cuando fuiste contratado, estabas soltero y decidiste no optar por los beneficios de seguro de salud. Un año después, te casas. Tú y tus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este Plan. Sin embargo, debes solicitarlo dentro de los 30 días a partir de la fecha de tu matrimonio.

Medicaid o CHIP

Si tú o tus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) o se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia de prima bajo Medicaid o CHIP, es posible que puedas inscribirte a ti y a tus dependientes. Debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o de la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima.

Ejemplo: Cuando fuiste contratado, tus hijos tenían cobertura de salud bajo CHIP y no los inscribiste en este Plan. Debido a cambios en tus ingresos, tus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Puedes inscribirlos en este Plan si solicitas dentro de los 60 días posteriores a la fecha de su pérdida de cobertura de CHIP.

Para más información o asistencia

Para solicitar inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Departamento de Nómina y Beneficios.

Aviso de Recordatorio de Prácticas de Privacidad de HIPAA

El Plan Médico y FSA de su Organización está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de su información de salud identificable y a informarle sobre los usos de la información de salud protegida (PHI) y sus derechos de privacidad. El uso y divulgación de PHI por parte de la Organización está regulado por la ley federal conocida como HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud). Se puede solicitar una copia en papel a través del Departamento de Nómina y Beneficios.

Ley de Derechos de la Salud de las Mujeres y del Cáncer

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de la Salud de las Mujeres y del Cáncer de 1998 (WHCRA). Para los individuos que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

1. Todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó la mastectomía;
2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
3. Prótesis; y
4. Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al número de teléfono de servicio al cliente que aparece en su tarjeta de identificación de seguro médico.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud en general no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de la estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor de seguros para prescribir una duración de estancia que no exceda de 48 horas (o 96 horas).

Asistencia Premium Bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

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

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un Estado listado a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para averiguar si hay asistencia para primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y piensa que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado o llame al 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo aplicar. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que puede ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

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

Avisos Legales

Varios estados ofrecen asistencia para primas. Si vives en uno de los estados, puedes ser elegible para asistencia para pagar las primas de tu plan de salud ofrecido por el empleador. Contacta a tu Estado para más información sobre la elegibilidad –

Kansas—Medicaid

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

Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono

HIPP: 1-800-967-4660

Para información estatal adicional o para más información sobre los derechos de inscripción especial, visite <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra> → haga clic en **Notificación Modelo para Empleadores Sobre Oportunidades de Asistencia para Primas** aquí; o contacte—

Administración de Seguridad de Beneficios
para Empleados del Departamento de
Trabajo de EE. UU. www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.
UU. www.cms.hhs.gov 1-877-267-2323, Opción de
menú 4, Ext. 61565



Opciones de cobertura del Mercado de Seguros de Salud y su cobertura de salud

Parte A: Información General

Incluso si se le ofrece cobertura de salud a través de su empleo, puede tener otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud ("Mercado"). Para ayudarle a evaluar opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros de Salud.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "compras únicas" para encontrar y comparar opciones de seguros de salud privados en su área geográfica.

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

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

¿Afecta la Cobertura de Salud Basada en el Empleo la Elegibilidad para Ahorros de Prima a través del Mercado?

Sí. Si tienes una oferta de cobertura de salud de tu empleador que se considera asequible para ti y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no serás elegible para un crédito fiscal, o pago anticipado del crédito fiscal, para tu cobertura del Mercado y puede que desees inscribirte en tu plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puedes ser elegible para un crédito fiscal, y pagos anticipados del crédito, que reduzcan tu prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si tu empleador no te ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que se considere asequible para ti o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si tu parte del costo de la prima de todos los planes ofrecidos a ti a través de tu empleo es más del 10.22%¹ de tu ingreso anual del hogar, o si la cobertura a través de tu empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado Asequible, puedes ser elegible para un crédito fiscal, y pago anticipado del crédito, si no te inscribes en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas para el plan de costo más bajo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 10.22% del ingreso del hogar del empleado.^{1, 2}

¹Indexado anualmente; vea <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.² Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. Para propósitos de elegibilidad para el crédito fiscal de prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo," el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de servicios de médicos.

Nota: Si compras un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de tu empleo, entonces puedes perder acceso a lo que el empleador contribuye a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como tu contribución como empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para fines de impuestos sobre la renta federales y estatales. Tus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan sobre una base posterior a impuestos. Además, ten en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de tu empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o de valor mínimo, pero aceptas esa cobertura de todos modos, no serás elegible para un crédito fiscal. Debes considerar todos estos factores al determinar si comprar un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro de salud a través del Mercado?

Puedes inscribirte en un plan de seguro de salud del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puedes inscribirte en un seguro de salud si calificas para un Período de Inscripción Especial. En general, calificas para un Período de Inscripción Especial si has tenido ciertos eventos de vida calificados, como casarte, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo del tipo de tu Período de Inscripción Especial, puedes tener 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirte en un plan del Mercado.

También hay un Período de Inscripción Especial del Mercado para individuos y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han terminado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estaba inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, muchos individuos pueden ya no ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. está ofreciendo un período temporal de Inscripción Especial del Mercado para permitir que estos individuos se inscriban en la cobertura del Mercado.

Los individuos que son elegibles para el Mercado y residen en estados atendidos por HealthCare.gov y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en Healthcare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y certifiquen una fecha de terminación de cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, puede tener la posibilidad de inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para garantizar que reciba cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué hay sobre alternativas a la cobertura del Mercado de Seguro de Salud?

Si tú o tu familia son elegibles para la cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), tú o tu familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluyendo si tú o tus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tienes 60 días después de perder la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirte en un plan de salud basado en el empleo, pero si tú y tu familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, pueden solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirma la fecha límite con tu empleador o tu plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puedes inscribirte en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o aplicando directamente a través de tu agencia estatal de Medicaid. Visita <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para más detalles.

¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

Para obtener más información sobre la cobertura que se ofrece a través de su empleo, consulte la descripción del plan resumido de su plan de salud o contacte a su empleador como se indica en la Parte B.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Por favor, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura del seguro de salud e información de contacto para un Mercado de Seguros de Salud en su área.

(Continuación en la página siguiente)

Avisos Legales

Parte B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

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

3. Nombre del empleador Derby USD 260		4. Número de identificación del empleado (EIN) 48-0727674
5. Dirección del empleador 1550 E. Walnut Grove		6. Número de teléfono del empleador (316) 788-8400
7. Ciudad Derby	8. Estado KS	9. Código postal 67037
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Departamento de Nómina y Beneficios		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico mshannon@usd260.com

- Aquí esta alguna información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:
- Ofrecemos un plan de salud a empleados trabajando 20 horas o más por semana
- Dependientes elegibles son: Cónyuge Legal e Hijos hasta la edad de 26, incluyendo hijastro, adoptado o de crianza, y cualquier niño que usted tenga tutela legal u custodia ordenada por el tribunal. Un niño que no sea capaz de mantenerse por sí mismo debido a una discapacidad resultante de una condición física o enfermedad mental puede ser aprobado por encima del límite de edad permitido de 26 años.
- Esta cobertura está destinada a cumplir con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, en función de los salarios de los empleados.
- ** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, usted puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado de Seguros Médicos. El Mercado de Seguros Médicos utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja a comisión), si se contrató por primera vez a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede ser elegible para un descuento en la prima.

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

Aviso de Cobertura Creditable de Medicare Parte D

Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Blue Cross Blue Shield of Kansas y sobre sus opciones dentro de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Esta información puede ayudarle a decidir si desea unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que necesitas saber sobre tu cobertura actual y la cobertura de medicamentos de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puedes obtener esta cobertura si te unes a un Plan de Medicamentos de Medicare o a un Plan de Ventajas de Medicare (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. Tu empleador ha determinado que la cobertura de medicamentos a través de Blue Cross Blue Shield de Kansas es, en promedio, para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Creditable. Debido a que tu cobertura existente es Cobertura Creditable, puedes mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si decides unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puedes unirme a un plan de medicamentos de Medicare?

Puedes unirme a un plan de medicamentos de Medicare cuando por primera vez seas elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierdes tu cobertura de medicamentos creditable actual, sin que sea culpa tuya, también serás elegible para un dos (2) mes del Período de Inscripción Especial (SEP) para unirme a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si se une a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual del empleador no se verá afectada. Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y dejar su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes pueden no poder recuperar esta cobertura.

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

También debería saber que si deja o pierde su cobertura actual con su empleador y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores al final de su cobertura actual, puede que pague una prima más alta (una penalización) para unirme a un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos recetados creditable, su prima mensual puede aumentar en al menos el 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura creditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga cobertura de medicamentos de Medicare. Además, puede que tenga que esperar hasta el octubre siguiente para unirme.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos de Medicare:

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos se encuentra en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También puede ser contactado directamente por planes de medicamentos de Medicare. Para más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare:

Visite www.medicare.gov

Llame a su Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal para obtener ayuda personalizada. Consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para su número de teléfono.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare. Para obtener información, visite Seguridad Social en la web en www.socialsecurity.gov o llame: 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778)

Recuerda: Si decides unirme a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que debas proporcionar una copia de este aviso cuando pagues una prima más alta (una penalización).

Nombre de la Entidad/Remitente: Derby Public Schools
Contacto: Departamento de Nómina y Beneficios
Dirección: 1550 E. Walnut Grove Rd. | Derby, KS 67037
Teléfono: (316) 788-8400
Fecha de Impresión: octubre de 2026

Notas



Departamento de Nómina y Beneficios

Mary Shannon

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

Korie Wannow

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

Denise Bird

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

Programa de Bienestar

Annie Vigil

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

Socios Corredores Beneficios

Jennifer Kurth

Jennifer.kurth@howdengroup.com

(316) 200-6121

Ruth Shank

Ruth.shank@howdengroup.com

(316) 644-6382

Contratos del Transportista		
Lucet	eap.lucethealth.com EAP Company Login: usd 260	(800) 624-5544
AmWell	https://patients.amwell.com/	(844) 733-3627
Blue Cross Blue Shield is Kansas	www.bcbsks.com	(800) 432-3990
Delta Dental of Kansas	www.deltadentalks.com	(800) 243-3375
Surency	www.surency.com	(866) 818-8805
The Standard	Contactar al Departamento de Nómina y Beneficios	
Reliance Matrix	www.reliancematrix.com	(800) 351-7500
Aflac	www.aflac.com	(800) 433-3036
LegalShield IDShield	www.shieldbenefits.com/usd260	Bob Pilcher (316) 215-5100 bobpilcher58@gmail.com

Derby Public Schools

1550 E. Walnut Grove Rd.
Derby, KS 67037 (316)
788-8400

