

2023  
Guía de  
Beneficios

Fort Bend ISD

FBISD  
**LiveWell**  
for a healthy life!





# ¡Descarga tu FBISD LiveWell Aplicación hoy!

Disponible para **TODOS**  
los Empleados de FBISD



Escanear para descargar.



## ¡Todo lo que necesita en un **SOLO LUGAR!**

*¡Ya disponible en tu smartphone!*

- Acceda a sus Recursos 24/7
- Beneficios de Salud
- Línea de Ayuda EAP
- Bienestar
- ...¡y más!



# QUÉ CONTIENE – ÍNDICE DE CONTENIDOS

Fort Bend ISD se complace en ofrecer un programa integral de beneficios para usted y su familia. Las decisiones que tome como nuevo empleado o durante la inscripción abierta anual permanecerán en vigor hasta el siguiente período de inscripción abierta, a menos que experimente un evento calificado (información adicional en las páginas 7-9 de esta guía).

<b>LiveWell.....</b>	<b>4-6</b>	<b>Seguro de Vida .....</b>	<b>31</b>
Bienestar de Los Empleados .....	4	Seguro de Vida Básico Y de Muerte Accidental Y	
Información de Contacto de Las Compañías de Seguros .....	5	Desmembramiento (AD&D) Seguro de Vida Voluntario Y de	
Departamento de Beneficios de FBISD .....	6	Muerte Accidental Y Desmembramiento (AD&D) .....	31
<b>Elegibilidad.....</b>	<b>7-9</b>	<b>Seguro Voluntario de Incapacidad .....</b>	<b>32-33</b>
Elegibilidad .....	7	Seguro de Invalidez A Corto Plazo Voluntario .....	32
Documentos Requeridos .....	8	Seguro de Invalidez A Largo Plazo Voluntario .....	33
Cómo Inscribirse En Sus Beneficios En Línea A Través de		<b>Planes Suplementarios de MetLife .....</b>	<b>34-40</b>
My Self Serve .....	9	Seguro de Accidentes .....	34
<b>2023 Cambios y Actualizaciones.....</b>	<b>10</b>	Seguro Contra El Cáncer .....	35
<b>Plan Médico .....</b>	<b>11-22</b>	Seguro de Enfermedad Grave .....	36
Encontrar Un Médico En La Red.....	15	Plan de Indemnización Hospitalaria.....	37
Visitas Virtuales.....	16	Contribuciones de Empleado en los Planes de MetLife en el	
Comparación de Planes Médicos .....	17	año 2023 .....	38
Kelsey UHC Charter.....	18	<b>Programa de Asistencia al Empleado (EAP) .....</b>	<b>41</b>
Nexus .....	19	<b>Programas Adicionales.....</b>	<b>42-45</b>
Choice Plus.....	20	Embarazo Saludable .....	42
Choice HRA .....	21	Cirugía Planificada.....	43
Choice High Deductible.....	22	Dolores Muscular Y Articulares .....	44
<b>Medicamentos Recetados .....</b>	<b>23-24</b>	Programa de Real Appeal .....	45
CVS Caremark .....	23	<b>Servicios Financieros .....</b>	<b>46-50</b>
Terapia Escalonada .....	24	TRS .....	46
<b>Plan Dental .....</b>	<b>25-26</b>	Administradores de TCG (Formalmente Recursos Jem).....	46
Planes Dental PPO .....	25	Bienestar Financiero.....	47
Plan Dental HMO .....	26	Finanzas Salariales.....	49
<b>Plan de Visión.....</b>	<b>27</b>	<b>Contribuciones .....</b>	<b>51-53</b>
Plan de Visión .....	27	2023 Contribuciones de Los Empleados.....	51
<b>Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) .....</b>	<b>28-30</b>	2023 Contribuciones de Los Empleados –	
Que Es Una Cuenta de Gastos Flexible FSA? .....	28	Cáncer, Indemnización Hospitalaria.....	52
Ejemplo de Ahorro Con Un FSA .....	28	2023 Contribuciones de Los Empleados -	
FSA de Atención Médica .....	29	Accidente, Enfermedad Crítica.....	53
Cuenta de Gastos Flexibles Para Costos de Gaurderia FSA .....	30	<b>Glosario .....</b>	<b>54</b>

Este documento es un resumen de la cobertura ofrecida por los planes de beneficios de su empresa, basado en la información proporcionada por ésta. No incluye todos los términos, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones contenidas en el documento oficial del plan, las pólizas de seguro aplicables y los contratos (colectivamente, los “documentos del plan”). Los documentos del plan deben leerse para conocer esos detalles. El objetivo de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficios de su empresa. No aborda necesariamente todas las cuestiones específicas que puedan serle de aplicación. No debe interpretarse como un asesoramiento jurídico, ni tiene la intención de hacerlo. En la medida en que cualquier información contenida en este documento no sea coherente con los documentos del plan, las disposiciones establecidas en los documentos del plan regirán en todos los casos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre cuestiones específicas o disposiciones del plan, debe ponerse en contacto con su Departamento de Recursos Humanos/Beneficios.

# BIENESTAR DE LOS EMPLEADOS

- Visión** Crear una cultura de bienestar que anime a los empleados llevar una vida más sana e equilibrada.
- Misión** Mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de los empleados proporcionando educación en materia de salud y bienestar, una selección variada de programas de bienestar y un ambiente propicio para mejorar la salud.
- Meta** Todos los empleados progresan hacia una mañana más saludable.

## Trabajando Juntos

El Programa de Bienestar del Empleado LiveWell de FBISD integra los Beneficios del Empleado, el Programa de Asistencia al Empleado (EAP), eventos comunitarios, redes sociales y recursos y programas de UnitedHealthcare (UHC). Juntos podemos transformar las vidas y el bienestar de nuestros empleados.

## Ofertas

El programa de bienestar para empleados LiveWell de FBISD ofrece una amplia gama de servicios, programas y eventos de bienestar.

## Programas Anuales

- ❖ Maratón del mes
- ❖ El mes del millón de millas

## Clases grupales de entrenamiento y descuentos

- ❖ Zumba, Yoga, Natación abierta, UJAM y Clases de entrenamiento acuático
- ❖ Descuentos en gimnasios y clubes de salud locales

## Clases y programas educativos

- ❖ Seminarios de educación sobre la diabetes
- ❖ Campaña de Atención Plena / Reducción del Estrés
- ❖ Seminario de fuerza y acondicionamiento físico

## Actividades en el lugar de trabajo

- ❖ Vacunas contra la gripe
- ❖ Mamografías
- ❖ Vacunas contra el COVID-19

## Comenzando

Haz que tu salud y tu bienestar sean lo mejor posible conectando con lo que se ajusta a tus necesidades e intereses. ¡El bienestar personal es esencial para la felicidad, y para la excelencia de nuestra organización!

Involúcrate con tu bienestar en el siguiente enlace:

<https://www.fortbendisd.com/PEdad/761>



## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

Ya sea que necesite ayuda con un reclamo o simplemente tenga una pregunta sobre los beneficios, puede usar la dirección de correo electrónico que aparece a continuación o llamar directamente a un representante de Fort Bend ISD. En ciertas situaciones, será necesario que el representante se ponga en contacto con un proveedor o compañía de seguros en su nombre. Si su asunto no se puede resolver en un correo electrónico o una llamada telefónica, siempre se le informará del estado hasta que se haya alcanzado una resolución.

### COBRA

WEX / Discovery Beneficios  
866.451.3399  
www.wexinc.com



### Plan médico

UnitedHealthcare  
Grupo #902915  
888.651.7319  
www.myuhc.com



### Medicamentos Recetados

CVS Caremark  
Grupo #RX22BQ  
BIN #004336  
877.258.0105  
Farmacia especializada CVS  
800.237.2767



### Plan Dental

Guardian  
Grupo #00470637  
PPO - 800.541.7846  
DHMO - 888.618.2016  
www.guardiananytime.com



### Plan de Visión

UHC / Spectera  
Grupo #902915  
800.638.3120  
www.myuhcvision.com



### Cuentas de Gastos Flexible (FSA)

UnitedHealthcare  
877.311.7849  
www.myuhc.com



### Seguro de Vida e Invalidez

Guardian  
Grupo #530311  
Life - 800.525.4542  
Invalidez a corto plazo - 800.268.2525  
Invalidez a largo plazo - 800.538.4583  
www.guardiananytime.com



### Seguro Suplementario

MetLife  
Grupo #234948  
800.438.6388  
mybenefits.metlife.com



### Plan Legal y Protección de Robo de Identidad

Legal Shield  
Información General - 800.654.7757  
Servicios Legales - 800.458.6982  
www.legalshield.com



### Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

UHC / Optum  
866.248.4096  
www.liveandworkwell.com



### Visitas Virtuales on demand

Doctors on Demand  
800.997.6196  
www.myuhc.com

### Cirugía Planeada

Surgery Plus  
855.200.9513  
https://fbisd.surgeryplus.com



### Dolor Muscular y Articulaciones

Airrosti  
800.404.6050  
www.airrosti.com



### Sistema de Jubilación de Profesores de Texas

800.223.8778  
www.trs.state.tx.us



### Planes 403(b) y 457

TCG Administradores  
(anteriormente JEM)  
800.943.9179  
www.tcgservices.com



### Plataforma de Bienestar Financiero

Finpath  
www.finpathwellness.com  
833.777.6545



### Aplicación FBISD LiveWell

Soporte Técnico  
support@enspire.me



# DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS DE FBISD

## Departamento de Beneficios y Bienestar de FBISD

benefits@fortbendisd.com  
wellness@fortbendisd.com  
281.634.1418

### Coordinadores de Beneficios

Para asistencia en la inscripción/cambios en los beneficios

**Cynthia Mucka** (cynthia.mucka@fortbendisd.com)

Coordinadora de Beneficios (A-C)  
Teléfono: 281.634.2810  
Celular: 281.619.0221

**Janet Singleton** (janet.singleton@fortbendisd.com)

Coordinadora de Beneficios (M-P)  
Teléfono: 281.634.1208  
Celular: 281.619.3129

**Alton Nash** (alton.nash@fortbendisd.com)

Coordinador de Beneficios (D-G)  
Teléfono: 281.327.0357  
Celular: 281.509.2237

**Sybil Willis** (sybil.willis@fortbendisd.com)

Coordinador de Beneficios (Q-S)  
Teléfono: 281.327.7511  
Celular: 281.886.6410

**Gail Barnes-Maxwell** (gail.barnesmaxwell@fortbendisd.com)

Coordinadora de Beneficios (H-L)  
Teléfono: 281.634.1214  
Celular: 281.619.3120

**Johnetta Jones** (johnetta.jones@fortbendisd.com)

Coordinadora de Beneficios (T-Z)  
Teléfono: 281.634.3958  
Celular: 281.901.2659

### Analista de Beneficios

**Kimberly Brown** (kimberly.brown@fortbendisd.com)

Analista de Beneficios  
Teléfono: 281.634.1241

### Coordinador de Bienestar

**Gary Hajdasz** (gary.hajdasz@fortbendisd.com)

Coordinador de Bienestar en el sitio de trabajo  
Teléfono: 281.634.1807

### Directora de Beneficios y Bienestar

**LaShonda Walls** (lashonda.walls@fortbendisd.com)

Directora de Beneficios y Bienestar  
Teléfono: 281.634.1184

# ELEGIBILIDAD

### ¿Quién es elegible?

Todos los empleados activos de tiempo completo son elegibles para los beneficios a través de Fort Bend ISD. Los beneficios entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a su fecha de inicio. Para la cobertura de vida e invalidez, si no está activamente en el trabajo en la fecha de entrada en vigencia, su cobertura se retrasará hasta que regrese al empleo activo.

### Cuando Inscribirse en línea\*

La inscripción en línea debe completarse en My Self-Serve dentro de los 30 días de su fecha de inicio, de un evento de vida calificado o durante la inscripción abierta.

### ¿Quiénes son los dependientes elegibles?

Puede inscribir a sus dependientes elegibles en los planes médico, dental, de visión, de vida voluntaria y muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Sus dependientes elegibles incluyen a su cónyuge legal, hijo natural o hijastro, hijo adoptado o hijo colocado con usted para la adopción. Sus dependientes elegibles pueden estar inscritos en los beneficios hasta los 26 años.

### ¿Como continuar la cobertura si se termina el empleo?

Todos sus planes terminan al final del mes en que finaliza su empleo. Puede continuar con sus planes de vida solicitándolo dentro de los 31 días siguientes a su último día de empleo. Puede continuar con su plan médico, dental, oftalmológico y FSA médico durante un periodo de tiempo limitado después de la finalización del empleo a través de la continuación federal de COBRA.

### ¿Cuándo cambiar sus beneficios?\*

Las opciones de prestaciones que elija en el momento de la afiliación inicial y durante el periodo de afiliación anual se mantendrán hasta la siguiente afiliación abierta o cuando experimente un acontecimiento vital que reúna los requisitos necesarios. Su cambio de prestaciones debe ser coherente con su cambio de situación familiar.

*Estos cambios incluyen:*

- ❖ Matrimonio, divorcio o separación legal
- ❖ Ganancia o pérdida de un dependiente elegible por razones tales como el nacimiento, la adopción, la orden judicial, la invalidez, la muerte, alcanzar el límite de edad del dependiente
- ❖ Terminación de su cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) o la de su dependiente como resultado de la pérdida de elegibilidad (debe contactar al Departamento de Beneficios de FBISD dentro de los 60 días de la terminación)
- ❖ Usted o su Dependiente se vuelven elegibles para Medicare, un subsidio de asistencia de prima bajo Medicaid o CHIP (usted debe contactar al Departamento de Beneficios de FBISD dentro de 60 días de la determinación de elegibilidad para Medicare y subsidio)
- ❖ Cambios significativos en el empleo o en la cobertura de las prestaciones patrocinadas por el empleador que afecten a su derecho a las prestaciones o al de su cónyuge
- ❖ Pérdida de otra cobertura de seguro (Nota: Un empleado que comienza los beneficios de COBRA y luego abandona voluntariamente la cobertura de COBRA no puede incorporarse a los planes de beneficios de FBISD a mitad de año. Debe esperar hasta el período de inscripción abierta de FBISD para agregar beneficios).

Es su responsabilidad ponerse en contacto con el Departamento de Beneficios de FBISD dentro de los 30 días del evento calificador para solicitar un cambio en sus beneficios. Usted debe proporcionar al Departamento de Beneficios la documentación que indique el evento calificador y la fecha en que este evento ha ocurrido o ocurrirá.

Consulte la página 9 para ver las instrucciones paso a paso sobre cómo inscribirse en línea

# DOCUMENTOS REQUERIDOS

Para inscribir a sus dependientes en los planes de beneficios, debe presentar los documentos de prueba de elegibilidad por correo electrónico o fax a [benefitsdependentdocuments@fortbendisd.com](mailto:benefitsdependentdocuments@fortbendisd.com) dentro de los 14 días siguientes a la fecha de entrada en vigencia de sus prestaciones. NO debe presentar documentos originales ni copias certificadas (que tendrían un sello en relieve). Asegúrese de que el sello oficial sea visible en todas las copias. Los documentos originales no se pueden devolver.

## Matrimonio Legal

Si está casado legalmente, debe presentar una copia de:

- ❖ Certificado de matrimonio

## Matrimonio de derecho común

Si está en pareja de hecho, debe presentar una COPIA de:

- ❖ Certificado de país del condado donde se reconoció o registró el matrimonio; **O**
- ❖ Si el condado no emite certificados, puede presentar una declaración jurada de matrimonio de derecho común, más el documento de apoyo que figura en la declaración jurada; **Y**
- ❖ Declaración de impuestos federales más reciente

## Hijo biológico

Para verificar la elegibilidad de un hijo biológico, debe presentar una COPIA de:

- ❖ Certificado de nacimiento del hijo biológico; **O**
- ❖ Documentación con membrete del hospital que indique la fecha de nacimiento del niño o niños menores de 6 meses

## Hijo adoptivo

Para verificar la elegibilidad de un niño adoptado o entregado en adopción, debe presentar una copia de los siguientes documentos. Los documentos que presente dependerán de la fase en que se encuentre la adopción.

- ❖ Papeles oficiales del tribunal o de la tutela de un niño entregado a usted para su adopción (fase inicial); **O**
- ❖ Acuerdo oficial de adopción judicial de un niño adoptado (etapa intermedia) **O**
- ❖ Certificado de nacimiento (etapa final)

## Nieto

Para verificar la elegibilidad de su nieto, debe presentar una COPIA de:

- ❖ La declaración de la renta federal más reciente; **Y**
- ❖ Documentos judiciales oficiales que establecen la tutela legal

## Hijastro

Para verificar la elegibilidad de su hijastro, debe presentar una COPIA de:

- ❖ Certificado de nacimiento del niño que demuestre que el padre del niño es el cónyuge del empleado; **Y**
- ❖ Certificado de matrimonio que demuestre el matrimonio legal entre el empleado y los padres del niño; **Y**
- ❖ Declaración de impuestos federales más reciente (si corresponde)

## Otros niños

Para verificar la elegibilidad de cualquier otro tipo de niño del que usted es el tutor legal, debe presentar una copia de:

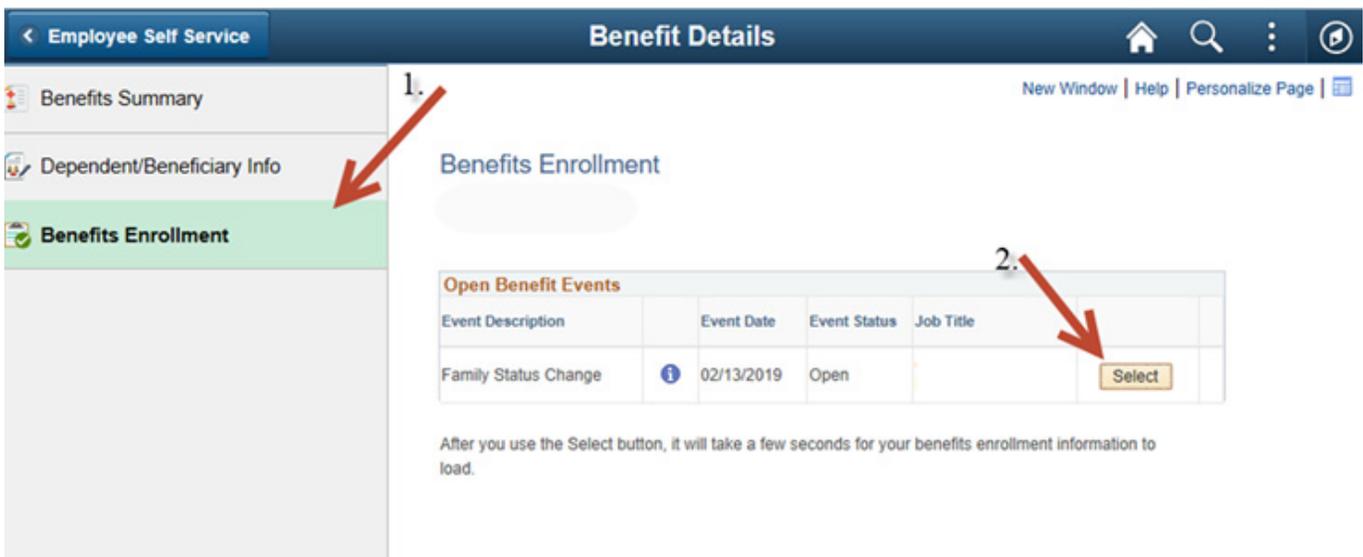
- ❖ Declaración de impuestos federales más reciente; **Y**
- ❖ Documentos judiciales que demuestran la tutela legal. Incluyendo a la persona nombrada como tutor legal.

## Acerca de la presentación de las declaraciones de impuestos

Asegúrese de presentar las páginas en las que aparecen todos los dependientes fiscales, su estado de declaración de impuestos, su dirección, su firma (y la de su cónyuge, si procede) y la fecha de presentación. Presente una declaración conjunta o las declaraciones de ambos cónyuges, si la presentó como "Casado, declarando por separado". Esto es necesario incluso si usted presentó la declaración electrónicamente. Asegúrese de tachar su información financiera. Para la verificación de la auditoría, no se requieren los datos de sus ingresos personales. Si no ha presentado su declaración de impuestos más reciente, presente su declaración del año anterior.

# CÓMO INSCRIBIRSE EN SUS BENEFICIOS EN LÍNEA A TRAVÉS DE MY SELF SERVE

1. Vaya a [www.fortbendisd.com](http://www.fortbendisd.com), y haga clic en la pestaña “Staff ”.
2. Inicie sesión en Office 365 introduciendo su primernombre.apellido@fortbendisd.com y su contraseña. Si necesita restablecer su contraseña, llame al Centro de Servicio al Cliente de Fort Bend ISD al 281.634.1300.
3. Haga clic en Staff Links > My Self Serve > Inicie sesión en PeopleSoft. Su ID de usuario debe ser primernombre.apellido e introduzca su contraseña
4. Haga clic en Benefit Details > Benefits Enrollment> haga clic en “ Select “ (al lado de su título de trabajo)  
**Debe seleccionar cada botón de edición y renunciar a los beneficios que no desea elegir**
5. Realice las elecciones de beneficios haciendo clic Edit > Update and Continue
6. Haga clic en Update Elections para confirmar sus elecciones de beneficios
7. Cuando termine de inscribirse, haga clic en Submit tanto en la página de Benefit Elections como en la página de Submit Benefit Choices
8. Haga clic en Imprimir XML para imprimir su Resumen de Beneficios para sus registros. Desactive su bloqueador de ventanas emergentes para permitir que aparezca el archivo pdf.



# 2023 CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES

## Cambios y Actualizaciones

Somos conscientes de que el éxito de Fort Bend ISD depende del compromiso, la dedicación y el bienestar de nuestro mayor recurso: nuestros empleados. Por lo tanto, nos esforzamos constantemente por mantener los beneficios asequibles sin comprometer la calidad de los servicios que ofrecemos a nuestros empleados y sus dependientes. Por ello, Fort Bend ISD gestiona un plan médico autofinanciado, lo que significa que nuestras contribuciones pagan nuestras propias facturas médicas. Como resultado, hemos sido capaces de gestionar nuestro gasto general en atención médica para poder mantener las primas asequibles para los empleados.

**Buenas noticias! Este año no hay cambios en las opciones de su plan médico y sus primas médicas seguirán siendo las mismas.**

Sin embargo, Fort Bend ISD hará algunos cambios y mejoras a su programa general de beneficios para 2023. Estos cambios incluirán un ligero aumento en las cantidades de desembolso en los planes Choice Plus y Nexus, así como, un ligero aumento en las primas mensuales en los beneficios dentales y de visión.

Para 2023, ofrecemos a los empleados un beneficio de invalidez mejorado. Ahora tendrán la opción de elegir entre una combinación de opciones de beneficios de invalidez a corto y largo plazo. Además, estamos añadiendo coberturas de nivel de cónyuge y familia en el Plan Choice High Deductible Y ofreciendo un incentivo de nómina de \$100 a los empleados que se inscriban en el Plan Charter de Kelsey UHC.

A medida que continuamos buscando opciones de planes de beneficios rentables, Fort Bend ISD se complace en anunciar nuestra nueva asociación con CVS Caremark a partir del 1 de enero de 2023 como el nuevo administrador de beneficios de medicamentos recetados.

Este año, queremos ayudarte a ser el más sano, en el trabajo y en casa

## Preguntas Frecuentes

**Q. Habrá algún cambio en las opciones del plan de beneficios disponibles para los empleados?**

**A.** No. Todas las opciones de planes de beneficios existentes se mantendrán para el año del plan de beneficios 2023. Además, el Plan Choice High Deductible se ha mejorado para ofrecer cobertura al empleado + cónyuge y al empleado + familia

**Q. Existen cambios en las primas para el año del plan de prestaciones 2023?**

**A.** No hay aumentos de las primas médicas. Todos los planes de beneficios existentes continuarán con la misma tasa de primas. Sin embargo, los empleados inscritos en las prestaciones dentales, oftalmológicas y de vida voluntaria verán un ligero aumento en sus primas mensuales.

**Q. Tengo que volver a inscribirme en el beneficio de invalidez a corto plazo para el año 2023 o se prorrogará?**

**A. La inscripción para el beneficio de invalidez es necesaria para 2023.** Si actualmente está inscrito en el beneficio de invalidez a corto plazo, tendrá que volver a inscribirse en la invalidez a corto plazo. **Si no realiza una elección en el beneficio por invalidez, NO tendrá un beneficio por invalidez a corto plazo en 2023.**

**Q. Quién se encargará de tramitar mi receta médica a partir del 1 de enero de 2023?**

**A.** A partir del 1 de enero de 2023, CVS Caremark será el nuevo administrador de beneficios de medicamentos. Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación médica de UnitedHealthcare que incluirá el nuevo logotipo de CVS Caremark y la información sobre los medicamentos recetados necesaria para procesar sus recetas en la farmacia. **Por favor, asegúrese de que su dirección es correcta en My Self-Serve.**

**Q. Si no me inscribo, se prorrogarán mis prestaciones para el año 2023?**

**A.** No. Todas las opciones del plan de prestaciones se prorrogarán para el año 2023, EXCEPTO las cuentas FSA de Atención Médica y de Costos de Guardería y el beneficio de invalidez a corto plazo. **Debe elegir las cuentas FSA y el beneficio de invalidez para 2023.**



# Cuidado preventivo para niños y adultos

Si programa exámenes y citas regulares, esto puede ayudarle a manejar y cuidar su salud



### El enfoque en el cuidado preventivo regular puede ayudarles a usted y a su familia, a mantenerse más saludables.

El cuidado preventivo puede ayudarle a evitar posibles condiciones de salud o enfermedades graves al obtener diagnósticos y tratamientos tempranos. Generalmente, cuanto antes su médico pueda identificar y tratar una condición médica, mejor será el resultado.

Según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA),\* la mayoría de los planes de salud proporcionan cobertura al 100% para ciertos servicios de cuidado médico preventivo sin costo adicional para usted. Simplemente debe recibir su cuidado preventivo de un proveedor de la red del plan de salud. Los servicios de diagnóstico (no preventivos) también están cubiertos, pero es posible que deba pagar un copago, coseguro o deducible.

### Pautas de cuidado preventivo para niños\*\*

Los servicios para el cuidado preventivo recomendados para niños variarán según la edad y pueden incluir algunos de los siguientes:

- Examen médico de niño sano correspondiente a la edad.
- Examen de anemia.
- Pruebas de detección de autismo y del desarrollo para niños menores de 3 años.
- Asesoramiento del comportamiento durante el examen médico de niño sano para la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Asesoramiento del comportamiento para la prevención del cáncer de piel en todos los exámenes médicos de niño sano.
- Análisis de colesterol para niños mayores de 24 meses.
- Aplicación de fluoruro a cargo de un médico de cuidado primario para niños menores de 6 años.
- Examen de la audición a cargo de un médico de cuidado primario.
- Exámenes para recién nacidos, incluidas las pruebas de panel metabólico, fenilcetonuria (phenylketonuria, PKU), hipotiroidismo y células falciformes.
- Evaluaciones psicosociales y del comportamiento durante el examen médico de niño sano.
- Evaluaciones de consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- Examen de obesidad y asesoramiento para niños sobre cómo promover mejoras en el peso.
- Pruebas de detección para ciertos niños que corren un alto riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual, envenenamiento con plomo, depresión y tuberculosis.
- Vacunas. Para obtener más información, visite [cdc.gov/vaccines](http://cdc.gov/vaccines).
- Examen de la vista a cargo de un médico de cuidado primario.

No todos los niños requieren todos los servicios identificados anteriormente.\*\*\*

Su médico debe brindarle información sobre el crecimiento, el desarrollo y la salud general de su hijo, y debe contestar cualquier pregunta que usted desee hacerle.

**Proteja a su hijo y cuide su salud con visitas regulares de cuidado preventivo a un médico de la red**

## Pautas de exámenes de cuidado preventivo y servicios de asesoramiento para adultos\*\*

Una visita de salud preventiva puede ayudarle a descubrir cuál es su estado de salud en la actualidad e identificar cualquier problema de salud antes de que se convierta en un asunto grave. Usted y su médico pueden trabajar juntos para elegir el cuidado que sea adecuado para usted. Los servicios para el cuidado preventivo recomendados incluyen los siguientes:

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal para adultos que tengan entre 65 y 75 años de edad y que alguna vez han fumado.
- Examen sobre el consumo de alcohol durante los exámenes médicos de bienestar, con intervenciones de asesoramiento breve para algunas personas.
- Prueba de detección de bacterias en la orina durante el embarazo.
- Examen de la presión arterial en todos los exámenes médicos de bienestar. Es posible que algunas personas también necesiten mediciones de la presión arterial ambulatorias fuera del entorno clínico. Consulte a su médico.
- Asesoramiento, apoyo y suministros para amamantar, durante el embarazo y después del nacimiento. Incluye sacaleches eléctrico de uso personal.
- Medicamentos contra el cáncer de seno para reducción del riesgo (asesoramiento) para mujeres que tengan alto riesgo de padecer esta enfermedad, pero bajo riesgo de presentar efectos adversos.
- Prueba de detección de cáncer del cuello uterino (prueba de Papanicolaou) para mujeres entre 21 y 65 años de edad.
- Prueba de detección de infección por clamidia y gonorrea para mujeres sexualmente activas hasta los 24 años de edad y mujeres mayores con alto riesgo.
- Análisis de colesterol para adultos entre 40 y 75 años.
- Examen de detección de cáncer colorrectal para adultos entre 45 y 75 años. Hable con su médico sobre los métodos de examen y los intervalos para los exámenes.
- Métodos anticonceptivos para mujeres que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), incluidos educación y asesoramiento.
- Evaluación de depresión para todos los adultos, en un centro de cuidado primario.
- Pruebas de detección de la diabetes para adultos que tienen entre 40 y 70 años y tienen sobrepeso u obesidad, o para las personas de cualquier edad que tienen antecedentes de diabetes gestacional.
- Asesoramiento para la prevención de caídas para adultos mayores en viviendas comunitarias, durante los exámenes médicos de bienestar.
- Asesoramiento genético y evaluación para pruebas del gen BRCA y pruebas de laboratorio del gen BRCA. Para las pruebas de laboratorio se necesita preautorización.
- Prueba de detección de la diabetes mellitus gestacional durante el embarazo.
- Asesoramiento del comportamiento para promover una dieta saludable para personas con factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, en un centro de cuidado primario.
- Peso saludable y aumento de peso durante las intervenciones de asesoramiento conductual durante el embarazo, que agrega cobertura de asesoramiento de nutrición para las mujeres embarazadas.
- Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B durante el embarazo y para personas con alto riesgo.
- Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C para adultos entre 18 y 79 años.
- Prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para todos los adultos.
- Examen de ADN del virus del papiloma humano para mujeres a partir de los 30 años de edad.
- Prueba de detección de infección por tuberculosis latente para personas con alto riesgo.
- Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía de baja dosis para personas entre 50 y 80 años con un antecedente de tabaquismo de al menos 20 paquetes año (con preautorización).
- Mamografía de detección.
- Evaluación y asesoramiento sobre obesidad en todos los exámenes médicos de bienestar.
- Prueba de detección de osteoporosis para mujeres a partir de los 65 años de edad y mujeres más jóvenes con alto riesgo.
- Asesoramiento sobre depresión perinatal para mujeres embarazadas o en período de posparto en riesgo.
- Prevención del VIH y profilaxis preexposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP), con terapia antirretroviral, monitoreo y pruebas.
- Examen de incompatibilidad Rh durante el embarazo.
- Examen de ansiedad para mujeres durante el examen médico de bienestar.
- Examen de incontinencia urinaria para mujeres durante el examen médico de bienestar.
- Examen de violencia entre personas en relaciones íntimas, para mujeres durante el examen médico de bienestar.
- Asesoramiento del comportamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual para adultos sexualmente activos o que de otra forma tengan un alto riesgo, en un centro de cuidado primario.
- Asesoramiento del comportamiento para la prevención del cáncer de piel para jóvenes adultos hasta los 24 años de edad en todos los exámenes médicos de bienestar.
- Prueba de detección de sífilis para adultos con alto riesgo.
- Dejar de fumar, examen y asesoramiento del comportamiento para adultos que fuman, en un centro de cuidado primario (consulte al proveedor de farmacia sobre farmacoterapia para dejar de fumar).
- Vacunas que estén aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos y con recomendaciones explícitas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) para el uso de rutina. Para obtener más información, visite [cdc.gov/vaccines](https://www.cdc.gov/vaccines).
- Exámenes de bienestar.
- Visitas de la mujer sana, incluidas las visitas prenatales de rutina.

## ¿Tiene preguntas?

Para obtener más información sobre pautas preventivas, visite [uhc.com/preventivecare](http://uhc.com/preventivecare)

# United Healthcare

\*Ciertos servicios para el cuidado preventivo son proporcionados según se especifica en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), sin costo compartido para usted. Estos servicios se basan en su edad y otros factores de salud. UnitedHealthcare también cubre otros servicios de rutina que pueden requerir un copago, coseguro o deducible. Siempre consulte los documentos del plan para conocer la cobertura de beneficios específica y las limitaciones; o bien, llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en su tarjeta de ID del plan de salud.

\*\*Estas pautas se basan parcialmente en los requisitos de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio y en las recomendaciones del Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources & Services Administration, HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). Las personas que presentan síntomas o alto riesgo de padecer una enfermedad podrían necesitar servicios adicionales o intervenciones más frecuentes que podrían no estar cubiertos como beneficios preventivos. Estas pautas no reflejan necesariamente las vacunas, las pruebas de detección o los exámenes que serán cubiertos por su plan de beneficios. Estas pautas clínicas se proporcionan solo para fines informativos y no constituyen consejo médico. Es posible que los beneficios de cuidado preventivo no se apliquen a ciertos servicios indicados anteriormente. Siempre consulte los documentos del plan para conocer la cobertura de beneficios específica y las limitaciones; o bien, llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en su tarjeta de ID del plan de salud.

\*\*\*Los problemas de desarrollo, psicosociales y de enfermedades crónicas en niños y adolescentes posiblemente requieran visitas de tratamiento y asesoramiento frecuentes además de las visitas de cuidado preventivo. Estas pautas representan un consenso entre la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP) y Bright Futures. Las recomendaciones de esta publicación no indican un curso exclusivo de tratamiento ni un estándar de cuidado médico. Pueden presentarse variaciones adecuadas, teniendo en cuenta las circunstancias individuales. Hable con su médico sobre cómo podrían ser estas pautas adecuadas para su hijo y siempre consúltelo antes de tomar cualquier decisión de cuidado médico. Estas pautas clínicas se proporcionan solo para fines informativos y no constituyen consejo médico. Es posible que los beneficios de cuidado preventivo no se apliquen a ciertos servicios enumerados anteriormente. Siempre consulte los documentos de su plan para conocer su cobertura específica. Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Programas de vacunación recomendados para niños y adolescentes hasta los 18 años de edad, Estados Unidos, 2020, en: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html>.

También encontrará información adicional sobre las vacunas mencionadas en este programa y el alcance de los datos disponibles, incluida una lista completa de notas al pie de página y contraindicaciones de las vacunas en el sitio [cdc.gov/vaccines](http://cdc.gov/vaccines), o bien, llamando al Centro de Contacto CDC-INFO al 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636), en inglés y español, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, excepto los días feriados.

Cobertura de seguro proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company o sus afiliadas, o a través de ellas. Los servicios administrativos son proporcionados por United HealthCare Services, Inc. o sus afiliadas. La cobertura de plan de salud es proporcionada por o a través de una compañía de UnitedHealthcare.

B2C EI21965603.0-SP 9/21 © 2021 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. 21-960244-D

# ENCONTRAR UN MÉDICO EN LA RED

Llame al UnitedHealthcare al [888.651.7319](tel:888.651.7319) para todos los planes médicos para encontrar proveedores dentro de la red, atención de urgencia o ubicación de atención de conveniencia.

## Plan Kelsey UHC Charter

Visite [www.kelsey-seybold.com/providers](http://www.kelsey-seybold.com/providers). (El sitio web ofrece todas las opciones dentro de la red).

## Planes Choice HRA, Choice Plus, and Choice High Deducible

Visite [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com) (Seleccione la red de proveedores Choice)

## Nexus ACO OA

Visite [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com) (Seleccione la red de proveedores de Nexus ACO + Nexus ACO OA)

Para pagar un gasto de bolsillo más bajo en comparación con los proveedores de la red, seleccione el nombre del proveedor y busque la designación Accountable Care Organization: Memorial Hermann al final de la página.

## Miembros Inscritos

1. Visite [MyUHC.com](http://MyUHC.com) y haga clic en "Register Now". Para configurar un ID de HealthSafe se le pedirá...
2. Identifíquese.  
Introduzca su nombre, fecha de nacimiento, código postal, número de identificación (o SSN) y número de grupo (902915)
3. Cree un nombre de usuario y una contraseña.  
El sitio web le guiará a través de los requisitos de contraseña.
4. Configurar las preferencias de recuperación de la cuenta.  
En caso de que extravíe su nombre de usuario o contraseña.
5. Aceptar las condiciones de uso, la política de privacidad y el aviso de comunicación al consumidor. Que puede revisar en el sitio web.
6. Confirme su información de contacto.  
Se le guiará por los pasos para verificar su dirección de correo electrónico y su número de teléfono.

## Miembros no registrados

1. Visite [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com)
2. Seleccione "Find a Doctor" en el centro
3. Seleccione la red de su plan
4. En la siguiente pantalla, introduzca el nombre de un médico, el nombre del centro, la especialidad o la afección; busque por distancia, sexo, etc.

# VISITAS VIRTUALES

Disponible para los empleados inscritos en **TODOS** los planes médicos

DOCTOR ON DEMAND Fort Bend ISD le ofrece a usted y a sus dependientes elegibles una opción asequible y conveniente para tratar muchas condiciones médicas. Las visitas virtuales le permiten hablar con un médico en cualquier momento y lugar por teléfono. La mayoría de ustedes podrán acceder a este beneficio por un copago de \$0. Si está inscrito en el Plan Choice High Deductible, su cobertura estará sujeta a un coseguro, después de su deducible.

<b>Kelsey UHC Charter</b>	\$0/visita
<b>Nexus</b>	\$0/visita
<b>Choice Plus</b>	\$0/visita
<b>Choice HRA</b>	\$0/visita
<b>Choice High Deductible</b>	0% después del deducible

## Más información!

1. Inicie sesión en [myuhc.com](http://myuhc.com)
2. FBISD Live Well App > Health Beneficios > Additional Programs > Virtual Visits

## Principales enfermedades tratables

- ❖ Resfriados y gripe
- ❖ Dolor de garganta
- ❖ Erupciones de la piel
- ❖ Infecciones de la vejiga
- ❖ Alergias
- ❖ Conjuntivitis
- ❖ Bronquitis
- ❖ Fiebre

## Disponible para los empleados de FBISD

Si usted no está en un plan médico de Fort Bend ISD, usted puede utilizar este servicio!

VISITE: [www.doctorondemand.com](http://www.doctorondemand.com)

COSTO PROMEDIO: \$79 para Doctor on Demand\*

\*sujeto a cambios



# COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

Nombre Del Plan	Kelsey UHC Charter	Nexus		Choice Plus		Choice HRA		Choice High Deducible		
Network	Kelsey Seybold	Nexus ACO OA		Choice		Choice		Choice		
	Sólo en la red, Kelsey Seybold Proveedores de la red	Proveedor designado: Memorial Herman ACO Hospital designado: Memorial Herman		Los servicios de atención preventiva y de farmacia fuera de la red no están cubiertas		FBISD HRA aporte: \$500 Individuo / \$1,000 Familiar		Plan compatible con la HSA		
Deducible	En la red	Red Designada	Red	En la red	Fuera de la red	En la red		En la red		
Individuo	\$750	\$2,000	\$4,000	\$3,000	\$5,000	\$2,500		\$6,500		
Familia	\$1,500	\$4,000	\$8,000	\$6,000	\$10,000	\$5,000		\$13,000		
<b>Maximo de bolsillo</b>										
Individuo	\$3,750	\$6,000	\$12,000	\$9,000	\$15,000	\$6,000		\$6,500		
Familia	\$7,500	\$12,000	\$24,000	\$15,000	\$30,000	\$12,000		\$13,000		
<b>VISITA AL MÉDICO DE CABECERA</b>										
Atención primaria	\$25 copago	\$40 copago	\$50 copago	\$50 copago	50% despues del deducible	30% despues del deducible		0% despues del deducible		
Especialista	\$35 copago	\$60 copago	\$75 copago	\$75 copago	50% despues del deducible	30% despues del deducible		0% despues del deducible		
Visita Virtual <sup>1</sup>	\$0	\$0		\$0		\$0		0% despues del deducible		
<b>OTROS SERVICIOS</b>										
Atención preventiva	Plan paga 100%	Plan paga 100%		100%	50% despues del deducible	Plan paga 100%		Plan paga 100%		
Laboratorio y radiografías de rutina	20% despues del deducible	20% despues del deducible		20% despues del deducible	50% despues del deducible	30% despues del deducible		0% despues del deducible		
Airrosti Muscle / Joint <sup>1</sup>	\$35 copago	\$50 copago		\$50 copago		30% eligible expenses despues del deducible		0% despues del deducible		
Surgery Plus <sup>2</sup>	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%		Cubierto al 100%		Cubierto al 100%		0% despues del deducible		
Hospitalización	20% despues del deducible	20% despues del deducible		20% despues del deducible	50% despues del deducible	30% despues del deducible		0% despues del deducible		
Atención de urgencias	\$75 copago	\$90 copago		\$75 copago	50% despues del deducible	30% despues del deducible		0% despues del deducible		
Imágenes Avanzadas (Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada, Tomografía por Emisión de Positrones, etc.)	20% despues del deducible	20% despues del deducible		20% despues del deducible	50% despues del deducible	30% despues del deducible		0% despues del deducible		
<b>SALA DE EMERGENCIA</b>										
Sala de Emergencia (Verdadera Emergencia)	\$300 copago <sup>3</sup> y luego el 20% despues del deducible	\$300 copago <sup>3</sup> y luego el 20% despues del deducible		\$300 copago <sup>3</sup> y luego el 20% despues del deducible		30% despues del deducible		0% despues del deducible		
Salud Mental/ Abuso de Substancias en régimen de internado	20% despues del deducible	20% despues del deducible		20% despues del deducible	50% despues del deducible	30% despues del deducible		0% despues del deducible		
<b>MEDICAMENTOS RECETADOS</b>										
Medicamentos de venta minorista (30 días)	30% / 40% / 50%	30% / 40% / 50%		30% / 40% / 50%	No esta cubierto	30% / 40% / 50%		0% despues del deducible		
Pedido por correo (90 días)	25% / 35% / 45%	25% / 35% / 45%		25% / 35% / 45%	No esta cubierto	25% / 35% / 45%		0% despues del deducible		
Farmacia especializada	45%, máximo de \$75	45%, máximo de \$75		45%, máximo de \$75	No esta cubierto	45%, maximum of \$75		0% despues del deducible		
<b>TARIFAS POR PLAN<sup>4</sup></b>										
	<b>Período de pago</b>		<b>Período de pago</b>		<b>Período de pago</b>		<b>Período de pago</b>		<b>Período de pago</b>	
	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>19</b>
Empleado Solamente	\$80.23	\$101.34	\$88.67	\$112.00	\$101.97	\$128.80	\$52.92	\$66.85	\$31.05	\$39.22
Empleado + Cónyuge	\$248.39	\$313.76	\$287.61	\$363.30	\$330.75	\$417.79	\$194.16	\$245.25	\$174.74	\$220.72
Empleado + Hijo(s)	\$221.67	\$280.00	\$245.00	\$309.47	\$281.75	\$355.89	\$136.08	\$171.89	\$122.73	\$155.03
Empleado + Familia	\$328.59	\$415.06	\$380.47	\$480.59	\$437.54	\$552.68	\$247.78	\$312.99	\$223.00	\$281.68

<sup>1</sup>Sujeto a cambios

<sup>2</sup>Estos beneficios son independientes de UHC, y están disponibles en su plan médico sin costo adicional a su prima

<sup>3</sup>Se elimina el copago si se admite para el Kelsey, el Choice Plus y el Nexus.

<sup>4</sup>Los empleados por hora cotizan durante 19 periodos de pago (24 para el resto) y no incluyen el recargo médico (véase la página 11 para más información).

<sup>^</sup>Los fondos que son contribuidos a su HRA por el FBISD PERMANECEN en el distrito. Los dólares en el balance de su cuenta HRA son financiados TOTALMENTE por el FBISD.

# KELSEY UHC CHARTER

El Plan Charter de Kelsey UHC es una asociación entre UHC y Kelsey Seybold y utiliza ÚNICAMENTE médicos y afiliados de Kelsey Seybold. Este es un plan sólo dentro de la red. Si se encuentra fuera del área y tiene una emergencia, puede buscar atención de emergencia. Si tiene un dependiente que se encuentra fuera del área de la red de Kelsey Seybold, éste tendrá acceso a la red Choice para recibir atención con autorización de UHC .Por favor llame al **877.805.1970** para recibir la autorización antes de solicitar atención. Al inscribirse en el Kelsey UHC Charter Plan en My Self Serve, introduzca el número de identificación del proveedor 00006773183010.

## Sólo en la red, Proveedores de Kelsey Seybold

Beneficio	Gastos de bolsillo
<b>Deducible</b>	\$750 Individuo \$1,500 Familia
<b>Gastos máximos de bolsillo</b> (Incluido el deducible, el coseguro médico y el de los medicamentos)	\$3,750 Individuo \$7,500 Familia
<b>SERVICIOS MÉDICOS</b>	
<b>Médico de Atención Primaria</b>	\$25 copago
<b>Especialista</b>	\$35 copago
<b>Visita Virtual</b>	\$0
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>	
<b>Servicios Preventivos</b>	Cubierto al 100% (los deducibles y copagos no se aplican)
<b>LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS DE RUTINA</b>	
<b>Visita en la oficina</b>	20% después del deducible
<b>En régimen ambulatorio</b>	20% después del deducible
<b>HOSPITAL</b>	
<b>Atención de urgencias</b>	\$75 copago
<b>Imágenes avanzadas</b> (Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada, Tomografía por Emisión de Positrones, etc.)	20% despues del deducible
<b>Sala de Emergencia</b>	\$300 copago (se elimina si se admite); se aplican el deducible y el coseguro
<b>Salud mental/abuso de sustancias en régimen de internado</b>	20% despues del deducible
<b>Hospitalización</b>	20% despues del deducible
<b>Plan de medicamentos recetados</b>	30% / 40% / 50% / Especialidad 45%

Programas adicionales incluidos con su prima médica:

Visita Virtuales, Embarazo Saludable, Surgery Plus, Airrosti, Real Appeal

Nota Para obtener una descripción completa de los beneficios, consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura o el Resumen del Plan.

<https://www.fortbendis.com/pEdad/75664>

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago	19 Aportes del período de pago
<b>Empleado Solamente</b>	\$80.23	\$101.34
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$248.39	\$313.76
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$221.67	\$280.00
<b>Empleado + Familia</b>	\$328.59	\$415.06

\*Aportes por período de pago sin recargo médico.

## PLAN MÉDICO

# NEXUS

El Plan Nexus se ofrece a través de UHC y utiliza la red Nexus ACO OA. Los beneficios son SÓLO para los proveedores dentro de la red. Si usted está fuera del área y tiene una emergencia, puede buscar atención de emergencia. Cuando usted elige un proveedor de la red designado, usted está eligiendo proveedores en el Sistema de Hospitales Memorial Hermann.

**Proveedor designado: Memorial Hermann ACO**

**Hospital Designado: Memorial Hermann**

Los deducibles y los gastos máximos de bolsillo de la red designada se tienen en cuenta para los deducibles y gastos máximos de la red.

Beneficio	Red Designado	Red
<b>Deducible</b>	\$2,000 Individuo \$4,000 Familia	\$4,000 Individuo \$8,000 Familia
<b>Gastos máximos de bolsillo</b> (Incluido el deducible, el coseguro médico y el de los medicamentos)	\$6,000 Individuo \$12,000 Familia	\$12,000 Individuo \$24,000 Familia
<b>SERVICIOS MÉDICOS</b>		
<b>Médico de Atención Primaria</b>	\$40 copago	\$50 copago
<b>Especialista</b>	\$60 copago	\$75 copago
<b>Visita Virtual</b>	\$0	\$0
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>		
<b>Servicios Preventivos</b>	Cubierto al 100% (deducible y copagos no aplican)	Cubierto al 100% (deducible y copagos no aplican)
<b>LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS DE RUTINA</b>		
<b>Visita en la oficina</b>	20% despues del deducible	20% despues del deducible
<b>En régimen ambulatorio</b>	20% despues del deducible	20% despues del deducible
<b>HOSPITAL</b>		
<b>Atención de urgencias</b>	\$90 copago	\$90 copago
<b>Imágenes avanzadas</b> (Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada, Tomografía por Emisión de Positrones, etc.)	20% despues del deducible	20% despues del deducible
<b>Sala de Emergencia</b>	Copago de \$300 (se elimina si se admite); se aplican el deducible y el coseguro	Copago de \$300 (se elimina si se admite); se aplican el deducible y el coseguro
<b>Salud mental/abuso de sustancias en régimen de internado</b>	20% despues del deducible	20% despues del deducible
<b>Hospitalización</b>	20% despues del deducible	20% despues del deducible
<b>Plan de medicamentos recetados</b>	30% / 40% / 50% / Especialidad 45%	30% / 40% / 50% / Especialidad 45%

**Programas adicionales incluidos con su prima médica:**

Visitas Virtuales, Embarazo Saludable, Surgery Plus, Airrosti, Real Appeal

Nota: Para obtener una explicación completa de los beneficios, consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura o el Resumen de la Descripción del Plan.

<https://www.fortbendis.com/pEdad/75664>

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago	19 Aportes del período de pago
<b>Empleado Solamente</b>	\$88.67	\$112.00
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$287.61	\$363.30
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$245.00	\$309.47
<b>Empleado + Familia</b>	\$380.47	\$480.59

\*Aportes por período de pago sin recargo médico.



Fort Bend ISD

## PLAN MÉDICO

# CHOICE PLUS

El plan Choice Plus se ofrece a través de UHC y utiliza la red Choice. Los beneficios son para proveedores dentro y fuera de la red. Si está fuera de la zona y tiene una emergencia, puede buscar atención de urgencia. Los medicamentos no están cubiertos fuera de la red.

Dentro de la red (red amplia de UHC)  
Fuera de la red (sin contrato con UHC)

Beneficio	Red Designado	Red
<b>Deducible</b>	\$3,000 Indivuo \$6,000 Familia	\$5,000 Indivuo \$10,000 Familia
<b>Gastos máximos de bolsillo</b> (Incluido el deducible, el coseguro médico y el de los medicamentos)	\$9,000 Indivuo \$15,000 Familia	\$15,000 Indivuo \$30,000 Familia
<b>SERVICIOS MÉDICOS</b>		
<b>Médico de Atención Primaria</b>	\$50 copago	50% despues del deducible
<b>Especialista</b>	\$75 copago	50% despues del deducible
<b>Visita Virtual</b>	\$0	No esta cubierto
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>		
<b>Servicios Preventivos</b>	Cubierto al 100% (deducible and copagos do not apply)	50% despues del deducible
<b>LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS DE RUTINA</b>		
<b>Visita en la oficina</b>	20% despues del deducible	50% despues del deducible
<b>En régimen ambulatorio</b>	20% despues del deducible	50% despues del deducible
<b>HOSPITAL</b>		
<b>Atención de urgencias</b>	\$75 copago	50% despues del deducible
<b>Imágenes avanzadas</b> (Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada, Tomografía por Emisión de Positrones, etc.)	20% despues del deducible	50% despues del deducible
<b>Sala de Emergencia</b>	\$300 copago + 20% despues del deducible	\$300 copago + 20% despues del deducible
<b>Salud mental/abuso de sustancias en régimen de internado</b>	20% despues del deducible	50% despues del deducible
<b>Hospitalización</b>	20% despues del deducible	50% despues del deducible
<b>Plan de medicamentos recetados</b>	30% / 40% / 50% / Specialty 45%	No esta cubierto

Programas adicionales incluidos con su prima médica:

Visitas Virtuales, Embarazo Saludable, Surgery Plus, Airrosti, Real Appeal

Nota: Para obtener una explicación completa de los beneficios, consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura o el Resumen de la Descripción del Plan.

<https://www.fortbendis.com/pEdad/75664>

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago	19 Aportes del período de pago
<b>Empleado Solamente</b>	\$101.97	\$128.80
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$330.75	\$417.79
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$281.75	\$355.89
<b>Empleado + Familia</b>	\$437.54	\$552.68

## PLAN MÉDICO

# CHOICE HRA

El plan Choice HRA se ofrece a través de UHC y utiliza la red Choice. Los beneficios son SÓLO para los proveedores dentro de la red. Si usted está fuera del área y tiene una emergencia, puede buscar atención de emergencia. Los fondos que son contribuidos a su HRA por FBISD SE QUEDAN con el distrito. Los dólares en el balance de su cuenta HRA son financiados TOTALMENTE por FBISD.

### Sólo en la red, proveedores de la red Choice

Beneficio	Gastos de bolsillo
<b>Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA)</b> Cantidad que el Distrito aporta a su cuenta	\$500 Individuo \$1,000 Familia
<b>Deducible</b>	\$2,500 Individuo \$5,000 Familia
<b>Gastos máximos de bolsillo</b> (Incluido el deducible, el coseguro médico y el de los medicamentos)	\$6,000 Individuo \$12,000 Familia
<b>SERVICIOS MÉDICOS</b>	
<b>Médico de Atención Primaria</b>	30% despues del deducible
<b>Especialista</b>	30% despues del deducible
<b>Visita Virtual</b>	\$0
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>	
<b>Servicios Preventivos</b>	Cubierto al100% (los deducibles y copagos no se aplican)
<b>LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS DE RUTINA</b>	
<b>Visita en la oficina</b>	30% despues del deducible
<b>En régimen ambulatorio</b>	30% despues del deducible
<b>HOSPITAL</b>	
<b>Atención de urgencias</b>	30% despues del deducible
<b>Imágenes avanzadas</b> (Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada, Tomografía por Emisión de Positrones, etc.)	30% despues del deducible
<b>Sala de Emergencia</b>	30% despues del deducible
<b>Salud mental/abuso de sustancias en régimen de internado</b>	30% despues del deducible
<b>Hospitalización</b>	30% despues del deducible
<b>Plan de medicamentos recetados</b>	30% / 40% / 50% / Especialidad 45%

### Programas adicionales incluidos con su prima médica:

Visita Virtuales, Embarazo Saludable, Surgery Plus, Airrosti, Real Appeal

Nota Para obtener una descripción completa de los beneficios, consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura o el Resumen del Plan.

<https://www.fortbendisd.com/pEdad/75664>

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago	19 Aportes del período de pago
<b>Empleado Solamente</b>	\$52.92	\$66.85
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$194.16	\$245.25
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$136.08	\$171.89
<b>Empleado + Familia</b>	\$247.78	\$312.99

\*Por aportes del período de pago sin recargo médico.

NOTA IMPORTANTE: Si está inscrito en el plan Choice HRA, debe agotar los fondos de su Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) antes de poder utilizar los fondos de su Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para gastos médicos. No podrá utilizar su tarjeta de débito FSA para gastos médicos si está inscrito en el plan Choice HRA. Sin embargo, podrá utilizar la tarjeta de débito de la FSA para surtir recetas. Deberá pagar de su bolsillo los gastos médicos y solicitar el reembolso de la FSA presentando un formulario de reclamación y sus recibos.

## PLAN MÉDICO

# CHOICE HIGH DEDUCTIBLE

El plan Choice High Deductible se ofrece a través de UHC y utiliza la red Choice. Los beneficios son SÓLO para los proveedores dentro de la red. Si usted está fuera del área y tiene una emergencia, puede buscar atención de emergencia. Este plan cumple con la "asequibilidad" bajo la Ley de Asistencia Asequible (ACA).

Sólo en la red, proveedores de la red Choice, plan compatible con HSA

Beneficio	Gastos de bolsillo
Red	Compatible Plan Compatible con HSA
<b>Deducible</b>	\$6,500 Individuo \$13,000 Familia
<b>Gastos máximos de bolsillo</b> (Incluido el deducible, el coseguro médico y el de los medicamentos)	\$6,500 Individuo \$13,000 Familia
<b>SERVICIOS MÉDICOS</b>	
<b>Médico de Atención Primaria</b>	0% despues del deducible
<b>Especialista</b>	0% despues del deducible
<b>Visita Virtual</b>	0% despues del deducible
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>	
<b>Servicios Preventivos</b>	Cubierto al 100% (los deducibles y copagos no se aplican)
<b>LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS DE RUTINA</b>	
<b>Visita en la oficina</b>	0% despues del deducible
<b>En régimen ambulatorio</b>	0% despues del deducible
<b>HOSPITAL</b>	
<b>Atención de urgencias</b>	0% despues del deducible
<b>Imágenes avanzadas</b> (Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada, Tomografía por Emisión de Positrones, etc.)	0% despues del deducible
<b>Sala de Emergencia</b>	0% despues del deducible
<b>Salud mental/abuso de sustancias en régimen de internado</b>	0% despues del deducible
<b>Hospitalización</b>	0% despues del deducible
<b>Plan de medicamentos recetados</b>	0% despues del deducible La cantidad que usted paga antes de cumplir con su deducible se basa en los descuentos que CVS ha negociado con la farmacia).

### Programas adicionales incluidos con su prima médica

Visita Virtuales, Embarazo Saludable, Surgery Plus, Airrosti, Real Appeal

Nota Para obtener una descripción completa de los beneficios, consulte el Resumen de Beneficios y Cobertura o el Resumen del Plan.

<https://www.fortbendis.com/pEdad/75664>

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago	19 Aportes del período de pago
<b>Empleado Solamente</b>	\$31.05	\$39.22
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$174.74	\$220.72
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$122.73	\$155.03
<b>Empleado + Familia</b>	\$223.00	\$281.68

\*Por aportes del período de pago sin recargo médico.



# CVS CAREMARK

[www.caremark.com](http://www.caremark.com)

El Plan de medicamentos recetados se ofrece a través de CVS Caremark. Usted está inscrito automáticamente en el programa de medicamentos recetados cuando se inscribe en uno de los planes médicos de Fort Bend ISD. A continuación hay una tabla que muestra el coseguro aplicable por nivel para un suministro de 30 días (excepto para el plan Choice High Deducible). Para consultas de los miembros, por favor llame a los servicios para miembros de CVS Caremark al [877.258.0105](tel:877.258.0105).

### Beneficios de la venta al por menor

Puede obtener un suministro de hasta 30 días en cualquier farmacia de la red CVS Caremark.

### Las farmacias participantes incluyen:

Walmart • Target • CVS • Walgreen's • Rite-Aid • Duane Reade • Medicine Shoppe • Ralph's • Kroger • Meijer • HEB • Shopko • Randall's • y muchas mas

Acceda a su cuenta de CVS Caremark para obtener una lista completa y actualizada de las farmacias participantes.

### Beneficios de los pedidos por correo

Además del acceso a la farmacia local, su empleador le ofrece el beneficio adicional del pedido por correo. Los medicamentos de mantenimiento pueden pedirse a través de la farmacia de pedidos por correo de CVS Caremark y entregarse en su domicilio. Los medicamentos de mantenimiento son los que usted toma para condiciones médicas continuas como la diabetes, la presión arterial alta y el asma. El pedido por correo le permite disfrutar de beneficios como la entrega a domicilio con envío estándar gratuito para un suministro de medicamentos de hasta 90 días, y puede solicitar cómodamente la reposición por Internet o por teléfono, en cualquier momento.

### CVS Caremark

#### Venta al por menor

(% del costo de los medicamentos)

Nivel 1 – 30%

Nivel 2 – 40%

Nivel 3 – 50%

#### Mail Order\*

(% del costo de los medicamentos)

Nivel 1– 25%

Nivel 2 – 35%

Nivel 3 – 45%

\*Las recetas de pedidos por correo tienen un máximo por suministro de 90 días de \$150.

### Medicamentos Especializados

Los medicamentos especializados son aquellos que se utilizan para tratar enfermedades complejas y crónicas como el cáncer, la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple, y a menudo requieren un manejo y una administración especial. Los medicamentos especializados requieren autorización previa y pueden aplicarse límites de cantidad. Existen otros programas de especialidades a los que puede estar sujeto, acceda a su cuenta de CVS Caremark para obtener más información.

Limitado a 30 días de entrega a domicilio, con un coseguro del 45% con un máximo de \$75.

Todos los medicamentos de especialidad deben comprarse a través de CVS Specialty. Para más información, puede contactar con CVS Specialty al [800.237.2767](tel:800.237.2767).

#### **Nota: El plan de farmacia cuenta con un reglamento de medicamentos genéricos obligatorios**

Si elige un medicamento de marca cuando existe un medicamento genérico, deberá pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico, más el coseguro correspondiente

Inscríbase en [www.caremark.com](http://www.caremark.com).



# TERAPIA ESCALONADA

La terapia escalonada es un programa diseñado especialmente para las personas que toman regularmente medicamentos recetados para tratar afecciones médicas continuas. La terapia escalonada significa sencillamente asegurarse de que recibe un medicamento seguro y de eficacia probada para su enfermedad, al menor costo posible para usted. En otras palabras, es la forma de evitar que pague más por los medicamentos que necesita.

### ¿Cómo funciona la terapia escalonada?

Un panel de médicos autorizados independientes, farmacéuticos y otros expertos médicos trabajan con CVS Caremark para recomendar medicamentos para el programa de terapia escalonada. Juntos, revisan las investigaciones más recientes sobre miles de medicamentos con receta médica probados y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). A continuación, determinan los medicamentos más adecuados para incluir en el programa. Los medicamentos se agrupan entonces en categorías, o “pasos”.

Medicamentos de primera línea – Paso 1 – Son el primer paso y suelen ser medicamentos genéricos y de marca de bajo costo. Han demostrado ser seguros y eficaces, además de asequibles. En la mayoría de los casos, proporcionan el mismo beneficio para la salud que los medicamentos más caros, pero a un costo menor.

Los medicamentos de reserva – los del segundo y tercer escalón – suelen ser de marca. Son los más adecuados para los pocos pacientes que no responden a los medicamentos de primera línea. También son las opciones más caras.

### ¿Cómo saber si un medicamento de primera línea es apropiado para usted?

Sólo su médico puede tomar esa decisión. Acceda a su cuenta en [www.caremark.com](http://www.caremark.com) o llame al número que figura en su tarjeta de afiliado para saber si la terapia escalonada se aplica al medicamento que le ha recetado su médico. En caso afirmativo, podrá ver una lista de alternativas de primera línea. Puede darle esa lista a su médico para que elija el medicamento que su plan cubre y que mejor trata su enfermedad.

### ¿Qué ocurre si su médico le da una receta que no está en la lista de primera línea de su plan?

La primera vez que intente surtir la receta, su farmacéutico debe explicarle que la terapia escalonada requiere que pruebe un medicamento de primera línea antes de que se cubra un medicamento de segunda línea. Como sólo su médico puede cambiar su receta actual, usted o su farmacéutico deben hablar con su médico para solicitar un medicamento de primera línea que esté cubierto por su plan. Si necesita su receta de inmediato, puede pedir a su farmacéutico que le surta un pequeño suministro hasta que pueda consultar a su médico.

### ¿Cómo iniciar la terapia escalonada?

La próxima vez que su médico escriba una receta, o si su medicamento actual cumple los requisitos, pregunte si un medicamento genérico de primera línea es adecuado para usted. A menudo, los medicamentos genéricos tienen la misma composición química que los de marca y el mismo efecto en el organismo, por lo que la única diferencia real es el costo.

Los planes suelen cubrir los medicamentos de segunda línea (más caros) si:

- ❖ Ha probado el medicamento de primera línea cubierto por su programa de terapia escalonada, y usted y su médico consideran que el medicamento no trata su enfermedad con eficacia, O
- ❖ No puede tomar un medicamento de primera línea (por ejemplo, debido a una alergia), O
- ❖ Su médico decide que necesita un medicamento de segunda línea por razones médicas

Si tiene preguntas sobre la terapia escalonada o cualquier otra cosa relacionada con su plan de medicamentos, sólo tiene que llamar al número de teléfono de Servicios para Miembros que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. También puede iniciar sesión en [www.caremark.com](http://www.caremark.com) o descargar la aplicación móvil de CVS Caremark para obtener más información sobre su plan de farmacia. Con la aplicación móvil de CVS Caremark, gestionar su medicación es muy fácil. Puede ver los pedidos, acceder a su tarjeta de identificación, comprobar las interacciones de los medicamentos o incluso encontrar la farmacia minorista más cercana en cuestión de segundos.

# PLANES DENTAL PPO

## Localizar proveedores dentro de la red

[www.guardiananytime.com](http://www.guardiananytime.com)

1. Haga clic en “Find a Provider,”
2. Después en “Find a Dentist”...
3. Debajo de Select a Plan, seleccione PPO
4. O llame al Servicio al Cliente al **800.541.7846**

## Value Plan

Su cobertura dental se proporciona a través de Guardian. Con el Value Plan DPPO, debe acudir a un dentista de la red. Sus gastos de bolsillo para los servicios dentales básicos y principales son más bajos que con la opción del Plan NAP. Si ya acude a un dentista de la red o si está dispuesto a cambiar a un dentista de la red, el plan Value puede ser una buena opción para ahorrar dinero en gastos dentales. Si acude a un dentista fuera de la red en el plan Value, los pagos del dentista se basan en los programas de tarifas con descuento acordados por el dentista de la red y usted pagará más por la visita que en el plan NAP.

## Network Access Plan

Con el DPPO del Plan de Acceso a la Red (NAP), usted puede acudir a cualquier dentista que elija. Sin embargo, los dentistas de la red han acordado aceptar tarifas reducidas por los servicios que prestan. También han acordado no cobrarle ninguna cantidad que exceda la cantidad permitida, aparte de los deducibles, el coseguro y los servicios que están limitados o no están cubiertos por el plan. Esto reducirá sus gastos de bolsillo. Si su dentista es un proveedor fuera de la red, los beneficios dentales se basarán en los cargos razonables y habituales.

Beneficio Dentro de la Red	Plan Value	Plan Network Access
<b>Máximo por año calendario</b> (Por Persona)	\$2,000	\$2,000
<b>Deducible Anual</b>	\$50 Individuo \$150 Familia	\$50 Individuo \$150 Familia
<b>Frecuencia de las limpiezas dentales</b> (Sólo preventivo)	Dos veces al año (1 de enero - 31 de diciembre)	Dos veces al año (1 de enero - 31 de diciembre)
<b>Clase A – Atención preventiva y de diagnóstico</b> (Profilaxis Examen oral, sellantes, moldes de diagnóstico, radiografías)	0% no se aplica el deducible	0% no se aplica el deducible
<b>Clase B – Servicios básicos</b> (Endodoncia, periodoncia, mantenimiento de espacios, extracciones quirúrgicas)	0%	20%
<b>Clase C – Servicios principales</b> (Corona, incrustación, prótesis, puente)	40%	50%
<b>Clase D – Ortodoncia</b> Niño (menor de 19 años)	50%	50%

Tanto los planes Value como NAP Dental PPO tienen las mismas tarifas

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago	19 Aportes del período de pago
<b>Empleado Solamente</b>	\$26.07	\$32.93
<b>Empleado + 1</b>	\$52.13	\$65.85
<b>Empleado + Familia</b>	\$78.19	\$98.76

\* Límite de pago de por vida de \$2,000 para tratamientos de ortodoncia.

La revisión previa al tratamiento está disponible de forma voluntaria cuando se proponga un trabajo dental que supere los \$300.



# PLAN DENTAL HMO

Su cobertura dental se proporciona a través de Guardian. Con su plan DHMO, usted disfruta de descuentos negociados con los dentistas de la red. Las visitas fuera de la red no están cubiertas. Debe designar y utilizar un proveedor participante. Usted paga un copago fijo por cada servicio cubierto. No hay deducibles ni máximos del plan. En el plan dental DHMO, si su plan de tratamiento requiere los servicios de un especialista, se le remitirá a uno. Tenga en cuenta que no hay cobertura disponible fuera de Texas.

Cuando recurra a un dentista participante, el monto que deberá pagar es el copago aplicable asociado al tipo de servicio que reciba. Consulte el certificado de cobertura para ver la lista de montos de copago que se encuentra en la página web de beneficios (<http://www.fortbendis.com/PEdad/78016>).

Frecuencia de limpieza: Dos veces por año natural (del 1 de enero al 31 de diciembre)

Ortodoncia: Disponible para niños y adultos

### Localizar proveedores dentro de la red

[www.guardiananytime.com](http://www.guardiananytime.com)

1. Haga clic en "Find a Provider",
2. Después en "Find a Dentist"...
3. Debajo de Select a Plan, seleccione Managed Dental Care
4. O llame al Servicio al Cliente al **888.618.2016**

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago	19 Aportes del período de pago
Empleado Solamente	\$5.36	\$6.76
Empleado + 1	\$8.90	\$11.24
Empleado + Familia	\$16.57	\$20.93

Ver el esquema de Copago del Plan Guardian DHMO <https://www.fortbendis.com/PEdad/78016>



# PLAN DE VISIÓN

Su cobertura oftalmológica es proporcionada por UnitedHealthcare a través de la red Spectera Eye. Con la gran red nacional de atención oftalmológica de Spectera, usted puede optar por obtener una atención más personalizada en un consultorio privado, o puede aprovechar la conveniencia de las numerosas cadenas minoristas de su red con horarios nocturnos y de fin de semana. Spectera se centra en ofrecerle una mejor experiencia de atención óptica

## Localizar proveedores dentro de la red

[myuhcvision.com](http://myuhcvision.com)

1. Haga clic en “Find a Provider”,
2. Después en “Find a Vision Provider”...
3. Debajo de Select Your Vision Plan, seleccione Spectera Eyecare Network
4. O llame al Servicio al Cliente al **800.638.3120**

Beneficio	Dentro de la Red	Fuera de la red
Examen	\$20 copago	Se reembolsa hasta 40 dólares
Materiales	\$20 copago	Varía (ver más abajo)
Frecuencia del Examen	1 por año calendario	1 por año calendario
Frecuencia de la montura de gafas	1 por año calendario	1 por año calendario
Frecuencia del examen de lentes de contacto (en lugar de lentes y monturas)	1 por año calendario	1 por año calendario
<b>LENTES</b>		<b>MIEMBRO REEMBOLSADO:</b>
Monofocales	100% después del copago*	Hasta \$40
Bifocales	100% después del copago*	Hasta \$60
Trifocales	100% después del copago*	Hasta \$80
<b>MONTURAS</b>		<b>MIEMBRO REEMBOLSADO:</b>
Asignación para Monturas	Asignación de \$150 + 30% de descuento	Hasta \$45
<b>LENTES DE CONTACTO</b>		<b>MIEMBRO REEMBOLSADO:</b>
Medicamento necesario	100%	Hasta \$210
Medicamento electivo	Asignación de \$150 *	Hasta \$150

\*Estos beneficios están sujetos al copago, si lo hubiera.

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago	19 Aportes del período de pago
Empleado Solamente	\$4.93	\$6.22
Empleado + 1	\$7.89	\$9.96
Empleado + Hijos	\$8.53	\$10.77
Empleado + Familia	\$12.98	\$16.40

Si se inscribe en el plan de visión, puede ver/imprimir su tarjeta de identificación en línea a través [myuhcvision.com](http://myuhcvision.com).

## CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

# QUE ES UNA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE FSA?

### Cuenta de Gastos Flexibles para la Atención Médica FSA:

- ❖ El monto total que elija estará disponible el primer día en que sus beneficios sean efectivos.
- ❖ Puede reservar hasta \$3,050, antes de impuestos, para pagar los gastos de atención médica que reúnan los requisitos necesarios, incluidos los odontológicos y oftalmológicos
- ❖ Usted puede utilizar su FSA para todos los costos de atención médica elegibles para usted y sus dependientes, incluso si sus dependientes no están cubiertos por los planes médicos de Fort Bend ISD.
- ❖ Si tiene contribuciones no utilizadas en su FSA de salud al final del año del plan actual, puede seguir incurriendo en gastos hasta el 15 de marzo de 2024, inmediatamente después del final del año del plan, y recibir el reembolso de estos gastos hasta que se agoten dichos fondos no utilizados. Todas las solicitudes de reembolso serán aceptadas y tramitadas hasta el 31 de marzo de 2024.
- ❖ Después del 31 de marzo de 2024, los fondos que queden en su cuenta para el año del plan 2023 se perderán.
- ❖ El 1 de enero de 2023 podrá disponer del monto total de su elección, aunque sus aportaciones se repartan a lo largo del año calendario.



### Cuenta de Gastos Flexibles para costos de Guardería FSA:

- ❖ Sólo se puede utilizar el monto que se ha descontado de su sueldo.
- ❖ Usted y su cónyuge pueden establecer una contribución anual combinada de hasta \$5,000, antes de impuestos, para pagar los gastos de guardería de los dependientes que reúnan los requisitos mientras usted trabaja o busca trabajo.
- ❖ A diferencia de la FSA de asistencia médica, sólo se le pueden reembolsar los fondos que ya se le hayan retenido de su sueldo.
- ❖ Entre los gastos elegibles se encuentran la guardería, la guardería infantil, el cuidado después de la escuela y el campamento de verano.
- ❖ Se aplica la regla del IRS de “úselo o piérdalo”, y no se le puede reembolsar ningún gasto que también esté cubierto por un crédito fiscal en su declaración de impuestos federal.

## EJEMPLO DE AHORRO CON UN FSA

Los ingresos brutos combinados de Bob y Jane son de \$30,000. Tienen dos hijos y declaran sus impuestos conjuntamente. Como Bob y Jane esperan gastar \$2,000 en ortodoncia para adultos y \$3,300 en guardería el próximo año del plan, deciden elegir un total de 5.300 \$ en sus FSA.

	Sin un FSA	Con un FSA
<b>Ingresos Brutos</b>	\$30,000	\$30,000
<b>Aportes al FSA</b>	\$0	-\$5,300
<b>Ingresos Brutos</b>	\$30,000	\$24,700
<b>Impuestos Federales*</b>	\$4,500	\$3,705*
<b>Impuestos FICA*</b>	\$435	\$358
<b>Ingresos después de impuestos</b>	\$25,065	\$20,637
<b>Gastos Médicos y de Guardería</b>	-\$5,300	\$0
<b>Ingresos restantes disponibles</b>	\$19,765	\$20,637
<b>Aumento de los ingresos utilizables</b>		-\$872

\*Se supone un 15% de impuesto federal sobre la renta y un 1,45% de FICA. El ejemplo anterior es sólo para fines ilustrativos. Cada situación varía y le recomendamos que consulte a un asesor fiscal para todo tipo de asesoramiento fiscal.

## CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

# FSA DE ATENCIÓN MÉDICA

Enviar recibos a [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

La cuenta de gastos flexibles de Fort Bend ISD es administrada por UHC. Sus contribuciones a la FSA, deducidas antes de los impuestos, pueden utilizarse para pagar los gastos calificados del cuidado de los dependientes.

**Para el año del plan 2023, puede elegir hasta \$3,050 para su FSA de Salud. Hay una contribución mínima de \$120 para los empleados.**

Para más información, visite el sitio web del IRS en <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p503.pdf>.

Una cuenta de FSA de salud le permite apartar dinero libre de impuestos en una cuenta que le reembolsará los gastos médicos calificados "incurridos" durante el año del plan (1/1/2023 - 12/31/2023). El término "incurrido" significa que el servicio debe realizarse durante el año del plan. Los gastos admisibles pueden ser efectuados por usted, su cónyuge o sus hijos dependientes admisibles. Los reembolsos recibidos de su FSA de salud están libres de impuestos. Además, puede utilizar su tarjeta de débito para pagar los gastos admisibles directamente desde su cuenta de reembolso.

Algunos ejemplos de gastos admisibles son los deducibles, los copagos, la cirugía ocular LASIK, los medicamentos con receta y la ortodoncia. Los medicamentos de venta libre, con la excepción de la insulina, requerirán una receta para ser considerados un gasto médico cualificado para el reembolso de su FSA. Consulte la sección 213(d) o 502 del Código del IRS para ver la lista de gastos admisibles. Los gastos deben ser de "atención médica" y estar destinados al diagnóstico, cuidado, mitigación, tratamiento o prevención de una enfermedad, o con el fin de afectar a cualquier estructura o función del cuerpo.

### Uso o pérdida y plazo de presentación

**Si tiene contribuciones no utilizadas en su FSA de salud al final del año del plan actual, puede seguir incurriendo en gastos hasta el 15 de marzo de 2024, inmediatamente después del final del año del plan, y recibir el reembolso de estos gastos hasta que se agoten dichos fondos no utilizados. Todas las solicitudes de reembolso serán aceptadas y tramitadas hasta el 31 de marzo de 2024. Después del 31 de marzo de 2024 se perderán los fondos que queden en su cuenta para el año del plan 2023.**

### FSA para los gastos de atención médica

Las solicitudes de reembolso deben ser recibidas por el departamento de FSA de UHC en un plazo de 90 días a partir del final del año del plan. Si su empleo finaliza durante el año, sus reclamaciones deben producirse antes del final del mes en el que se produce el cese, su solicitud de reembolso debe ser recibida por el departamento de FSA de UHC en un plazo de 90 días desde el final del año del plan.

### Tarjeta de Débito

Su tarjeta de débito de la cuenta de FSA le permite acceder rápida y cómodamente a los fondos de su FSA para gastos de salud. Puede utilizarla para pagar los gastos elegibles en el momento del servicio y en los lugares que la aceptan.

### NOTA IMPORTANTE

Si está inscrito en el plan Choice HRA, debe agotar los fondos de su Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) antes de poder utilizar los fondos de su FSA para gastos médicos. No podrá utilizar su tarjeta de débito FSA para gastos médicos si está inscrito en el plan Choice HRA. Deberá pagar de su bolsillo los gastos médicos y solicitar el reembolso de la FSA presentando un formulario de reclamación y sus recibos. Sin embargo, podrá utilizar la tarjeta de débito de la FSA para surtir recetas.

Usted NO es elegible para la FSA de Salud si usted o su cónyuge contribuyen actualmente a una HSA.

CONSERVE COPIAS de TODOS sus recibos y hojas de explicación de beneficios de las transacciones elegibles. Lo más probable es que UHC le pida esta documentación. La única razón por la que UHC no le pedirá documentación es si la cantidad pasada por su tarjeta de débito es igual a un copago o deducible en los planes médicos de Fort Bend ISD. Usted está obligado a proporcionar los recibos durante una auditoría del IRS.

## CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

### CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA COSTOS DE GUARDERÍA FSA

La cuenta de gastos flexibles de Fort Bend ISD es administrada por UHC. Sus contribuciones a la FSA, deducidas antes de los impuestos, pueden utilizarse para pagar los gastos calificados del cuidado de los dependientes.

Para el año del plan 2023, usted puede elegir hasta \$5,000 para su FSA de Dependientes.

La FSA para el cuidado de dependientes le permite ahorrar impuestos sobre Hasta \$5,000 en gastos “calificados” de guardería cada año. La FSA para el cuidado de dependientes sólo reembolsa hasta el saldo de la cuenta en la fecha en que se recibe su reclamación. Las reclamaciones que exceden el saldo se reembolsan cuando hay suficiente en la cuenta para cubrirlos.

En virtud del artículo 21(b)(1) del Código, se entiende por “persona que reúne los requisitos” un dependiente del contribuyente, tal como se define en el artículo 152(a)(1) del Código (es decir, un hijo que reúne los requisitos), que no haya cumplido los 13 años; un dependiente del contribuyente que sea física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo y que tenga el mismo domicilio principal que el contribuyente durante más de la mitad del año.

Los gastos de guardería calificados incluyen::

- ❖ El cuidado proporcionado mientras ambos padres están trabajando o buscando trabajo
- ❖ Cuidados prestados durante el año del plan (1/1/2023 - 31/12/2023)
- ❖ Gastos reales de la guardería (no se reembolsan los gastos por separado de servicios como el transporte, las comidas, las clases, las lecciones, los viajes o los suministros, a menos que los cargos se incluyan como parte de su tarifa base, sin desglosar)
- ❖ Los campamentos de día, incluidos los que se centran en actividades específicas, como los deportes y las artes (los campamentos de noche están excluidos aunque el campamento reparta los gastos de día y de noche)
- ❖ El número de identificación fiscal o el número de la seguridad social de los proveedores de la guardería debe facilitarse

#### Algunos ejemplos de gastos no elegibles:

- ❖ Cuidado de niños proporcionado por un dependiente fiscal o de sus hijos menores de 19 años
- ❖ Campamentos nocturnos y matrícula de preescolar
- ❖ Cuidado de niños cuando uno de los padres no trabaja o busca trabajo

#### Uso o pérdida y plazo de presentación

**Si tiene contribuciones no utilizadas en su FSA para el cuidado de dependientes al final del año del plan actual, puede seguir incurriendo en gastos hasta el 15 de marzo de 2024, inmediatamente después del final del año del plan, y recibir el reembolso de estos gastos hasta que se agoten dichos fondos no utilizados. Todas las solicitudes de reembolso serán aceptadas y tramitadas hasta el 31 de marzo de 2024. Después del 31 de marzo de 2024 se perderán los fondos que queden en su cuenta para el año del plan 2023.**

**FSA de cuidado de dependientes - Las reclamaciones deben ser recibidas por el departamento de FSA de UHC dentro de los 90 días posteriores al final del año del plan.**

**Tarjeta de débito - Su tarjeta de débito FSA le permite acceder rápida y convenientemente a los fondos de su FSA para los gastos de atención de dependientes. Puede utilizarla para pagar los gastos elegibles de cuidado de dependientes en el momento del servicio y en los lugares que la aceptan.**

- ❖ **Guarde copias de TODOS sus recibos y hojas de explicación de beneficios de las transacciones elegibles. UHC puede pedirle esta documentación. Está obligado a presentar los recibos durante una auditoría del IRS.**
- ❖ **Si su proveedor de servicios de guardería no acepta el pago con tarjeta de débito, puede pagarle directamente al proveedor y luego solicitar el reembolso de UHC directamente a su cuenta corriente o de ahorros.**



## SEGURO DE VIDA

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

Fort Bend ISD proporciona a cada empleado elegible un seguro básico de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a través de Guardian. El seguro básico de vida y AD&D es pagado en un 100% por Fort Bend ISD y por lo tanto no hay ningún costo para usted.

SEGURO DE VIDA BÁSICO Y DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)	
Monto del beneficio	\$25,000
Reducción por edad	50% a los 70 años
Beneficio de muerte acelerada	75% del monto del beneficio

### Seguro de Vida Voluntario y de Muerte Accidental y Desmembramiento AD&D

Tiene la opción de adquirir una cobertura voluntaria de vida y AD&D para usted y sus dependientes a través de Guardian. Debe elegir esta opción para usted para poder adquirir un seguro de vida para sus dependientes elegibles. El seguro de vida voluntario y el seguro AD&D se combinan y no se ofrecen por separado. Como nuevo empleado, cualquier cantidad seleccionada por encima de la cantidad de emisión garantizada requerirá un formulario de evidencia de asegurabilidad completado. Cuando se retira o deja el FBISD, tiene 31 días para continuar su cobertura; envíe un correo electrónico a Guardian para obtener información adicional [National\\_Conversions@glic.com](mailto:National_Conversions@glic.com). Usted paga el costo total de este beneficio.

Seguro de Vida Voluntario y de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)		
Monto del Beneficio Máximo (podría estar sujeto a preguntas medicas; consulte el tema de la garantía para nuevos empleados y el certificado de cobertura dispuestas para el plan)	Empleado	\$10,000 incrementos, Hasta \$500,000
	Cónyuge	Incrementos de \$10,000 hasta el 100% de la cantidad del empleado, sin exceder los \$250,000
	Hijo(s)	Hijo dependiente de 1 a 14 días \$100; de 14 días a 26 años \$10,000
Monto Garantizado	Empleado*	\$250,000
	Cónyuge	\$30,000
	Hijo(s)	\$10,000
Reducción por edad	50% at age 70	
Beneficio de muerte acelerada	75% of benefit amount up to \$250,000	
Penalización por inscripción tardía	Los empleados que no eligieron durante su período de nueva contratación en el que es elegible para inscribirse deben completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI). La cobertura no entra en vigencia hasta que sea aprobada por Guardian.	

\*Si actualmente está inscrito en Vida Voluntaria, puede aumentar su monto en \$50,000 cada Inscripción Abierta sin EOI, hasta el monto de la Emisión Garantizada (sólo para la Cobertura de Empleado).

Tarifas mensuales del seguro de vida voluntario y de AD&D (por \$1,000)		
Edad	Tarifa Empleado	Tarifa Cónyuge**
25	\$0.063	\$0.120
25-29	\$0.066	\$0.107
30-34	\$0.071	\$0.109
35-39	\$0.092	\$0.129
40-44	\$0.121	\$0.173
45-49	\$0.178	\$0.257
50-54	\$0.258	\$0.387
55-59	\$0.378	\$0.581
60-64	\$0.524	\$1.003
65-69	\$0.867	\$1.681
70-74	\$1.518	\$3.069
75+	\$3.058	\$5.928

\*\*Tasa del cónyuge basada en la edad del empleado

Tasa del hijo: \$0.0305 por cada \$1,000.

### Ejemplo de cálculo para una familia

Empleado: 38 años que elige \$250,000 en seguro de Vida y AD&D:

Vida y AD&D:  $\$250,000 \div 1,000 \times \$0.092 = \$23.00$

Cónyuge: Empleado de 45 años que elige \$30,000 en seguro de Vida y AD&D de Cónyuge:

Vida y AD&D:  $\$30,000 \div 1,000 \times \$0.178 = \$5.34$

Hijo(s): eligiendo \$10,000 en Seguro de Vida y AD&D (la Tarifa cubre a todos los hijos menores de 26 años en una Familia):

Vida y AD&D:  $\$10,000 \div 1,000 \times \$0.305 = \$3.05$

Tarifa mensual total: \$31.39



# SEGURO DE INVALIDEZ A CORTO PLAZO VOLUNTARIO

Fort Bend ISD proporciona a cada Empleado elegible la opción de seleccionar un plan de invalidez voluntario a través de Guardian. El seguro de invalidez está diseñado para ayudar a complementar sus ingresos cuando no pueda trabajar debido a la maternidad, un accidente o una enfermedad que no esté relacionada con el trabajo. Tiene la opción de elegir la cobertura de invalidez a corto plazo o a largo plazo, o ambas. Usted es responsable del costo de esta cobertura. Cuando usted deja el FBISD, tiene 31 días para continuar su cobertura; envíe un correo electrónico a Guardian para obtener información adicional [National\\_Conversions@glic.com](mailto:National_Conversions@glic.com).

## Beneficio de Invalidez Voluntario a Corto Plazo

<b>Definición de invalidez</b>	Impedido de realizar una o más de las tareas principales de su propia ocupación
<b>Período de eliminación</b> El periodo de tiempo que debe estar incapacitado, debido a una invalidez cubierta, antes de que se paguen los beneficios de este plan	<b>Plan Base:</b> 7 días de lesión o enfermedad <b>Plan Alto:</b> 14 días por lesión o enfermedad
<b>Beneficio de Base</b>	66,67% de los ingresos cubiertos* por cada \$100 de salario Su salario se determinará a partir del 1 de enero
Esto significa que después de 14 o 90 días de invalidez. Guardian le pagará el 66,67% de los ingresos cubiertos (por cada 100 dólares de beneficio cubierto) hasta el máximo indicado a continuación.	
<b>Beneficio semanal máximo</b> (antes de la semana 26)	\$1,730 semanales (beneficio semanal: salario anual dividido por 52 semanas)
<b>Duración de los beneficios</b>	<b>Plan Base:</b> 12 semanas <b>Plan Alto:</b> 24 semanas
<b>LIMITACIONES</b>	
<b>Condiciones preexistentes</b>	3/12 (cualquier enfermedad que haya sido diagnosticada o tratada en los últimos 3 meses antes de tener derecho a la póliza no estará cubierta durante 12 meses en este plan de incapacidad)
<b>Enfermedad mental</b>	Hasta 24 meses de cobertura, combinados
<b>Abuso de sustancias y autodeclaración</b>	Hasta 24 meses de cobertura, combinados

## Tarifas mensuales por invalidez voluntaria (por \$100)

<b>Plan Base: Periodo de eliminación de 14 días</b>	\$0.736
<b>Plan Alto: Periodo de eliminación de 14 días</b>	\$0.853
<b>Edad en el momento de la invalidez</b>	<b>Duración máxima del beneficio</b>
<60	hasta los 65 años, pero no menos de 60 meses
60	60 meses
61	48 meses
62	42 meses
63	36 meses
64	30 meses
65	24 meses
66	21 meses
67	18 meses
68	15 meses
69 y mas	12 meses

Su beneficio por invalidez puede verse reducido por otros beneficios de ingresos. Los empleados que no hayan elegido durante el periodo de su nueva contratación en el que es elegible para inscribirse deben completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI). La cobertura no es efectiva hasta que sea aprobada por Guardian

Consulte el Certificado de Cobertura para más detalles.

<https://www.fortbendisd.com/PEdad/75851>



## SEGURO DE INVALIDEZ A LARGO PLAZO VOLUNTARIO

Fort Bend ISD proporciona a cada Empleado elegible la opción de seleccionar un plan de invalidez voluntario a través de Guardian. El seguro de invalidez está diseñado para ayudar a complementar sus ingresos cuando no pueda trabajar debido a la maternidad, un accidente o una enfermedad que no esté relacionada con el trabajo. Tiene la opción de elegir la cobertura de invalidez a corto plazo o a largo plazo, o ambas. Usted es responsable del costo de esta cobertura. Cuando usted deja el FBISD, tiene 31 días para continuar su cobertura; envíe un correo electrónico a Guardian para obtener información adicional. National\_Conversions@glic.com.

Beneficio de Invalidez Voluntario a Largo Plazo	
<b>Definición de invalidez</b>	Impedido de realizar una o más de las Tareas Principales de su Propia Ocupación durante dos años. Después de los dos años, en Cualquier Ocupación.
<b>Período de eliminación</b> El periodo de tiempo que debe estar incapacitado, debido a una invalidez cubierta, antes de que se paguen los beneficios de este plan.	<b>Plan Base:</b> 90 días <b>Plan Alto:</b> 180 días
<b>Beneficio de Base</b>	66,67% de los ingresos cubiertos por cada \$100 de salario. Su salario se determinará a partir del 1 de enero de cada año
Esto significa que después de 14 o 90 días de invalidez Guardian le pagará el 66,67% de los ingresos cubiertos (por cada \$100 de salario) hasta el máximo indicado a continuación.	
<b>Beneficio semanal máximo</b> (antes de la semana 26)	\$7,500 al mes (beneficio mensual: salario anual dividido por 12 meses)
<b>Duración de los beneficios</b>	Edad normal de jubilación de la Seguridad Social
LIMITACIONES	
<b>Condiciones preexistentes</b>	3/12 (cualquier enfermedad que haya sido diagnosticada o tratada en los últimos 3 meses antes de tener derecho a la póliza no estará cubierta durante 12 meses en este plan de invalidez)
<b>Enfermedad mental</b>	Hasta 24 meses de cobertura, combinados
<b>Abuso de sustancias y autodeclaración</b>	Hasta 24 meses de cobertura, combinados

Tarifas mensuales por invalidez voluntaria (por \$100)	
<b>Plan Base: Periodo de eliminación de 180 días</b>	\$0.61
<b>Plan Alto: Periodo de eliminación de 90 días</b>	\$0.48
Edad en el momento de la invalidez	Duración máxima del beneficio
<60	hasta los 65 años, pero no menos de 60 meses
60	60 meses
61	48 meses
62	42 meses
63	36 meses
64	30 meses
65	24 meses
66	21 meses
67	18 meses
68	15 meses
69 y mas	12 meses

Su beneficio por invalidez puede verse reducido por otros beneficios de ingresos. Los empleados que no hayan elegido durante el periodo de su nueva contratación en el que es elegible para inscribirse deben completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI). La cobertura no es efectiva hasta que sea aprobada por Guardian.

Consulte el Certificado de Cobertura para más detalles.

<https://www.fortbendisd.com/PEdad/75851>

# SEGURO DE ACCIDENTES

Con MetLife, podrá elegir entre dos planes (denominados “Plan Bajo” y “Plan Alto”) que proporcionan pagos adicionales a cualquier otro pago del seguro que pueda recibir<sup>1</sup>. Estos son algunos de los eventos/servicios cubiertos<sup>2</sup>. Consulte el resumen de beneficios para ver la lista completa de servicios cubiertos.

	Plan Bajo			Plan Alto		
	EMPLEADO	CÓNYUGE	HIJO	EMPLEADO	CÓNYUGE	HIJO
<b>CATEGORÍA DE BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL</b>						
Muerte accidental básica	\$25,000	\$12,500	\$5,000	\$50,000	\$25,000	\$10,000
Muerte accidental Transportista Común	\$75,000	\$37,500	\$15,000	\$150,000	\$75,000	\$30,000
<b>BÁSICA POR DESMEMBRAMIENTO/PÉRDIDA FUNCIONAL</b>						
Pérdida de un dedo de la mano o del pie	\$500	\$500	\$500	\$1,000	\$1,000	\$1,000
Pérdida de un brazo o una pierna	\$7,500	\$7,500	\$7,500	\$15,000	\$15,000	\$15,000
Pérdida de una mano o un pie	\$7,500	\$7,500	\$7,500	\$15,000	\$15,000	\$15,000
Pérdida de dos o más dedos de la mano o del pie	\$1,000	\$1,000	\$1,000	\$2,000	\$2,000	\$2,000
Pérdida de la vista en un ojo	\$7,500	\$7,500	\$7,500	\$15,000	\$15,000	\$15,000
Pérdida de audición en un oído	\$7,500	\$7,500	\$7,500	\$15,000	\$15,000	\$15,000
<b>BENEFICIO DE DESMEMBRAMIENTO CATASTRÓFICO/PERDIDA FUNCIONAL</b>						
Pérdida de ambos brazos o de ambas piernas o de un brazo y una pierna	\$15,000	\$15,000	\$15,000	\$40,000	\$40,000	\$40,000
Pérdida de ambas manos o de ambos pies o de una mano y un pie	\$15,000	\$15,000	\$15,000	\$40,000	\$40,000	\$40,000
Pérdida de visión en ambos ojos	\$15,000	\$15,000	\$15,000	\$40,000	\$40,000	\$40,000
Pérdida de audición en ambos oídos	\$15,000	\$15,000	\$15,000	\$40,000	\$40,000	\$40,000
Pérdida de la capacidad de hablar	\$15,000	\$15,000	\$15,000	\$40,000	\$40,000	\$40,000
<b>BENEFICIO POR PARÁLISIS</b>						
Dos extremidades (paraplejía o hemiplejía)	\$7,500	\$7,500	\$7,500	\$20,000	\$20,000	\$20,000
Cuatro extremidades (cuadriplejía)	\$15,000	\$15,000	\$15,000	\$40,000	\$40,000	\$40,000

<sup>1</sup>Los servicios/tratamientos cubiertos deben ser el resultado de un accidente cubierto, tal como se define en la póliza/certificado de grupo. Consulte la Declaración de Divulgación o el Documento de Divulgación de la Cobertura para obtener todos los detalles.

<sup>2</sup>La disponibilidad de los beneficios varía según el estado. Consulte su Declaración de Divulgación o el Documento de Divulgación de la Cobertura para conocer las variaciones del estado.

<sup>3</sup>Las beneficios y los montos se basan en el diseño del plan de muestra de MetLife. El diseño y los beneficios del plan pueden variar.

<sup>4</sup>La cobertura está garantizada siempre que (1) el empleado esté trabajando activamente y (2) las personas a cargo que vayan a estar cubiertas no estén sujetas a restricciones médicas según lo establecido en el formulario de inscripción y en el certificado. Algunos estados exigen que el asegurado tenga cobertura médica. Los hijos pueden estar cubiertos hasta los 26 años. Existen reducciones de los beneficios que pueden comenzar a partir de los 65 años.

<sup>5</sup>La elegibilidad para la transferencia de la póliza a través de la cláusula de Continuación del Seguro con Pago de la Prima puede estar sujeta a ciertos requisitos y limitaciones de elegibilidad. Para obtener más información, póngase en contacto con su representante de MetLife.

## Ejemplo de cómo se pagan los beneficios

La hija de Kathy, Molly, iba en bicicleta al colegio. de camino al colegio, se cayó al suelo, quedó inconsciente y fue trasladada en ambulancia a la sala de emergencia local para ser atendida. El médico de urgencias le diagnosticó una conmoción cerebral y un diente roto. Pidió una tomografía computarizada para comprobar si había fracturas faciales, ya que la cara de Molly estaba muy hinchada. Molly fue entregada a su médico de cabecera para que le hiciera un seguimiento, y su dentista le reparó el diente roto con una corona. Dependiendo de su seguro médico, los costos de bolsillo de Kathy podrían ascender a cientos de dólares para cubrir gastos como copagos y deducibles del seguro.

Los pagos del Seguro de Accidentes de Grupo MetLife pueden utilizarse para ayudar a cubrir estos gastos inesperados.

Evento cubierto <sup>2</sup>	Importe del beneficio
Ambulancia (terrestre)	\$400
Atención de emergencia	\$200
Seguimiento médico (\$200 x 2)	\$400
Exámenes médicos	\$250
Contusión	\$600
Diente roto (reparado con corona)	\$300
<b>Beneficios pagados por el Seguro de Accidentes de Grupo MetLife</b>	<b>\$2,150</b>



# SEGURO CONTRA EL CÁNCER

Individuo elegible	Monto del Beneficio	Requisitos
<b>OPCIONES DE COBERTURA</b>		
<b>Empleado</b>	\$10,000, \$20,000 o \$30,000	La cobertura está garantizada siempre que esté trabajando activamente. <sup>1</sup>
<b>Cónyuge/pareja de hecho<sup>2</sup></b>	50% del beneficio inicial del empleado	La cobertura está garantizada siempre y cuando el empleado esté trabajando activamente y el cónyuge/pareja de hecho no esté sujeto a una restricción médica según lo establecido en el formulario de inscripción y en el Certificado. <sup>1</sup>
<b>Hijo(s) dependiente(s)<sup>3</sup></b>	50% del beneficio inicial del empleado	La cobertura está garantizada siempre que el empleado esté trabajando activamente y que el dependiente no esté sujeto a una restricción médica según lo establecido en el formulario de inscripción y en el Certificado. <sup>1</sup>

<sup>1</sup>La cobertura está garantizada siempre que (1) el empleado esté trabajando activamente y (2) las personas a su cargo no estén sujetas a restricciones médicas según lo establecido en el formulario de inscripción y en el Certificado. Algunos estados exigen que el asegurado tenga cobertura médica.

<sup>2</sup>La cobertura para parejas de hecho, parejas de unión civil y beneficiarios recíprocos varía según el estado. Póngase en contacto con MetLife para obtener más información.

<sup>3</sup>La cobertura de los hijos dependientes varía según el estado. Para más información, póngase en contacto con MetLife.

<sup>4</sup>Revise el Documento de Declaración o el Documento de Divulgación de la Cobertura para obtener información sobre qué condición cubierta puede ser elegible para un Beneficio de Recurrencia. Puede haber un Período de Suspensión de Beneficios entre las recurrencias de la misma Enfermedad Cubierta, así como entre las ocurrencias de diferentes Enfermedades Cubiertas. Puede haber una limitación en el número de Recurrencias pagables por Condición Cubierta. No pagaremos un beneficio por una Condición Cubierta que esté sujeta a un Período de Suspensión de Beneficios. Si se paga un Beneficio de Recurrencia por una Condición Cubierta de Cáncer, no pagaremos dicho beneficio a menos que la Persona Cubierta no haya tenido síntomas o haya sido tratada por el mismo cáncer por el cual pagamos un beneficio durante el Período Libre de Tratamiento.

## Pago de Beneficios

Su plan paga una indemnización inicial a la primera diagnosis verificada de un cáncer cubierto. Su plan también paga una prestación única por recurrencia en caso de un diagnóstico posterior verificado del mismo cáncer, tal y como se indica en la siguiente tabla. El beneficio de recurrencia sólo está disponible si se ha pagado un beneficio inicial por el mismo cáncer. Se aplica un periodo de suspensión del beneficio.

El monto máximo que puede recibir a través de su plan de seguro contra el cáncer se denomina monto total de la prestación y es 5 veces el monto de su prestación. Esto significa que puede recibir varios pagos de beneficios hasta alcanzar el máximo de \$50,000, \$100,000 o \$150,000.

Esta cobertura de seguro contra el cáncer proporciona un beneficio de suma global para:

- ✦ Cáncer invasivo: cubre las formas avanzadas de cáncer.
- ✦ Cáncer no invasivo: cubre la mayoría de los tipos de cáncer en fase inicial.
- ✦ Cáncer de piel: cubre la mayoría de los crecimientos malignos que surgen en la superficie de la piel.

Consulte la tabla siguiente para conocer el porcentaje de beneficio que se paga por cada cáncer cubierto.

Condiciones cubiertas *	Beneficio inicial	Beneficio de recurrencia
<b>CATEGORÍA DE CÁNCER</b>		
<b>Cáncer Invasivo</b>	100% del monto del beneficio	50% del monto de beneficio inicial
<b>Cáncer No Invasivo</b>	25% del monto de beneficio inicial	50% del monto de beneficio inicial
<b>Cáncer de Piel</b>	5% del monto del beneficio, pero no menos de \$250	50% del monto del beneficio, pero no menos de \$250

## Beneficio de exámenes de salud preventivos

MetLife proporcionará un beneficio anual de \$50 por año por tomar uno de los exámenes de detección/prevenciones elegibles.

El beneficio de revisión de salud no está disponible en algunos estados. Por favor, revise su Declaración de Divulgación o Esquema de Cobertura/Documento de Divulgación para conocer las variaciones y exclusiones específicas de este beneficio en cada estado.

## Ejemplo de cómo se pagan los beneficios

El ejemplo siguiente ilustra a un empleado que eligió un monto de beneficio de \$10,000

Enfermedad – Condición cubierta	Payment
<b>Cáncer invasivo (leucemia) – primer diagnóstico verificado</b>	Pago del beneficio inicial de \$10,000 o del 100%.
<b>Beneficio completo Cáncer (leucemia) – segundo diagnóstico verificado, tres años después</b>	Pago del beneficio de recurrencia de \$5,000 o del 50%

# SEGURO DE ENFERMEDAD GRAVE

Individuo elegible	Monto del Beneficio	Requisitos
<b>OPCIONES DE COBERTURA</b>		
<b>Empleado</b>	\$10,000, \$20,000 o \$30,000	La cobertura está garantizada siempre que esté trabajando activamente. <sup>1</sup>
<b>Cónyuge/pareja de hecho<sup>2</sup></b>	50% del beneficio inicial del empleado	La cobertura está garantizada siempre y cuando el empleado esté trabajando activamente y el cónyuge/pareja de hecho no esté sujeto a una restricción médica según lo establecido en el formulario de inscripción y en el Certificado. <sup>1</sup>
<b>Hijo(s) dependiente(s)<sup>3</sup></b>	50% del beneficio inicial del empleado	La cobertura está garantizada siempre que el empleado esté trabajando activamente y que el dependiente no esté sujeto a una restricción médica según lo establecido en el formulario de inscripción y en el Certificado. <sup>1</sup>

<sup>1</sup>La cobertura está garantizada siempre que (1) el empleado esté trabajando activamente y (2) las personas a su cargo no estén sujetas a restricciones médicas según lo establecido en el formulario de inscripción y en el Certificado. Algunos estados exigen que el asegurado tenga cobertura médica.

<sup>2</sup>La cobertura para parejas de hecho, parejas de unión civil y beneficiarios recíprocos varía según el estado. Póngase en contacto con MetLife para obtener más información.

<sup>3</sup>La cobertura de los hijos dependientes varía según el estado. Para más información, póngase en contacto con MetLife.

<sup>4</sup>Revise el Documento de Declaración o el Documento de Divulgación de la Cobertura para obtener información sobre qué condición cubierta puede ser elegible para un Beneficio de Recurrencia. Puede haber un Período de Suspensión de Beneficios entre las recurrencias de la misma Enfermedad Cubierta, así como entre las ocurrencias de diferentes Enfermedades Cubiertas. Puede haber una limitación en el número de beneficios de recurrencia pagables por Condición Cubierta. No se pagará ningún beneficio por una Condición Cubierta que esté sujeta a un Período de Suspensión de Beneficios. Si un beneficio de recurrencia es pagable por una condición cubierta por cáncer, no pagaremos dicho beneficio a menos que la persona cubierta no haya tenido síntomas o no haya sido tratada por el mismo cáncer para el cual pagamos un beneficio durante el Período sin tratamiento.

<sup>5</sup>Los miembros de la familia elegibles son todas las personas que tienen derecho a la cobertura, tal como se define en el Certificado.

<sup>6</sup>La elegibilidad para la transferencia a través de la cláusula de Continuación del Seguro con Pago de la Prima puede estar sujeta a ciertos requisitos y limitaciones de elegibilidad. Para obtener más información, póngase en contacto con su representante de MetLife.

## Pago de Beneficios

Su plan paga una indemnización inicial a la primera diagnosis verificada de una enfermedad cubierta. Su plan también paga una prestación única por recurrencia en caso de un diagnóstico posterior verificado de ciertas Condiciones Cubiertas como se muestra en la tabla siguiente. El beneficio de recurrencia sólo está disponible si se ha pagado un beneficio inicial por la misma condición cubierta. Existe un Período de Suspensión de Beneficios que se aplica a los Beneficios por Recurrencia.

El monto máximo que puede recibir a través de su plan de Seguro de Enfermedad Grave se denomina Monto de Beneficio Total y es 5 veces el monto de su Beneficio. Esto significa que puede recibir varios pagos de beneficios hasta alcanzar el máximo de \$50,000, \$100,000 o \$150,000.

Consulte el resumen de beneficios para obtener una lista completa de las condiciones cubiertas y el porcentaje de beneficio pagadero para cada condición cubierta.

## Beneficio de exámenes de salud preventivos

MetLife proporcionará un beneficio anual de \$50 por año por tomar uno de los exámenes de detección/prevenciones elegibles. El beneficio de revisión de salud no está disponible en algunos estados. Por favor, revise su Declaración de Divulgación o Esquema de Cobertura/Documento de Divulgación para conocer las variaciones y exclusiones específicas de este beneficio en cada estado

## Ejemplo de cómo se pagan los beneficios

El ejemplo siguiente ilustra a un empleado que eligió un monto de beneficio de \$10,000.

Enfermedad – Condición Cubierta	Payment
<b>Ataque cardíaco – primer diagnóstico verificado</b>	Pago inicial del beneficio de \$10,000 o del 100%
<b>Insuficiencia renal – primer diagnóstico verificado, dos años después</b>	Pago inicial del beneficio de \$10,000 o del 100%
<b>Ataque cardíaco – segundo diagnóstico verificado, cuatro años después</b>	Pago del beneficio de recurrencia de \$10,000 o del 100%

# PLAN DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Con MetLife, dispondrá de un plan completo que le proporcionará un pago único en efectivo, además de cualquier otro pago que pueda recibir de su plan médico. Éstas son algunas de los beneficios/servicios cubiertos, cuando un accidente o enfermedad le lleva al hospital.<sup>1</sup>

## Beneficios Cubiertos

Póngase en contacto con MetLife para conocer las definiciones detalladas y las variaciones estatales de los beneficios cubiertos.

Beneficios Hospitalarios		
<b>BENEFICIO DE ADMISIÓN</b>		
Admisión	1 vez al año	\$1,500
Ingreso en la UCI	1 vez al año <i>(El beneficio se paga al mismo tiempo que el beneficio de admisión cuando se ingresa en la UCI)</i>	\$1,500
<b>BENEFICIO POR INTERNAMIENTO</b>		
Internamiento <sup>2</sup>	15 días al año	\$200
Internamiento en la UCI	15 días al año <i>(Beneficio paid concurrently with Confinement Beneficio when admitted to ICU)</i>	\$200
Internamiento del recién nacido <sup>3</sup>	2 día(s) por internamiento	\$50
<b>BENEFICIO DE REHABILITACIÓN EN EL HOSPITAL*</b>		
Rehabilitación Hospitalaria	15 días al año <i>(Por lesión o enfermedad)</i>	\$50
<b>OTROS BENEFICIOS</b>		
Beneficio de Exámenes Preventivos	1 vez(s) por año por persona cubierta	\$50

\*Beneficio(s) que requiere(n) admisión o internamiento previo.

<sup>1</sup>Póngase en contacto con MetLife para conocer las definiciones detalladas y las variaciones estatales de los beneficios cubiertas

<sup>2</sup>Si el Beneficio de Admisión se paga por una Internación, el Beneficio de Internación comenzará a pagarse el día siguiente a la Internación. <sup>3</sup>El periodo de internamiento del recién nacido, inmediatamente después de su nacimiento

<sup>4</sup>La elegibilidad para la transferencia a través de la cláusula de Continuación del Seguro con Pago de la Prima puede estar sujeta a ciertos requisitos y limitaciones de elegibilidad. Para obtener más información, póngase en contacto con su representante de MetLife.

## Ejemplo de pago de beneficios en el plan

Susan tiene dolores en el pecho en su casa y, tras ponerse en contacto con su médico, le indican que se dirija a su hospital local. A su llegada, el médico examina a Susan y le informa de que debe ser ingresada inmediatamente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para que sea evaluada y tratada. Tras dos días en la UCI, Susan se traslada a una habitación estándar y pasa otros dos días recuperándose en el hospital. Susan fue dada de alta a su médico de cabecera para un tratamiento de seguimiento y observación. Su médico de cabecera está ahora vigilando de cerca la salud general de Susan. Dependiendo de su seguro médico, los gastos de bolsillo de Susan podrían ascender a cientos de dólares para cubrir gastos como copagos y deducibles del seguro. Los pagos del Seguro de Indemnización Hospitalaria de Grupo MetLife pueden utilizarse para ayudar a cubrir estos gastos inesperados o de cualquier otra forma que Susan considere oportuna.

Beneficio Cubierto	Importe del beneficio
Ingreso hospitalario regular (1x)	\$1,500
Admisión suplementaria en la UCI (1x)	\$1,500
Internamiento regular en el hospital (3 días en total)	\$600
Confinamiento suplementario en la UCI (1 día)	\$200
<b>Beneficios pagados por MetLife Seguro de indemnización hospitalaria de grupo</b>	<b>\$3,800</b>

PLANES SUPLEMENTARIOS DE METLIFE

# CONTRIBUCIONES DE EMPLEADO EN LOS PLANES DE METLIFE EN EL AÑO 2023

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago				19 Aportes del período de pago			
<b>CANCER – \$1,000</b>								
<i>Edad alcanzada</i>	<i>EO</i>	<i>ES</i>	<i>EC</i>	<i>EF</i>	<i>EO</i>	<i>ES</i>	<i>EC</i>	<i>EF</i>
< 25	\$0.11	\$0.19	\$0.17	\$0.25	\$0.14	\$0.23	\$0.21	\$0.31
25 - 34	\$0.14	\$0.22	\$0.20	\$0.28	\$0.18	\$0.28	\$0.25	\$0.35
35 - 44	\$0.23	\$0.34	\$0.29	\$0.39	\$0.28	\$0.42	\$0.36	\$0.49
45 - 54	\$0.37	\$0.55	\$0.43	\$0.61	\$0.47	\$0.69	\$0.54	\$0.76
55 - 64	\$0.58	\$0.92	\$0.64	\$0.98	\$0.73	\$1.16	\$0.81	\$1.23
65+	\$0.99	\$1.62	\$1.04	\$1.68	\$1.24	\$2.05	\$1.31	\$2.12
<b>CANCER – \$10,000</b>								
<i>Edad alcanzada</i>	<i>EO</i>	<i>ES</i>	<i>EC</i>	<i>EF</i>	<i>EO</i>	<i>ES</i>	<i>EC</i>	<i>EF</i>
< 25	\$1.10	\$1.85	\$1.70	\$2.45	\$1.39	\$2.34	\$2.15	\$3.09
25 - 34	\$1.40	\$2.20	\$1.95	\$2.80	\$1.77	\$2.78	\$2.46	\$3.54
35 - 44	\$2.25	\$3.35	\$2.85	\$3.90	\$2.84	\$4.23	\$3.60	\$4.93
45 - 54	\$3.70	\$5.45	\$4.25	\$6.05	\$4.67	\$6.88	\$5.37	\$7.64
55 - 64	\$5.80	\$9.20	\$6.40	\$9.75	\$7.33	\$11.62	\$8.08	\$12.32
65+	\$9.85	\$16.20	\$10.40	\$16.80	\$12.44	\$20.46	\$13.14	\$21.22
<b>CANCER – \$20,000</b>								
<i>Edad alcanzada</i>	<i>EO</i>	<i>ES</i>	<i>EC</i>	<i>EF</i>	<i>EO</i>	<i>ES</i>	<i>EC</i>	<i>EF</i>
< 25	\$2.20	\$3.70	\$3.40	\$4.90	\$2.78	\$4.67	\$4.29	\$6.19
25 - 34	\$2.80	\$4.40	\$3.90	\$5.60	\$3.54	\$5.56	\$4.93	\$7.07
35 - 44	\$4.50	\$6.70	\$5.70	\$7.80	\$5.68	\$8.46	\$7.20	\$9.85
45 - 54	\$7.40	\$10.90	\$8.50	\$12.10	\$9.35	\$13.77	\$10.74	\$15.28
55 - 64	\$11.60	\$18.40	\$12.80	\$19.50	\$14.65	\$23.24	\$16.17	\$24.63
65+	\$19.70	\$32.40	\$20.80	\$33.60	\$24.88	\$40.93	\$26.27	\$42.44
<b>CANCER – \$30,000</b>								
<i>Edad alcanzada</i>	<i>EO</i>	<i>ES</i>	<i>EC</i>	<i>EF</i>	<i>EO</i>	<i>ES</i>	<i>EC</i>	<i>EF</i>
< 25	\$3.30	\$5.55	\$5.10	\$7.35	\$4.17	\$7.01	\$6.44	\$9.28
25 - 34	\$4.20	\$6.60	\$5.85	\$8.40	\$5.31	\$8.34	\$7.39	\$10.61
35 - 44	\$6.75	\$10.05	\$8.55	\$11.70	\$8.53	\$12.69	\$10.80	\$14.78
45 - 54	\$11.10	\$16.35	\$12.75	\$18.15	\$14.02	\$20.65	\$16.11	\$22.93
55 - 64	\$17.40	\$27.60	\$19.20	\$29.25	\$21.98	\$34.86	\$24.25	\$36.95
65+	\$29.55	\$48.60	\$31.20	\$50.40	\$37.33	\$61.39	\$39.41	\$63.66

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago	19 Aportes del período de pago
<b>HOSPITAL INDEMNITY</b>		
Empleado Solamente	\$12.17	\$15.37
Empleado + Cónyuge	\$22.41	\$28.31
Empleado + Hijo(s)	\$17.84	\$22.53
Familia	\$28.09	\$35.48

Guía
EO – Empleado Solamente
ES – Empleado + Cónyuge
EC – Empleado + Hijo(s)
EF – Empleado + Familia



# CONTRIBUCIONES DE EMPLEADO EN LOS PLANES DE METLIFE EN EL AÑO 2023

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago		19 Aportes del período de pago	
Accidente				
Tipo de Plan	Plan Bajo	Plan Alto	Plan Bajo	Plan Alto
Empleado Solamente	\$2.62	\$4.68	\$3.30	\$5.91
Empleado + Cónyuge	\$5.17	\$9.23	\$6.52	\$11.65
Empleado + Hijo(s)	\$5.98	\$10.69	\$7.55	\$13.50
Familia	\$7.32	\$13.08	\$9.25	\$16.52

Tarifas del Plan*	24 Aportes del período de pago				19 Aportes del período de pago			
ENFERMEDAD CRITICA – \$1,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$0.18	\$0.36	\$0.29	\$0.46	\$0.23	\$0.45	\$0.36	\$0.58
25 - 34	\$0.23	\$0.46	\$0.34	\$0.56	\$0.29	\$0.57	\$0.42	\$0.70
35 - 44	\$0.37	\$0.72	\$0.47	\$0.83	\$0.47	\$0.91	\$0.59	\$1.04
45 - 54	\$0.61	\$1.25	\$0.72	\$1.35	\$0.77	\$1.57	\$0.90	\$1.71
55 - 64	\$1.02	\$2.23	\$1.12	\$2.33	\$1.29	\$2.82	\$1.41	\$2.94
65+	\$1.90	\$4.27	\$2.00	\$4.37	\$2.39	\$5.39	\$2.52	\$5.51
ENFERMEDAD CRITICA – \$10,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$1.80	\$3.55	\$2.85	\$4.60	\$2.27	\$4.48	\$3.60	\$5.81
25 - 34	\$2.30	\$4.55	\$3.35	\$5.55	\$2.91	\$5.75	\$4.23	\$7.01
35 - 44	\$3.70	\$7.20	\$4.70	\$8.25	\$4.67	\$9.09	\$5.94	\$10.42
45 - 54	\$6.10	\$12.45	\$7.15	\$13.50	\$7.71	\$15.73	\$9.03	\$17.05
55 - 64	\$10.20	\$22.30	\$11.20	\$23.30	\$12.88	\$28.17	\$14.15	\$29.43
65+	\$18.95	\$42.65	\$19.95	\$43.65	\$23.94	\$53.87	\$25.20	\$55.14
ENFERMEDAD CRITICA – \$20,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$3.60	\$7.10	\$5.70	\$9.20	\$4.55	\$8.97	\$7.20	\$11.62
25 - 34	\$4.60	\$9.10	\$6.70	\$11.10	\$5.81	\$11.49	\$8.46	\$14.02
35 - 44	\$7.40	\$14.40	\$9.40	\$16.50	\$9.35	\$18.19	\$11.87	\$20.84
45 - 54	\$12.20	\$24.90	\$14.30	\$27.00	\$15.41	\$31.45	\$18.06	\$34.11
55 - 64	\$20.40	\$44.60	\$22.40	\$46.60	\$25.77	\$56.34	\$28.29	\$58.86
65+	\$37.90	\$85.30	\$39.90	\$87.30	\$47.87	\$107.75	\$50.40	\$110.27
ENFERMEDAD CRITICA – \$30,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$5.40	\$10.65	\$8.55	\$13.80	\$6.82	\$13.45	\$10.80	\$17.43
25 - 34	\$6.90	\$13.65	\$10.05	\$16.65	\$8.72	\$17.24	\$12.69	\$21.03
35 - 44	\$11.10	\$21.60	\$14.10	\$24.75	\$14.02	\$27.28	\$17.81	\$31.26
45 - 54	\$18.30	\$37.35	\$21.45	\$40.50	\$23.12	\$47.18	\$27.09	\$51.16
55 - 64	\$30.60	\$66.90	\$33.60	\$69.90	\$38.65	\$84.51	\$42.44	\$88.29
65+	\$56.85	\$127.95	\$59.85	\$130.95	\$71.81	\$161.62	\$75.60	\$165.41

Guía
EO – Empleado Solamente
ES – Empleado + Cónyuge
EC – Empleado + Hijo(s)
EF – Empleado + Familia



# PLAN LEGAL / ROBO DE IDENTIDAD

Con un plan legal de LegalShield, tendrá acceso a firmas de abogados en una variedad de necesidades legales personales o familiares sin desembolso gasto que no sea su prima mensual! A continuación se muestra una breve muestra de las áreas que se cubren. Para una descripción detallada del plan consulte su contrato de miembro. Este plan lo cubre a usted, a su cónyuge o pareja de hecho y a sus dependientes.\*



## Protección legal y de identidad a precio económico

LegalShield y IDShield te brindan la protección legal y contra robo de identidad que tú y tu familia necesitan y se merecen.

### Beneficios del plan LegalShield\*:

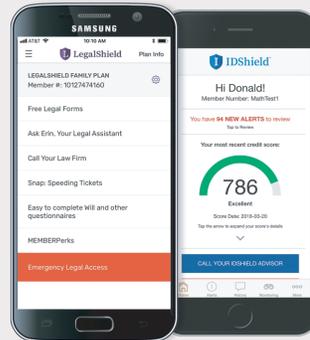
- Consultas y asesoría legal
- Respaldo de todo un bufete de abogados
- Más de 45 años de experiencia en membresías legales
- Redacción y revisión de documentos legales
- Cartas y llamadas telefónicas hechas en tu representación
- Asistencia en multas por exceso de velocidad
- Redacción de testamentos, cartas poder y testamentos vitales
- Atención de emergencias 24/7 los 365 días del año
- ¡Y mucho más!

### Beneficios del plan IDShield\*:

- Consultas y asesoría sobre identidad
- Respaldo de investigadores privados autorizados
- Monitoreo de crédito y de identidad
- Monitoreo de redes sociales
- Monitoreo de menores de edad
- Restauración completa de identidad
- Alertas de solicitudes de crédito y de amenazas de robo de identidad
- Atención de emergencias 24/7
- Y mucho más!

## ¡Tenemos una app!

Con las apps de LegalShield y IDShield, fácilmente puedes preparar tu testamento, llamar a tu abogado, monitorear tu identidad y puntuación de crédito desde cualquier lugar, las 24 horas del día, 7 días a la semana.



### Protección legal y de identidad a precio económico

	Legal Service Only		Identity Theft Service Only		Both Services Combined	
	24 Pay Periods	19 Pay Periods	24 Pay Periods	19 Pay Periods	24 Pay Periods	19 Pay Periods
<b>Employee Only</b>	\$7.48	\$9.45	\$4.23	\$5.34	\$11.70	\$14.78
<b>Family</b>	\$7.98	\$10.08	\$7.98	\$10.08	\$14.45	\$18.25

Si deseas más información, comunícate con tu agente independiente:

Kacy Lavender; [lavenderk@legalshieldassociate.com](mailto:lavenderk@legalshieldassociate.com)

\*Existen restricciones. Consulta los detalles en el resumen del plan. EXCLUSIONES GENERALES: 1) asuntos contra el empleador, la compañía o el bufete gestor; 2) asuntos que el abogado considere que no tienen mérito o que sean antiéticas; 3) asuntos fuera de Estados Unidos; 4) asuntos que involucren al Miembro originados en cuestiones de negocios o participaciones en una empresa tales como: la propiedad de, administración de o asociación con un negocio, cooperativa o entidad corporativa, o fideicomiso, propiedades o actividades empresariales de cualquier naturaleza que redituen ingresos, sean de tiempo completo o de tiempo parcial, inclusive el uso de un vehículo comercial; 5) multas, costos de tribunal, cuotas por trámites, cuotas por representación legal ("ad litem fees"), sanciones, cuotas por testigos expertos, bonos, fianzas o gastos desembolsados; 6) las personas involucradas en una demanda civil en contra de la Compañía o que sean demandadas por la Compañía no podrán recibir los servicios en el transcurso de dicha demanda; 7) asuntos cubiertos por pólizas de seguro; 8) servicios relacionados con patentes, marcas comerciales y de derechos de autor; 9) servicios que, a juicio profesional del bufete gestor, sean innecesarios o no puedan ofrecerse adecuadamente, o que sean antiéticos, frívolos o sin mérito; 10) asuntos jurídicos de nativos americanos, incluidos aquellos relacionados con tribus indias y gobiernos tribales tales como cuestiones legales ante tribunales, cuerpos administrativos, paneles de arbitraje o árbitros, y ante paneles, jueces o funcionarios de audiencias tribales, federales o estatales.

# PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Este es un programa confidencial que se ofrece a usted y a los miembros de su hogar **sin costo alguno**.



Cuando tiene una amplia lista de factores estresantes... y otra aún mayor de tareas pendientes



El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y sus servicios de WorkLife se encuentran disponibles sin costo adicional para usted como parte de sus beneficios. Esto incluye **acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana** al EAP por teléfono y en línea. Puede llamar para hablar con especialistas en asistencia al empleado con grado de maestría que brindan consultas, evaluación de riesgos, defensa legal, referencias y materiales educativos. También puede usar nuestros servicios web, que se encuentran disponibles en inglés y en español. Busque información de autoayuda, bases de datos/directorios de recursos, programas de video, programas de empoderamiento personal y miles de artículos en línea en [liveandworkwell.com](http://liveandworkwell.com).

**Póngase en contacto con el EAP y con los Servicios de WorkLife.**

Disponibilidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana | Confidencial | Sin costo para usted

## USTED, con apoyo



Escanee el código QR e ingrese a [liveandworkwell.com](http://liveandworkwell.com).

Para encontrar el apoyo adecuado para usted, regístrese con su ID HealthSafe o ingrese el código de acceso de su compañía: **FBISD**



## EMBARAZO SALUDABLE

Incentivo del Programa de Embarazo Saludable! Después de completar el Programa de Embarazo Saludable, las empleadas o los cónyuges y dependientes elegibles recibirán un incentivo de \$150 si la madre se inscribe en el primer trimestre O \$75 si la madre se inscribe en el segundo trimestre.



### Reciba apoyo durante la maravillosa etapa del embarazo

Si está pensando en tener un bebé, o si ya está embarazada, usted cuenta con el **Healthy Pregnancy Program (Programa Embarazo Saludable)** para brindarle información y apoyo durante todo el embarazo y

Cuando se inscriba en el programa, podrá trabajar con una enfermera de maternidad que está a su disposición para responder sus preguntas y ayudarle con cosas como estas:

- Elegir un médico o una enfermera partera, y ayudarle a buscar un pediatra u otro especialista
- Darle información que le ayude a cuidarse y a cuidar la salud de su bebé — incluso si su embarazo se considera de alto riesgo
- Brindarle apoyo para controlar su salud — física y emocionalmente — antes y después de que nazca su bebé

**Estamos aquí para ayudarle en lo que necesite.**

**Empiece hoy mismo.**



**1-877-201-5328**

De lunes a jueves, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora de la Zona Central  
Este servicio está disponible sin costo adicional, como parte de su plan de beneficios. (TTY: 711)



**Este servicio no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.** La información proporcionada a través de este servicio es sólo para su conocimiento y se ofrece como parte de su plan de salud. El personal de enfermería y otros representantes del programa no pueden diagnosticar problemas ni sugerir tratamiento. Este programa no sustituye la atención de su médico. Conforme a la ley, se mantiene la confidencialidad de su información de salud. Este no es un programa de seguro y puede interrumpirse en cualquier momento. La cobertura de seguro es proporcionada por o a través de UnitedHealthcare Insurance Company o sus afiliadas. Los servicios administrativos son prestados por United HealthCare Services, Inc. o sus afiliadas.

© 2018 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados. WF303548 76426-072018 JOB ID 13439 080618

# CIRUGÍA PLANIFICADA



## Categorías de procedimientos que se cubren habitualmente

- Columna
- Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Cardiología
- Ginecología
- Cirugía general
- Gastroenterología
- Inyecciones

En la lista no se incluyen todas las categorías

Póngase en contacto con su asistente de salud hoy mismo para saber si el seguro cubre su intervención



¿Necesita una cirugía?  
Menos estrés con SurgeryPlus

### Ahorro de dinero

Como SurgeryPlus ya forma parte de su paquete de beneficios, puede acceder a este servicio integral sin coste adicional. Cuando utilice SurgeryPlus y programe su intervención quirúrgica con la ayuda de un asistente, le ayudaremos a cubrir los costes relacionados con el procedimiento.

### Atención de alta calidad

Su asistente de salud exclusivo encontrará y le proporcionará una lista de tres cirujanos seleccionados específicamente y altamente cualificados para que usted elija el que más le guste. Los asistentes de salud también proporcionarán asistencia personalizada y gestionarán todo, desde la logística de las citas hasta las reservas necesarias en caso de viaje.

### Menos estrés

Con un cirujano altamente cualificado y específicamente seleccionado de nuestra red y un asistente de salud que lo acompañará en todo momento, podrá concentrarse en recuperarse de su cirugía programada y volver a su vida.

### Viajes asistidos

¿Sabía que SurgeryPlus cubre todos los gastos de desplazamiento relacionados con su cirugía para que pueda recibir una atención de primera clase de nuestra red de cirujanos altamente cualificados?

Una llamada lo cambia todo. Póngase en contacto con uno de nuestros asistentes de salud hoy mismo para obtener más información y empiece a disfrutar de sus beneficios.

Llame al: 855.200.9513

Visite: [FBISD.SurgeryPlus.com](http://FBISD.SurgeryPlus.com)

Correo electrónico: [FortBendISD@SurgeryPlus.com](mailto:FortBendISD@SurgeryPlus.com)

# DOLORES MUSCULAR Y ARTICULARES



¿EL **DOLORE** LO ESTÁ **LIMITANDO**?

**RÁPIDA RECUPERACIÓN DE LESIONES EN LA COLUMNA, LAS ARTICULACIONES Y LOS TEJIDOS BLANDOS**

**Excelente noticia para Fort Bend ISD**

Ahora Airrosti es un United Health Care beneficio de salud para empleados de Fort Bend ISD y dependientes.

**Atención basada en los resultados**

Cada paciente recibe una hora completa de evaluación, diagnóstico, tratamiento y educación concebida para restablecer la función y eliminar el dolor. Resuelva la mayoría de las lesiones en la columna, las articulaciones y los tejidos blandos en un plazo de 3 visitas.

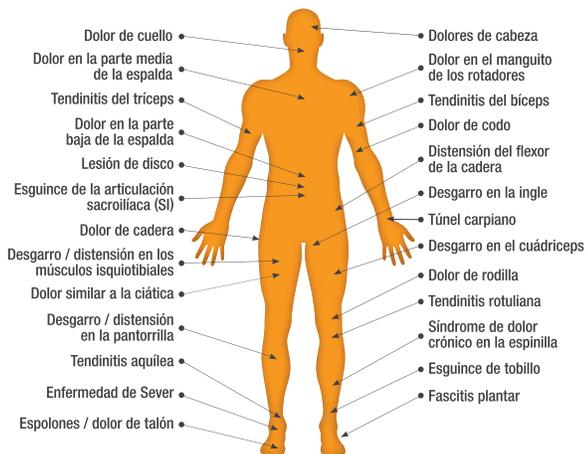


## ATENCIÓN DE **CALIDAD, RÁPIDA RECUPERACIÓN**

**Resultados reales. Muy rápido.**

El enfoque de calidad de Airrosti hacia la atención da lugar a recuperaciones rápidas y resultados duraderos y, a la vez, ayuda a los pacientes a evitar resonancias magnéticas, productos farmacéuticos, cirugías y otros procedimientos costosos.

**Los proveedores de Airrosti son expertos en eliminar el dolor crónico y resolver la mayoría de las lesiones en la columna, las articulaciones y los tejidos blandos en un plazo de 3 visitas. >>**



Programe su cita por teléfono o a través de Internet:  
**(800) 404-6050 | airrosti.com**

# PROGRAMA DE REAL APPEAL



**Easy Ways to  
Feel Healthier**

Small changes can make a big impact.

## Create Healthy Habits with Real Appeal

Real Appeal® is an online weight loss program available to you and eligible family members at no additional cost through your health benefits plan.

**Real Appeal can help you form a healthier lifestyle with:**

- A **Transformation Coach** who leads online group sessions.
- **Online tools** to help track your food, activity, and weight loss progress.
- A **Success Kit** with recipes, scales, workout DVDs, and more — shipped right to your door.



## Busy Schedule? No Problem.

1

### Track your meals

Use the food tracker to keep tabs on what you're eating. If you're too busy, take a photo of your meals and enter them later.

2

### Check in to Daily Actions

Select a goal from your recommended Daily Actions and check in from the app as you complete each day.

3

### Attend sessions on the go

Attend group sessions directly from your phone. You can also view past session content on-demand.

Get started today at  
[fortbendisid.realappeal.com](http://fortbendisid.realappeal.com)



Have your health insurance ID card accessible during enrollment.

Real Appeal is available at no cost to eligible employees and spouses with our UnitedHealthcare insurance and a body mass index (BMI) of 23 or higher.

Copyright © 2019 Real Appeal, Inc. All Rights Reserved.

# TRS

[www.trs.state.tx.us](http://www.trs.state.tx.us) | 800.223.8778

El plan de jubilación de TRS desempeña un papel vital para casi 1,2 millones de educadores estatales activos y jubilados y sus familias, ya que proporciona beneficios de jubilación por servicio y por incapacidad, así como beneficios por fallecimiento. TRS es uno de los mayores sistemas de jubilación del país. La misión principal del sistema es proporcionar beneficios de jubilación y otros beneficios relacionados a los miembros autorizados por la Legislatura de Texas y administrar el fondo fiduciario que financia esos beneficios. Como empleado de FBISD usted está automáticamente inscrito en este Plan de Jubilación. Como miembro, usted contribuirá con el 8% de los salarios elegibles a su cuenta cada período de pago y el Estado contribuirá con el 6% para los beneficios de jubilación. La contribución del miembro se hace antes de impuestos.

# ADMINISTRADORES DE TCG (FORMALMENTE RECURSOS JEM)

[www.TCGservices.com](http://www.TCGservices.com) | 800.943.9179

## 403(b) Anualidades con impuestos diferidos (TDA)

Es un acuerdo de impuestos diferidos, que está específicamente permitido por la Sección 403(b) del Código de Impuestos Internos. Los importes de las contribuciones no son ingresos disponibles para los empleados hasta que los retiran o se les distribuyen.

## Plan de Ahorro de Los Empleados 457

Como empleado de Fort Bend ISD usted es inmediatamente elegible para participar en este plan. El Plan de Ahorro para Empleados de Fort Bend ISD es un método eficaz y flexible de ahorro, y está disponible para ayudarle a cumplir sus objetivos personales de planificación de la jubilación.

Para configurar o realizar cambios en estas cuentas, puede ponerse en contacto directamente con los administradores de TCG.

## Ventajas Del Plan 403(b) Y 457 Del Plan 403(b) Y 457

- ❖ Los aportes a través de los acuerdos de reducción salarial se hacen sobre una base de impuestos diferidos. Estas cantidades no están sujetas a impuestos federales sobre la renta hasta que se distribuyen.
- ❖ Las ganancias y/o los intereses también se tienen impuestos diferidos.
- ❖ Ahorrar para las necesidades futuras es más fácil cuando su contribución se hace directamente de su cheque de pago.
- ❖ Se trata de ingresos adicionales a los de su plan de jubilación TRS.



# BIENESTAR FINANCIERO



## Empoderando el cambio de supervivencia a prosperidad

En los Estados Unidos, 7 de cada 10 personas reportan altos niveles de estrés financiero. Estamos aquí para cambiar eso.

Si usted está viviendo de cheque en cheque o siente que el dinero no le rinde, tenemos las herramientas que le ayudarán a marcar una diferencia y todo está disponible sin costo alguno para usted.



### Le presentamos FinPath

FinPath es un programa de educación financiera pagado por su empleador para ayudarlo a tomar el control de sus finanzas y reducir el estrés financiero. Con FinPath, lograr sus objetivos financieros y obtener respuestas a sus preguntas le será más fácil.

Esto es lo que obtendrás:



#### Entrenamiento financiero 1:1 ilimitado

Sesiones de entrenamiento personalizadas y confidenciales adaptadas a sus necesidades financieras.



#### Herramientas de salud financiera

Más de 30 herramientas que le ayudarán a hacer un presupuesto, reducir deuda, obtener un plan para emergencias y más!



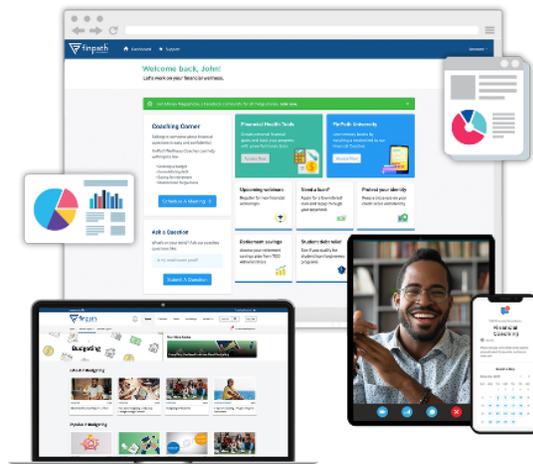
#### Universidad FinPath

Participe en cursos en vivo, a su propio ritmo y accesibles a cualquier hora.



#### Beneficios de FinPath

Sea recompensado por construir mejores finanzas y hábitos a través de sorteos mensuales de tarjetas de regalo, incluyendo un regalo de \$1,000.





## Objetivos del Programa

### ✓ Presupuesto y Gastos

El éxito financiero no requiere mucho de dinero, sólo un poco de planificación extra. Ayudamos a darle a cada dólar un propósito.

### ✓ Manejo de Deudas

La acumulación de deuda puede dificultar moverse hacia adelante con sus metas financieras. Podemos ayudarle a crear un plan para pagar sus deudas.

### ✓ Ahorros de Emergencia

Lo ayudaremos a prepararse para un shock financiero con una estrategia de ahorros de emergencia.

### ✓ Mejora de la Puntuación de Crédito

Los puntajes de crédito son cruciales para su éxito financiero. Le podemos ayudar a mejorar tu puntuación de crédito.

### ✓ Jubilación

¿No tienes claro tus planes de jubilación? Nos enfocamos en sus metas hoy para que usted puede tener un mejor mañana.

### ✓ Alivio de la Deuda Estudiantil

Millones de estadounidenses sufren por tener una deuda de préstamos estudiantiles. Le podemos ayudar a explorar recursos.

### ✓ Protección de Seguridad

La seguridad siempre es lo primero. Ayudamos a identificar áreas de necesidad y alentar individuos a buscar cobertura.

### ✓ Préstamo Inteligente

Es probable que necesites pedir dinero prestado en el camino. Le ayudaremos a explorar opciones y evitar préstamos incobrables.



## Entrenadores de verdad, consejos verdaderos, soluciones reales.

FinPath no es un producto, es un proceso. Hablar acerca de las finanzas es una parte fundamental del proceso, pero las personas tienden a evitar hablar de este tema, ya sea por ansiedad o por miedo, por lo que prefieren hablar con sus seres queridos para obtener asesoramiento financiero en lugar de buscar expertos de confianza.

Nuestros entrenadores financieros saben lo estresante que es hablar de dinero, es por ello que cada conversación será 100% confidencial y respetamos y cuidamos a cada una de las personas que deciden comenzar a trabajar con ellos. Estamos aquí para usted en cada paso del camino.



### ¡Activa tu cuenta gratuita en 3 pasos sencillos!

1. Dirígete a [finpathwellness.com/register](https://finpathwellness.com/register)
2. Ingrese la dirección de correo electrónico de su trabajo
3. Revise su correo electrónico para obtener su enlace de activación único

### ¿Tiene preguntas? Obtenga respuestas.

833-777-6545

[finpathwellness.com/support](https://finpathwellness.com/support)

## FINANZAS SALARIALES



# PERSONAL LOANS\* FOR FORT BEND ISD EMPLOYEES

A new voluntary employee benefit available through FinPath

Salary Finance is a voluntary benefit from FinPath that you can apply for whenever you need it. With higher acceptance than traditional lenders and repayments taken directly from your paycheck, Salary Finance makes borrowing the money you need easier than ever.

**Enjoy low fixed rates from 5.9-19.9% Annual Percentage Rate (APR)\*\***

**Check to see if you're eligible, and apply online in minutes:  
[fortbendisd.salaryfinance.com](https://fortbendisd.salaryfinance.com)**



# FINANZAS SALARIALES

## HOW IT WORKS

### Step 1: check eligibility and apply online in minutes

If you're eligible for an employee loan, you can complete our online application in a matter of minutes.

### Step 2: receive your Salary Finance employee loan

If your application is approved, money is usually in your bank account within 48 hours.

### Step 3: repay directly from your paycheck

Repayments are taken directly from your paycheck so you'll never have to worry about missing a payment.

## WHAT YOU COULD USE A LOAN FOR

Debt Consolidation

Medical Procedures

Unexpected Expenses

Home Improvements

Large Purchases

A Wedding

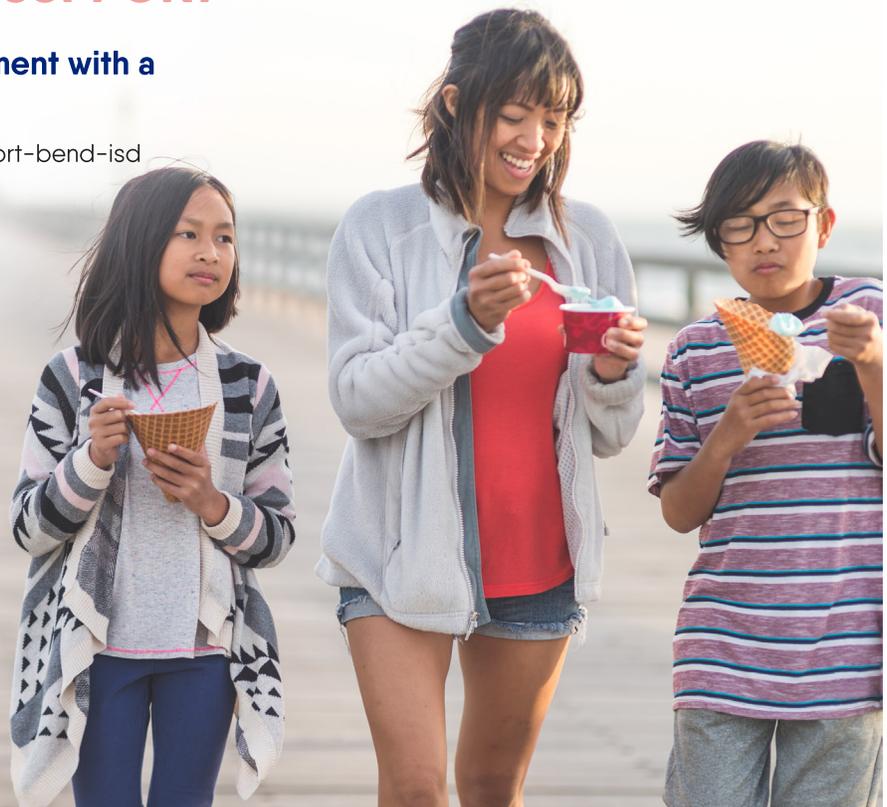
## QUESTIONS & SUPPORT

### Schedule an appointment with a financial coach:

[calendly.com/nhauptmann/fort-bend-isd](https://calendly.com/nhauptmann/fort-bend-isd)

### For questions about employee loans:

[salaryfinance.com/us/faq/](https://salaryfinance.com/us/faq/)  
[help@salaryfinance.com](mailto:help@salaryfinance.com)  
800-317-6850



## CONTRIBUCIONES

# 2023 CONTRIBUCIONES DE LOS EMPLEADOS

Plan de Beneficios	24 Contribuciones del período de pago	19 Contribuciones del período de pago
<b>PLAN MÉDICO / KELSEY UHC CHARTER</b>		
Empleado Solamente	\$80.23	\$101.34
Empleado + Cónyuge	\$248.39	\$313.76
Empleado + Hijo(s)	\$221.67	\$280.00
Familia	\$328.59	\$415.06
<b>PLAN MÉDICO / NEXUS</b>		
Empleado Solamente	\$88.67	\$112.00
Empleado + Cónyuge	\$287.61	\$363.30
Empleado + Hijo(s)	\$245.00	\$309.47
Familia	\$380.47	\$480.59
<b>PLAN MÉDICO / CHOICE PLUS</b>		
Empleado Solamente	\$101.97	\$128.80
Empleado + Cónyuge	\$330.75	\$417.79
Empleado + Hijo(s)	\$281.75	\$355.89
Familia	\$437.54	\$552.68
<b>PLAN MÉDICO / CHOICE HRA</b>		
Empleado Solamente	\$52.92	\$66.85
Empleado + Cónyuge	\$194.16	\$245.25
Empleado + Hijo(s)	\$136.08	\$171.89
Familia	\$247.78	\$312.99
<b>PLAN MÉDICO / CHOICE DEDUCIBLE ALTO</b>		
Empleado Solamente	\$31.05	\$39.22
Empleado + Cónyuge	\$174.74	\$220.72
Empleado + Hijo(s)	\$122.73	\$155.03
Familia	\$223.00	\$281.68
<b>PLAN DENTAL PPO ACCESS A RED Y PLAN VALUE</b>		
Empleado Solamente	\$26.07	\$32.93
Empleado + 1	\$52.13	\$65.85
Familia	\$78.19	\$98.76
<b>DENTAL HMO</b>		
Empleado Solamente	\$5.36	\$6.76
Empleado + 1	\$8.90	\$11.24
Familia	\$16.57	\$20.93
<b>VISION</b>		
Empleado Solamente	\$4.93	\$6.22
Empleado + Cónyuge	\$7.89	\$9.96
Empleado + Hijo(s)	\$8.53	\$10.77
Familia	\$12.98	\$16.40
<b>SOLO SERVICIOS LEGALES</b>		
Empleado Solamente	\$7.48	\$9.45
Empleado + Familia	\$7.98	\$10.08
<b>SOLO SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE IDENTIDADES</b>		
Empleado Solamente	\$4.23	\$5.34
Empleado + Familia	\$7.98	\$10.08
<b>SERVICIOS LEGALES Y DE PROTECCIÓN DE IDENTIDADES COMBINADO</b>		
Empleado Solamente	\$11.70	\$14.78
Empleado + Familia	\$14.45	\$18.25

## CONTRIBUCIONES

# 2023 CONTRIBUCIONES DE LOS EMPLEADOS – CÁNCER, INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Tarifas del Plan*	24 Contribuciones del período de pago				19 Contribuciones del período de pago			
CÁNCER – \$1,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$0.11	\$0.19	\$0.17	\$0.25	\$0.14	\$0.23	\$0.21	\$0.31
25 - 34	\$0.14	\$0.22	\$0.20	\$0.28	\$0.18	\$0.28	\$0.25	\$0.35
35 - 44	\$0.23	\$0.34	\$0.29	\$0.39	\$0.28	\$0.42	\$0.36	\$0.49
45 - 54	\$0.37	\$0.55	\$0.43	\$0.61	\$0.47	\$0.69	\$0.54	\$0.76
55 - 64	\$0.58	\$0.92	\$0.64	\$0.98	\$0.73	\$1.16	\$0.81	\$1.23
65+	\$0.99	\$1.62	\$1.04	\$1.68	\$1.24	\$2.05	\$1.31	\$2.12
CÁNCER – \$10,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$1.10	\$1.85	\$1.70	\$2.45	\$1.39	\$2.34	\$2.15	\$3.09
25 - 34	\$1.40	\$2.20	\$1.95	\$2.80	\$1.77	\$2.78	\$2.46	\$3.54
35 - 44	\$2.25	\$3.35	\$2.85	\$3.90	\$2.84	\$4.23	\$3.60	\$4.93
45 - 54	\$3.70	\$5.45	\$4.25	\$6.05	\$4.67	\$6.88	\$5.37	\$7.64
55 - 64	\$5.80	\$9.20	\$6.40	\$9.75	\$7.33	\$11.62	\$8.08	\$12.32
65+	\$9.85	\$16.20	\$10.40	\$16.80	\$12.44	\$20.46	\$13.14	\$21.22
CÁNCER – \$20,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$2.20	\$3.70	\$3.40	\$4.90	\$2.78	\$4.67	\$4.29	\$6.19
25 - 34	\$2.80	\$4.40	\$3.90	\$5.60	\$3.54	\$5.56	\$4.93	\$7.07
35 - 44	\$4.50	\$6.70	\$5.70	\$7.80	\$5.68	\$8.46	\$7.20	\$9.85
45 - 54	\$7.40	\$10.90	\$8.50	\$12.10	\$9.35	\$13.77	\$10.74	\$15.28
55 - 64	\$11.60	\$18.40	\$12.80	\$19.50	\$14.65	\$23.24	\$16.17	\$24.63
65+	\$19.70	\$32.40	\$20.80	\$33.60	\$24.88	\$40.93	\$26.27	\$42.44
CÁNCER – \$30,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$3.30	\$5.55	\$5.10	\$7.35	\$4.17	\$7.01	\$6.44	\$9.28
25 - 34	\$4.20	\$6.60	\$5.85	\$8.40	\$5.31	\$8.34	\$7.39	\$10.61
35 - 44	\$6.75	\$10.05	\$8.55	\$11.70	\$8.53	\$12.69	\$10.80	\$14.78
45 - 54	\$11.10	\$16.35	\$12.75	\$18.15	\$14.02	\$20.65	\$16.11	\$22.93
55 - 64	\$17.40	\$27.60	\$19.20	\$29.25	\$21.98	\$34.86	\$24.25	\$36.95
65+	\$29.55	\$48.60	\$31.20	\$50.40	\$37.33	\$61.39	\$39.41	\$63.66

Tarifas del Plan*	24 Contribuciones del período de pago	19 Contribuciones del período de pago
INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA		
Empleado Solamente	\$12.17	\$15.37
Empleado + Cónyuge	\$22.41	\$28.31
Empleado + Hijo(s)	\$17.84	\$22.53
Familia	\$28.09	\$35.48

### Guía

EO – Empleado Solamente

ES – Empleado + Cónyuge

EC – Empleado + Hijo(s)

EF – Empleado + Familia



## CONTRIBUCIONES

# 2023 CONTRIBUCIONES DE LOS EMPLEADOS - ACCIDENTE, ENFERMEDAD CRÍTICA

Tarifas del Plan*	24 Contribuciones del período de pago		19 Contribuciones del período de pago	
Accident				
Tipo de Plan	Plan Base	Plan Alto	Plan Base	Plan Alto
Empleado Solamente	\$2.62	\$4.68	\$3.30	\$5.91
Empleado + Cónyuge	\$5.17	\$9.23	\$6.52	\$11.65
Empleado + Hijo(s)	\$5.98	\$10.69	\$7.55	\$13.50
Familia	\$7.32	\$13.08	\$9.25	\$16.52

Tarifas del Plan*	24 Contribuciones del período de pago				19 Contribuciones del período de pago			
ENFERMEDAD CRÍTICA – \$1,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$0.18	\$0.36	\$0.29	\$0.46	\$0.23	\$0.45	\$0.36	\$0.58
25 - 34	\$0.23	\$0.46	\$0.34	\$0.56	\$0.29	\$0.57	\$0.42	\$0.70
35 - 44	\$0.37	\$0.72	\$0.47	\$0.83	\$0.47	\$0.91	\$0.59	\$1.04
45 - 54	\$0.61	\$1.25	\$0.72	\$1.35	\$0.77	\$1.57	\$0.90	\$1.71
55 - 64	\$1.02	\$2.23	\$1.12	\$2.33	\$1.29	\$2.82	\$1.41	\$2.94
65+	\$1.90	\$4.27	\$2.00	\$4.37	\$2.39	\$5.39	\$2.52	\$5.51

ENFERMEDAD CRÍTICA – \$10,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$1.80	\$3.55	\$2.85	\$4.60	\$2.27	\$4.48	\$3.60	\$5.81
25 - 34	\$2.30	\$4.55	\$3.35	\$5.55	\$2.91	\$5.75	\$4.23	\$7.01
35 - 44	\$3.70	\$7.20	\$4.70	\$8.25	\$4.67	\$9.09	\$5.94	\$10.42
45 - 54	\$6.10	\$12.45	\$7.15	\$13.50	\$7.71	\$15.73	\$9.03	\$17.05
55 - 64	\$10.20	\$22.30	\$11.20	\$23.30	\$12.88	\$28.17	\$14.15	\$29.43
65+	\$18.95	\$42.65	\$19.95	\$43.65	\$23.94	\$53.87	\$25.20	\$55.14

ENFERMEDAD CRÍTICA – \$20,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$3.60	\$7.10	\$5.70	\$9.20	\$4.55	\$8.97	\$7.20	\$11.62
25 - 34	\$4.60	\$9.10	\$6.70	\$11.10	\$5.81	\$11.49	\$8.46	\$14.02
35 - 44	\$7.40	\$14.40	\$9.40	\$16.50	\$9.35	\$18.19	\$11.87	\$20.84
45 - 54	\$12.20	\$24.90	\$14.30	\$27.00	\$15.41	\$31.45	\$18.06	\$34.11
55 - 64	\$20.40	\$44.60	\$22.40	\$46.60	\$25.77	\$56.34	\$28.29	\$58.86
65+	\$37.90	\$85.30	\$39.90	\$87.30	\$47.87	\$107.75	\$50.40	\$110.27

ENFERMEDAD CRÍTICA – \$30,000								
Edad alcanzada	EO	ES	EC	EF	EO	ES	EC	EF
< 25	\$5.40	\$10.65	\$8.55	\$13.80	\$6.82	\$13.45	\$10.80	\$17.43
25 - 34	\$6.90	\$13.65	\$10.05	\$16.65	\$8.72	\$17.24	\$12.69	\$21.03
35 - 44	\$11.10	\$21.60	\$14.10	\$24.75	\$14.02	\$27.28	\$17.81	\$31.26
45 - 54	\$18.30	\$37.35	\$21.45	\$40.50	\$23.12	\$47.18	\$27.09	\$51.16
55 - 64	\$30.60	\$66.90	\$33.60	\$69.90	\$38.65	\$84.51	\$42.44	\$88.29
65+	\$56.85	\$127.95	\$59.85	\$130.95	\$71.81	\$161.62	\$75.60	\$165.41

Guía
EO – Empleado Solamente
ES – Empleado + Cónyuge
EC – Empleado + Hijo(s)
EF – Empleado + Familia



# GLOSARIO

## Coseguro

El dinero que un individuo debe pagar por los servicios, después del deducible ha sido pagado. Suele ser un porcentaje determinado de los cargos. Por ejemplo, el Empleado paga el 20% de la Tarifa contratada mientras que el Plan de Salud paga el 80%.

## Copagos

Un acuerdo en el que el individuo paga una cantidad determinada por varios servicios de atención médica y el plan de salud paga el resto. Por lo general, el individuo debe pagar su parte cuando se prestan los servicios. El concepto es similar al coseguro, salvo que los copagos son normalmente una cantidad fija en dólares (como \$20 por visita al consultorio), en lugar de un porcentaje de los cargos.

## Deducible

Es la cantidad anual de gastos médicos que un individuo debe pagar por determinados servicios. Los deducibles se reajustan anualmente.

## Máximo de bolsillo

La cantidad máxima que un afiliado puede pagar cada año por el deducible y el coseguro, y los copagos médicos. Después de alcanzar el máximo de bolsillo, el Plan paga el 100% de los cargos permitidos por los servicios cubiertos durante el resto del año natural.

## Período de eliminación

El periodo de tiempo que debe estar incapacitado, debido a una invalidez cubierta, antes de que se paguen los beneficios de este plan.

## Cuenta de Gastos Flexible

Se trata de una cuenta a nombre del Empleado que puede reembolsar al Empleado por gastos calificados de atención médica o de cuidado de dependientes. Básicamente, permite al empleado pre-financiar esos gastos calificados con dinero antes de impuestos deducido de su nómina. El Empleado puede recibir el reembolso en efectivo de los gastos cubiertos, hasta el valor total de la cuenta, pero la mayoría de los fondos sólo son utilizables durante el año del plan de beneficios.

## En la red

Se refiere a los médicos, hospitales u otros proveedores de asistencia médica que tienen contrato con el plan de seguros para prestar servicios a sus afiliados. Excepto en el caso de una emergencia, sus planes médicos sólo proporcionan cobertura dentro de la red, no hay cobertura fuera de la red, incluyendo laboratorios y centros de rayos X.

## Fuera de la red

Se refiere a los médicos, hospitales u otros proveedores de asistencia médica que no tienen contrato con el plan médico para prestar servicios a sus afiliados. Los servicios prestados por proveedores fuera de la red a través del plan médico pueden no estar cubiertos.

## Formulario 1095-C

Como un requisito de reporte de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, Fort Bend ISD proporciona este formulario a cualquier miembro que se le ofreció y/o se inscribió en la cobertura médica a través de FBISD durante el año anterior. Guarde el formulario para sus registros. Como lo permiten las reglas del IRS, la distribución de este formulario puede ocurrir después de la presentación de su declaración de impuestos federales personales. Dado que la información puede afectar las declaraciones de impuestos para usted, su cónyuge y sus dependientes, debe conservar una copia del formulario. Para obtener información sobre cómo su cobertura médica puede afectar a sus impuestos personales, le recomendamos que hable con su asesor fiscal personal.

## Participante de última hora

Empleados que no seleccionaron durante el periodo de su nueva contratación en el que es elegible para afiliarse.



# NOTAS



*Este resumen de beneficios preparado por*



**Gallagher**

Insurance | Risk Management | Consulting