



Le damos la bienvenida a su guía de beneficios

Esta guía está pensada como una referencia rápida de los beneficios disponibles para usted mediante Academy of Art University. Es importante que se tome el tiempo para comprender sus opciones, hacer preguntas y tomar decisiones en consecuencia.

Los detalles de los planes de beneficios descritos en esta guía están contenidos en los documentos oficiales del plan y de las pólizas, incluidos los contratos de seguro. Esta guía solo pretende resaltar los puntos principales de cada plan y no contiene todas las disposiciones, restricciones y exclusiones de la póliza que se incluyen en los documentos oficiales del plan y las Descripciones Resumidas del Plan (Summary Plan Descriptions, SPD).

Si alguna vez surge una pregunta sobre cualquiera de estos planes o políticas, o si existe un conflicto entre la información contenida en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan.

ÍNDICE

Bienvenida a su guía de beneficios.....	1
Sus beneficios en Academy of Art University	2
Opciones de planes médicos HMO	3
Cuenta de Reembolso de Salud (HRA).....	5
Opciones de planes médicos PPO	6
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	7
Planes odontológicos	8
Planes oftalmológicos.....	9
Sus aportes mensuales	10
Comparación de FSA/HRA/HSA	11
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	12
Programa para viajeros.....	15
Seguro de vida y AD&D.....	16
Seguro por incapacidad (a corto y largo plazo).....	17
Beneficios y ventajas adicionales	18
Contactos del corredor.....	20
Avisos federales 2025	21

Sus beneficios en Academy of Art University

En Academy of Art University creemos que nuestros empleados son nuestro activo más valioso, y nuestro equipo de Beneficios y Recursos Humanos se esfuerza por ofrecer un programa de beneficios integral y competitivo diseñado para proteger su salud y bienestar, así como los de sus seres queridos. Con la ayuda de consultores externos y recursos de datos, examinamos continuamente el valor de nuestros planes de beneficios para asegurarnos de que estamos al día con las tendencias del mercado y los enfoques innovadores para la atención médica y el bienestar financiero de nuestro personal.

Si bien la atención médica es un componente importante de cualquier programa de beneficios, Academy of Art University también ofrece una amplia gama de otras opciones de beneficios. Esta guía proporciona una descripción general del programa de beneficios, seguida de descripciones de las características principales de cada tipo de beneficio. Use esta guía como una herramienta sencilla para ayudarlo a tomar sus decisiones sobre beneficios y consulte la Descripción del plan resumida de cada corredor o el folleto para obtener descripciones más detalladas de la cobertura. Recuerde también que sus necesidades de cobertura pueden cambiar de un año a otro a medida que cambia su situación familiar. Durante cada Inscripción abierta anual, que se lleva a cabo cada otoño y tiene como fecha de vigencia el 1 de enero, debe reevaluar sus elecciones de beneficios y determinar si aún satisfacen sus necesidades.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Todos los empleados a tiempo completo tienen derecho a recibir beneficios. Los empleados a tiempo parcial que trabajan un promedio de al menos 30 horas por semana en un período de medición de un año también son elegibles para recibir beneficios. Puede inscribir a sus dependientes elegibles para cobertura médica, odontológica, oftalmológica, de vida y AD&D. Sus dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge o pareja de hecho registrada.*
- Sus hijos hasta los 26 años, incluidos los hijos de su pareja de hecho registrada.*
- Cualquier hijo dependiente que sea incapaz de mantenerse por sí mismo debido a una incapacidad mental o física.

*Consulte la sección Aviso obligatorio de este manual para obtener más información sobre la cobertura de pareja de hecho.

CESE DE LA COBERTURA

Su cobertura médica, de medicamentos con receta, HRA, odontológica y oftalmológica finaliza el último día del mes en el que ya no es elegible para recibir beneficios. Para la FSA para la atención médica, la FSA de uso limitado y la FSA para la atención de dependientes, consulte las páginas de FSA en esta guía. Para los beneficios del seguro de vida/AD&D y por incapacidad, su cobertura finaliza su último día de empleo.

HACER CAMBIOS

Cualquier cambio que realice en sus opciones de plan médico durante la inscripción abierta tendrá vigencia para el período del plan del 1 de enero al 31 de diciembre, a menos que tenga un cambio en su estado familiar (un evento que califica). Debido a que muchos de sus beneficios están disponibles antes de impuestos, el IRS requiere que tenga un cambio en el estado familiar para poder realizar cambios durante el año. Los eventos que califican incluyen:

- Matrimonio o divorcio.
- Nacimiento, adopción o cambio de custodia de un dependiente elegible.
- Una pareja de hecho que se convierte en cónyuge (matrimonio). Una vez inscrito como cónyuge, los ingresos imputados ya no son aplicables.

- La pérdida de cobertura debido a la muerte de un cónyuge o pareja de hecho registrada.
- Pérdida o ganancia de cobertura debido al cambio de empleo del cónyuge o pareja de hecho registrada.
- Licencia sin goce de sueldo por parte suya, de su cónyuge o de su pareja de hecho registrada.
- Un cambio de empleo (ya sea el suyo, el de su cónyuge o el de su pareja de hecho registrada) de tiempo parcial a tiempo completo o de tiempo completo a tiempo parcial.
- Un aumento en el costo de la cobertura de atención médica para usted o su cónyuge o pareja de hecho registrada debido al empleo de su cónyuge o pareja de hecho registrada.
- Un aumento en el costo o una reducción en sus beneficios de atención médica de Academy of Art University.
- Ser elegible o perder la cobertura de un plan de Medicaid o estatal (es decir, MediCal).

Si tiene un evento que califica en un momento distinto al de inscripción abierta, puede cambiar su inscripción iniciando sesión en Workday, haciendo clic en sus beneficios actuales y en “Change Benefits” (Cambiar beneficios). El cambio en sus beneficios debe corresponderse con el cambio en su situación familiar. **Recuerde que los dependientes recientemente elegibles, incluidos recién nacidos, cónyuges y parejas de hecho registradas, solo pueden agregarse a sus planes dentro de los 30 días posteriores a la fecha del evento de vida que califica.** La fecha de vigencia de la cobertura debido a un evento de vida que califica será la fecha del evento.

Si necesita ayuda, comuníquese con su equipo de Recursos de Beneficios por correo electrónico o teléfono:

ArtUBenefits@relationinsurance.com o
(844) ArtU-111 (844-278-8111).

¿Tiene preguntas sobre el proceso de inscripción anual en Workday? Comuníquese con el equipo de Beneficios de ArtU: **benefits@academyart.edu.**

Opciones de planes médicos HMO

Nos complace informarle que el plan **Blue Shield Access Plus HMO** seguirá disponible para aquellos actualmente inscritos en Blue Shield Access Plus HMO. Sin embargo, **tenga en cuenta que este plan estará cerrado para nuevos inscritos.**

Ambos planes de Blue Shield ofrecen **beneficios similares**, pero el plan **Blue Shield Trio HMO** introduce **ajustes que pueden resultar en ahorros de costos** para muchos miembros. Al seleccionar **Blue Shield Trio HMO**, puede beneficiarse de **primas más bajas y gastos de bolsillo reducidos**, mientras sigue disfrutando de la misma cobertura integral.

Si se inscribe en **Blue Shield Trio HMO**, debe seleccionar un médico de atención primaria (PCP) llamando a Blue Shield Trio HMO al **(855) 829-3566** o visitando **blueshieldca.com**. Su PCP le brindará servicios de rutina y lo derivará a otros proveedores dentro de la red de Blue Shield cuando sea necesario.

Si se inscribe en **Kaiser HMO**, debe seleccionar un médico de atención primaria registrándose en **kp.org** o puede llamar a servicios para miembros al **(800) 464-4000**. Si no selecciona un PCP durante la inscripción, Kaiser puede asignarle uno.

Revise cuidadosamente los detalles del plan para determinar qué opción se adapta mejor a sus necesidades.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES	BLUE SHIELD ACCESS PLUS HMO (CERRADO PARA NUEVOS INSCRITOS)	BLUE SHIELD TRIO HMO (SOLO CALIFORNIA)	KAISER HMO (SOLO CALIFORNIA)
Deducible anual	\$2,000 Individual/\$4,000 Familiar	\$2,000 Individual/\$4,000 Familiar	\$3,000 Individual/\$6,000 Familiar
Máximo para gastos de bolsillo	\$3,500 Individual/\$7,000 Familiar	\$3,500 Individual/\$7,000 Familiar	\$6,000 Individual/\$12,000 Familiar
Reembolso del deducible de HRA	Solo empleado: \$1,000 Empleado + Dependiente(s): \$2,000	Solo empleado: \$1,000 Empleado + Dependiente(s): \$2,000	Solo empleado: \$1,500 Empleado + Dependiente(s): \$3,000
SERVICIOS MÉDICOS			
Copago por visita al consultorio	\$30 de copago	\$30 de copago	\$40 de copago
Copago por visita al consultorio de un especialista	Access+ (autoderivación): copago de \$35 Otro (derivado por el médico de atención primaria): copago de \$45	\$30 de copago	\$50 de copago
Telesalud	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención de urgencia	\$30 de copago	\$30 de copago	\$40 de copago; no aplica deducible
Radiografías y análisis de laboratorio de rutina	Diagnóstico: sin cargo Imágenes (TC/PET/IRM): 20% hasta \$150/procedimiento	Diagnóstico: sin cargo Imágenes (TC/PET/IRM): 30% hasta \$150/procedimiento	Diagnóstico: \$15 de copago después del deducible Imágenes (TC/PET/IRM): 30% hasta \$150/procedimiento
Quiropráctica y acupuntura*	\$10/consulta (hasta 60 consultas)	\$10/consulta (hasta 60 consultas)	\$40 de copago después del deducible
ATENCIÓN PREVENTIVA			
Examen preventivo de rutina	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Examen de mujer sana	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Examen de niño sano	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
SERVICIOS HOSPITALARIOS			
Hospitalización	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Paciente ambulatorio	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Sala de emergencias	\$150 de copago más 20% Transporte: \$100 por viaje	\$150 de copago más 20% Transporte: \$100 por viaje	30% después del deducible Transporte: \$150 por viaje
SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS			
Paciente ambulatorio	\$30 de copago	\$30 de copago	\$40 de copago; no aplica deducible Consulta colectiva: \$5 de copago
Paciente hospitalizado	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
MEDICAMENTOS CON RECETA			
Recetas (venta al por menor por 30 días) <i>El deducible del plan no aplica</i>	Categoría 1: \$10 de copago Categoría 2: \$25 de copago Categoría 3: \$40 de copago Categoría 4: 30% \$250 máx.	Categoría 1: \$10 de copago Categoría 2: \$25 de copago Categoría 3: \$40 de copago Categoría 4: 20% hasta \$250	Categoría 1 (genérico): \$10 de copago Categoría 2 (marca): \$30 de copago Categoría 3 (especialidad): 20% sin exceder \$250
Pedido por correo de recetas médicas (90 días)	Categoría 1: \$30 de copago Categoría 2: \$75 de copago Categoría 3: \$120 de copago Categoría 4: 20% \$750 máx.	Categoría 1: \$30 de copago Categoría 2: \$75 de copago Categoría 3: \$120 de copago Categoría 4: 20% hasta \$750	Categoría 1 (genérico): \$20 de copago Categoría 2 (marca): \$60 de copago Categoría 3 (especialidad): sin cobertura

* Los servicios cubiertos deben ser determinados como médicamente necesarios por American Specialty Health Plans of California, Inc. (Planes ASH).

La información anterior es solo un resumen. Consulte su evidencia de cobertura para obtener detalles completos de los beneficios, restricciones y exclusiones del plan.

Opciones de planes médicos HMO

Academy of Art University ofrece un plan HMO para empleados en Hawái: **HMSA HMO**. Este plan utiliza la red HMSA HMO.

Si se inscribe en **HMSA HMO**, debe seleccionar un médico de atención primaria (PCP) llamando a HMSA al **(866) 939-6013** o visitando hmsaonlinecare.com/loginConsumer.htm. Su PCP le brindará servicios de rutina y lo derivará a otros proveedores dentro de la red de HMSA cuando sea necesario.

Revise cuidadosamente los detalles del plan para determinar qué opción se adapta mejor a sus necesidades.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES	HMSA HMO (SOLO EMPLEADOS DE HAWÁI)
Deducible anual	Ninguno
Máximo para gastos de bolsillo	\$2,500 Individual/\$7,500 Familiar
SERVICIOS MÉDICOS	
Copago por visita al consultorio	\$20 de copago
Copago por visita al consultorio de un especialista	\$20 de copago
Atención en línea de HMSA	Sin cargo
Atención de urgencia	\$20 de copago
Radiografías y análisis de laboratorio de rutina	Diagnóstico: \$10 de copago después del deducible Imágenes (TC/PET/IRM): 20%
Servicios quiroprácticos	\$40 de copago después del deducible
ATENCIÓN PREVENTIVA	
Examen preventivo de rutina	Sin cargo
Examen de mujer sana	Sin cargo
Examen de niño sano	Sin cargo
SERVICIOS HOSPITALARIOS	
Hospitalización	10% después del deducible
Paciente ambulatorio	10% después del deducible
Sala de emergencias	\$100 copago / Transporte: 20%
SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS	
Paciente ambulatorio	10% después del deducible
Paciente hospitalizado	10% después del deducible
MEDICAMENTOS CON RECETA	
Recetas (venta al por menor por 30 días)	Categoría 1 (genérico): \$7 de copago Categoría 2 (preferencial): \$30 de copago Categoría 3 (no preferencial): \$30 de copago, más \$45 de costo compartido de la categoría 3 Categoría 4 (especialidad preferencial): \$100 de copago Categoría 5 (especialidad no preferencial): \$200 de copago
Pedido por correo de recetas médicas (90 días)	Categoría 1 (genérico): \$11 de copago Categoría 2 (preferencial): \$65 de copago Categoría 3 (no preferencial): \$65 de copago, más \$135 de costo compartido de la categoría 3 Categoría 4 (especialidad preferencial): sin cobertura Categoría 5 (especialidad no preferencial): sin cobertura

Cuenta de Reembolso de Salud (HRA)

En Academy of Art University, reconocemos que el costo de la atención médica aumenta cada año que pasa. Nuestro objetivo siempre ha sido ofrecerle el paquete de beneficios más completo, asequible y competitivo posible. Academy of Art University continuará apoyando los gastos de nuestros empleados aportando a sus deducibles por medio de una Cuenta de Reembolso de Salud (HRA) administrada por el proveedor *HSA Bank*. El reembolso del deducible de la HRA reemplaza la Tarjeta de diferencia (Difference Card) MERP y funciona de la misma manera. **Si tiene fondos restantes en su cuenta MERP, debe enviar reclamaciones por gastos médicos deducibles de 2024 a la Tarjeta de diferencia antes del 1 de marzo de 2025. Las reclamaciones presentadas después de esta fecha serán rechazadas y los fondos no utilizados se perderán.**

Las personas con los siguientes planes médicos serán elegibles para el reembolso del deducible mediante la HRA administrada por el proveedor *HSA Bank*.

- **Kaiser HMO**
 - **Solo para empleados**, el plan reembolsa los primeros **\$1,500** de gastos deducibles
 - Para los **empleados con dependientes**, el plan reembolsa los primeros **\$3,000** de gastos deducibles
- **Blue Shield Trio HMO y Blue Shield Access Plus HMO**
 - **Solo para empleados**, el plan reembolsa los primeros **\$1,000** de gastos deducibles
 - Para los **empleados con dependientes**, el plan reembolsa los primeros **\$2,000** de gastos deducibles

CUENTA DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA): CÓMO FUNCIONA

- **Academy of Art University aporta dinero libre de impuestos a su cuenta.** Estos fondos se utilizarán para compensar el deducible de su plan médico. Estas reclamaciones se debitan automáticamente de su HRA.
 - Con la opción HRA, solo Academy of Art University aporta a su cuenta.
- **Si anteriormente estuvo inscrito en el Plan HRA** y se cambia al Plan PPO o HSA, perderá todo el dinero que quede en su cuenta HRA a partir del 31 de diciembre de 2025.
- **Los montos no utilizados de 2024 no se traspasan para ser usados en gastos elegibles en 2025.** Los saldos se restablecen a \$1,000 para el empleado y \$2,000 para el empleado con dependientes si está inscrito en planes Blue Shield HMO y \$1,500 para el empleado y \$3,000 para el empleado con dependientes en el plan Kaiser.

¿ES ELEGIBLE PARA UNA HRA?

Las HRA son establecidas y financiadas únicamente por su empleador. Por lo tanto, los autónomos no son elegibles para una HRA.

Los empleadores solo pueden ofrecer una HRA a empleados activos en combinación con un plan de salud colectivo patrocinado por el empleador.

CONTACTE A HSA BANK

Teléfono: (800) 357-6246

Sitio web: hsabank.com

¡Descargue la aplicación móvil de HSA Bank!

[Google Play](#) | [App Store](#)

Opciones de planes médicos PPO

Academy of Art University ofrece un plan PPO para empleados de California y de otros estados: **Blue Shield PPO**. Este plan utiliza una red específica de proveedores de atención médica denominada red de proveedores PPO completa. La Universidad aportará hasta \$1,250 solo para empleados y \$2,500 por familia a su cuenta de ahorros para la salud. Pagará menos por los servicios cubiertos cuando utiliza un proveedor participante en lugar de un proveedor no participante. Los proveedores de esta red se denominan proveedores participantes. Puede encontrar proveedores participantes en esta red en blueshieldca.com o llamar al (888) 256-1915.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES	BLUE SHIELD PPO EMPLEADOS DE CALIFORNIA		BLUE SHIELD PPO EMPLEADOS DE OTROS ESTADOS (OOS)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$3,500 Individual/\$7,000 Familiar		\$3,500 Individual/\$7,000 Familiar	
Máximo para gastos de bolsillo	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$10,000 Individual \$20,000 Familiar	\$6,000 Individual \$12,000 Familiar	\$10,000 Individual \$20,000 Familiar
Aportes a la HSA	Empleados: \$1,250 Empleados + Dependiente(s): \$2,500		Empleados: \$1,250 Empleados + Dependiente(s): \$2,500	
SERVICIOS MÉDICOS				
Copago por visita al consultorio	35%	50%	35%	50%
Copago por visita al consultorio de un especialista	35%	50%	35%	50%
Telesalud	35%	50%	35%	50%
Atención de urgencia	35%	50%	35%	50%
Radiografías y análisis de laboratorio de rutina	35%	50%	35%	50%
ATENCIÓN PREVENTIVA				
Examen preventivo de rutina	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cargo	Sin cobertura
Examen de mujer sana	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cargo	Sin cobertura
Examen de niño sano	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cargo	Sin cobertura
SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Hospitalización	35%	50%	35%	50%
Paciente ambulatorio	35%	50%	35%	50%
Sala de emergencias	\$150 de copago más 35%	\$150 de copago más 35%	\$150 de copago más 35%	\$150 de copago más 35%
SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS				
Paciente ambulatorio	35%	50%	35%	50%
Paciente hospitalizado	35%	50%	35%	50%
MEDICAMENTOS CON RECETA				
Recetas (venta al por menor para 30 días/90 días) <i>El deducible del plan no aplica</i>	Categoría 1: \$10 de copago Categoría 2: \$25 de copago Categoría 3: \$40 de copago Categoría 4: 30% hasta \$250	Suministro solo para 30 días Categoría 1: 25% + \$10 de copago Categoría 2: 25% + \$25 de copago Categoría 3: 25% \$40 de copago Categoría 4: 30% hasta \$250 + 25%	Categoría 1: \$10 de copago Categoría 2: \$25 de copago Categoría 3: \$40 de copago Categoría 4: 30% hasta \$250	Suministro solo para 30 días Categoría 1: 25% + \$10 de copago Categoría 2: 25% + \$25 de copago Categoría 3: 25% \$40 de copago Categoría 4: 30% hasta \$250 + 25%
Pedido por correo de recetas (31-90 días) <i>El deducible del plan no aplica</i>	Categoría 1: \$20 de copago Categoría 2: \$50 de copago Categoría 3: \$80 de copago Categoría 4: 30% hasta \$50	Sin cobertura	Categoría 1: \$20 de copago Categoría 2: \$50 de copago Categoría 3: \$80 de copago Categoría 4: 30% hasta \$500	Sin cobertura

La información anterior es solo un resumen. Consulte su evidencia de cobertura para obtener detalles completos de los beneficios, restricciones y exclusiones del plan.

Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

En Academy of Art University, reconocemos que el costo de la atención médica aumenta cada año que pasa. Nuestro objetivo siempre ha sido ofrecerle el paquete de beneficios más completo, asequible y competitivo posible. Academy of Art University continuará apoyando los gastos de nuestros empleados aportando fondos a su cuenta de ahorros para la salud.

La cuenta HSA de *HealthEquity* mediante Blue Shield se suspenderá el 31 de diciembre de 2024. No es necesario realizar ninguna acción si tiene una HSA de *HealthEquity* vigente. Puede continuar administrando su cuenta y enviando reclamaciones a través de *HealthEquity* mientras haya saldo. Los aportes cesarán el 31 de diciembre de 2024. Si continúa inscrito en un plan PPO de Blue Shield para 2025, se creará una nueva cuenta HSA con *HSA Bank*; ellos le proporcionarán instrucciones para transferir los fondos no usados (esto es opcional).

La Universidad aportará hasta **\$1,250 solo para empleados y \$2,500 para empleados con dependientes en su HSA**, de manera prorrateada por período de pago. Además del aporte de la Universidad, las personas pueden aportar los siguientes montos antes de impuestos a la HSA para alcanzar el monto máximo permitido según las pautas del IRS:

Solo empleado: \$3,050

- **Empleados con dependientes: \$6,050**
- **Los empleados mayores de 55 años pueden aportar \$1,000 adicionales**

Nota: el aporte máximo combinado de la HSA del IRS es de \$4,300 por persona y \$8,550 por familia. Los empleados mayores de 55 años pueden aportar \$1,000 adicionales por año.

APORTAR A SU HSA

Aportar a su HSA es fácil y conveniente. HSA Bank le ofrece múltiples formas de aportar a su cuenta.

- **Deducciones de nómina.** Si se inscribe en un plan médico PPO de Blue Shield, puede realizar aportes antes de impuestos a su HSA desde su cheque de pago.
- **Transferencias en línea.** Puede aportar a su cuenta a través del sitio web para miembros de HSA Bank.
- **Transferencias o traspasos.** Una vez abierta su cuenta HSA, las regulaciones del IRS permiten la transferencia o traspaso de fondos a una HSA desde una HSA o MSA (Cuenta de Ahorros Médicos) existente. Para obtener más información sobre cómo consolidar sus HSA o transferir fondos, visite hsabank.com/transfer.

PAGUE LOS GASTOS QUE CALIFICAN POR EL IRS CON SU HSA

Es fácil pagar los gastos médicos calificados por el IRS con una HSA. HSA Bank ofrece varias opciones convenientes para pagar gastos de atención médica actuales o futuros, que incluyen deducibles, coseguro, recetas, atención oftalmológica, dental y más.

Una HSA es una cuenta única con ventajas fiscales que puede usarse para gastos de atención médica actuales o futuros. Para pagar un servicio o realizar una compra, es necesario que haya fondos disponibles en su cuenta HSA.

- **Use su tarjeta de beneficios de salud:** la tarjeta de débito para los beneficios de salud de HSA Bank le brinda acceso a los fondos de su HSA en el punto de venta con firma o PIN. HSA Bank limita las transacciones con tarjetas de débito en el punto de venta a los comerciantes médicos. Las transacciones con tarjeta de débito están limitadas a su saldo actual.
- **Pagar en línea:** puede pagar a un proveedor directamente desde su HSA en el sitio web para miembros o la aplicación móvil.

REEMBOLSO PROPIO DE LOS GASTOS MÉDICOS DE BOLSILLO

Puede reembolsar desde su HSA los gastos médicos calificados por el IRS que haya pagado de su bolsillo. Existen múltiples opciones para acceder a sus fondos.

- **Tarjeta de débito de beneficios de salud de HSA Bank.** Puede usar su tarjeta de débito de beneficios de salud de HSA Bank en un cajero automático para reembolsarse los gastos de bolsillo elegibles (puede aplicarse una tarifa de transacción).

Nota: al retirar fondos de una HSA de un cajero automático, asegúrese de seleccionar la opción "checking" (cuenta corriente) y no de ahorros cuando se le pregunte el tipo de cuenta de la que está retirando.

- **Transferencia en línea.** En el sitio web para miembros de HSA Bank, puede transferir fondos desde su HSA a una cuenta bancaria externa, como una cuenta corriente o de ahorros personal. Hay un límite de transferencia diaria de \$2500 para protegerse contra actividades fraudulentas.

Nota: Podrá reembolsarse los gastos médicos calificados por el IRS en los que incurra a partir de la fecha de establecimiento de su HSA. Por ejemplo, si la fecha de establecimiento de su HSA es el 1 de enero, puede reembolsarse los gastos incurridos en esa fecha o después.

CONTACTE A HSA BANK

Teléfono: (800) 357-6246 **Fax:** (877) 851-7041

Sitio web: hsabank.com

Dirección postal para presentar reclamaciones:

P.O. Box 2744, Fargo ND 58108-2744

iDescargue la aplicación móvil de HSA Bank!

[Google Play](#) | [App Store](#)

Planes odontológicos

Academy of Art University ofrece a sus empleados la posibilidad de elegir entre dos planes odontológicos mediante Blue Shield of California. Con cualquiera de los planes, no es necesario elegir un dentista de la red PPO. Si elige un dentista de la red PPO, tendrá gastos de bolsillo más bajos porque Blue Shield negocia tarifas más bajas con los dentistas de la red y le transfiere los ahorros a usted. Puede encontrar una lista de dentistas participantes en blueshieldca.com o llamar al (800) 702-4171.

Los porcentajes de coseguro representan su responsabilidad financiera.

PLAN ODONTOLÓGICO PPO DE BLUE SHIELD*				
BENEFICIOS	PLAN BÁSICO		PLAN MEJORADO	
	DENTISTAS DENTRO DE LA RED	DENTISTAS FUERA DE LA RED	DENTISTAS DENTRO DE LA RED	DENTISTAS FUERA DE LA RED
Deducible por año calendario	\$50 individual \$150 familiar Exento para atención preventiva		\$50 individual \$150 familiar Exento para atención preventiva	
Máximo por año calendario	\$1,000 individual		\$1,500 individual	
Servicios preventivos y de diagnóstico (Límite de 2 limpiezas por año)	Sin cargo*	20%	Sin cargo*	
Servicios básicos (Empastes, extracciones, periodoncia, etc.)	20%	40%	20%	20%
Servicios principales (Coronas, puentes, prótesis dental, etc.)	50%	50%	50%	50%
Ortodoncia	Sin cobertura		Sin cobertura	

*Los beneficios que Blue Shield of California paga a su dentista por atención preventiva se aplican a su máximo del año calendario incluso si no debe nada. Usted será responsable del costo de los servicios preventivos y de diagnóstico si ya ha agotado su beneficio máximo para el año en el momento del servicio.

EL SIGUIENTE PLAN ES SOLO PARA EMPLEADOS DE HAWÁI

Puede encontrar una lista de dentistas participantes en <https://hmsadental.com/find-a-dentist> o llamar al (800) 776-4672.

Los porcentajes de coseguro representan su responsabilidad financiera.

PLAN ODONTOLÓGICO HMSA:	
BENEFICIOS	DENTISTAS DENTRO DE LA RED
Máximo por año calendario	\$1,500
Traspaso por año calendario	Hasta \$500 (acumulación máxima de \$1,250)
Servicios preventivos y de diagnóstico (Límite de 2 limpiezas por año)	Sin cargo
Servicios básicos (Empastes, extracciones, periodoncia, etc.)	30%
Servicios principales (Coronas, puentes, prótesis dental, etc.)	50% (período de espera de 12 meses)
Ortodoncia	Sin cobertura

Plan oftalmológico

Academy of Art University le ofrece cobertura de atención oftalmológica mediante Blue Shield of California Vision. Con Blue Shield Vision, puede recibir servicios de atención oftalmológica de cualquier proveedor que elija. Sin embargo, recibirá el mayor nivel de cobertura cuando utilice proveedores de la red. La mayoría de los servicios elegibles a los que se accede mediante proveedores de la red están cubiertos al 100% hasta la asignación del plan para un servicio específico. La atención oftalmológica a la que se accede por medio de proveedores fuera de la red está cubierta en niveles inferiores. Puede encontrar una lista de proveedores participantes en blueshieldca.com o llamando al (877) 601-9083.

Los copagos representan su responsabilidad financiera.

BLUE SHIELD VISION		
FRECUENCIA DEL BENEFICIO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen	Una vez por año calendario	
Lentes	Una vez por año calendario	
Armazones	Una vez por año calendario	
Lentes de contacto (en lugar de lentes y armazones)	Una vez por año calendario	
DISPOSICIONES DEL PLAN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen	\$20 de copago	Hasta \$60
Anteojos (lentes y armazones)	\$20 de copago	Hasta \$85
Lentes de contacto en lugar de anteojos	\$20 de copago más todos los cargos superiores a \$130	Hasta \$250
Prueba de detección retinal	\$39	Costo adicional no cubierto
Lentes de contacto	Cubierto hasta \$130 de copago	Hasta \$85
Armazones	\$20 de copago más todos los cargos superiores a \$130	Hasta \$85

EL SIGUIENTE PLAN ES SOLO PARA EMPLEADOS DE HAWÁI

Puede encontrar una lista de proveedores participantes en <https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/hmsa/en> o llamar al (800) 776-4672.

Los porcentajes de coseguro representan su responsabilidad financiera.

HMSA VISION		
FRECUENCIA DEL BENEFICIO	ADULTO	INFANTIL
Examen	Una vez por año calendario	
Lentes	Una vez por año calendario	
Armazones	Una vez por año calendario	
Lentes de contacto (en lugar de lentes y armazones)	Una vez por año calendario	
DISPOSICIONES DEL PLAN	ADULTO	INFANTIL
Examen	Sin cargo	Sin cargo
Anteojos (lentes y armazones)	\$25 de copago	\$25 de copago
Lentes de contacto	Hasta \$110 de asignación	Hasta \$110 de asignación
Lentes de policarbonato	Sin cobertura	Sin cargo
Un armazón para anteojos (uno cada dos años calendario)	Cubierto hasta \$130 de copago	Hasta \$85
Beneficios adicionales		
Ajuste de los lentes de contacto	Sin cobertura	Sin cobertura

Sus aportes mensuales

	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO*	EMPLEADO + HIJO(S)	EMPLEADO + FAMILIA*
KAISER HMO	\$82.22	\$1,020.79	\$557.55	\$1,463.29
BLUE SHIELD ACCESS PLUS HMO (PLAN CON DERECHOS ADQUIRIDOS: NO SE ADMITEN NUEVOS INSCRIPTOS)	\$230.91	\$1,089.24	\$901.49	\$2,193.83
BLUE SHIELD TRIO HMO	\$90.99	\$932.36	\$584.51	\$1,559.30
BLUE SHIELD PPO (EMPLEADOS DE CALIFORNIA)	\$220.49	\$1,361.34	\$1,005.69	\$2,277.03
BLUE SHIELD PPO (EMPLEADOS DE OTROS ESTADOS)	\$166.51	\$1,195.24	\$980.89	\$2,310.22
PLAN BÁSICO ODONTOLÓGICO DE BLUE SHIELD	\$0	\$36.03	\$31.87	\$66.91
PLAN ODONTOLÓGICO MEJORADO DE BLUE SHIELD	\$22.48	\$85.10	\$78.04	\$138.25
BLUE SHIELD VISION	\$0	\$3.36	\$4.02	\$8.48

*Si cubre a una pareja de hecho o al hijo de su pareja de hecho, las primas de la cobertura se pagan con deducciones después de impuestos e ingresos imputados.

COSTO DEL PLAN PARA EMPLEADOS DE HMSA

El año del plan se extiende del 1 de julio de 2025 al 30 de junio de 2026. Las tarifas incluyen el costo de los planes HMSA HMO, odontológicos y oftalmológicos.

	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + DEPENDIENTE/ PAREJA DE HECHO*	EMPLEADO + 2 O MÁS DEPENDIENTES
HMSA HMO	\$96.18	\$1,130.56	\$1,817.79



Comparación de FSA, HRA y HSA

TIPO DE CUENTA	CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (FSA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA)	CUENTA DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA)	CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)
Descripción	Cuenta financiada por empleados utilizada para reembolsar gastos médicos elegibles.	Cuenta financiada por el empleador para reembolsar a los empleados los gastos médicos elegibles.	Cuenta de ahorros establecida con el propósito de pagar gastos médicos actuales o futuros.
Titularidad de la cuenta	Empleador	Empleador	Individual/Empleado
¿Quién puede abrir la cuenta?	Los empleadores en nombre de sus empleados.	Los empleadores en nombre de sus empleados.	Cualquier persona que cumpla con los requisitos de elegibilidad. Esta no tiene que ser necesariamente una cuenta basada en el empleo.
¿Quién puede aportar a la cuenta?	El empleado y/o empleador.	El empleador (no se permiten aportes de los empleados).	Los aportes pueden realizarse por el titular de la cuenta y/o el empleador.
¿Quién es elegible?	Empleados actuales (la cobertura también puede elegirse para cubrir al cónyuge y dependientes).	Empleados actuales (la cobertura también puede elegirse para cubrir al cónyuge y dependientes).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Debe estar cubierto por un Plan de Salud que Califica con Deducible Alto (HDHP). 2. No debe estar cubierto por ningún otro plan que no sea un HDHP que califica. 3. No debe estar inscrito en Medicare o Tricare. 4. No debe ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
¿Quién no es elegible?	Los participantes de una HSA no pueden aportar también a una FSA para la atención médica. Solo pueden participar en una FSA limitada mientras estén inscritos en un plan HSA.	Participantes en los planes médicos PPO o HSA.	Nadie que no cumpla con los criterios de elegibilidad puede realizar ni recibir aportes, pero el titular de la cuenta o su cónyuge/dependientes pueden retirar, libres de impuestos, los fondos que ya se encuentran en la cuenta para gastos médicos que califican. Si un hijo sigue siendo dependiente fiscal (hasta los 19 años o, si es estudiante a tiempo completo, hasta los 24 años), los gastos de bolsillo médicos de su hijo se pueden pagar con su HSA. Su hijo puede seguir cubierto por el plan médico hasta los 26 años, independientemente de su condición de estudiante.
¿La cuenta debe estar vinculada a un plan de salud?	El empleador debe ofrecer un plan de salud a los empleados para cumplir con la definición de Beneficio con Excepciones. No es necesario ofrecer ningún plan de salud con cuentas FSA de la salud de propósito limitado. Los empleados pueden inscribirse en una FSA y renunciar al pago de gastos médicos.	Debe estar inscrito en el Plan HRA para participar en el HRA.	Los aportes solo se pueden realizar mientras esté inscrito en un HDHP calificado.
Ventajas fiscales (individual)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aportaciones antes de impuestos mediante la reducción salarial. 2. Los reembolsos están libres de impuestos. 	Los reembolsos están libres de impuestos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aportes antes de impuestos/deducibles de impuestos. 2. Crecimiento con impuestos aplazados. 3. Distribuciones libres de impuestos para gastos médicos que califican.
Límites de aporte anual para 2025	El límite es de \$3,300 para reducciones salariales de los empleados, pero los empleadores pueden establecer límites más bajos si así lo desean. Pueden aplicarse algunas restricciones a los aportes del empleador.	Kaiser: \$1,500 para el plan individual \$3,000 para el plan familiar Blue Shield: \$1,000 para el plan individual \$2,000 para el plan familiar	\$4,300 para el plan individual (ArtU + aportes de los empleados), \$8,550 para el plan familiar (ArtU + aportes de empleados), \$1,000 de aporte de recuperación para personas de 55 años o más.
¿Los fondos se traspasan?	Las FSA siguen una regla de "lo usa o lo pierde", lo que significa que los fondos no utilizados en su FSA de propósito limitado se pierden al final del año.	Sin traspaso.	La HSA se traspasa al 100%.
Gastos elegibles	Reembolso de cualquier gasto definido por la Sección 213(d) del Código del IRS.	Reembolso de los gastos deducibles del Plan HMO, definido por la Sección 213(d) del Código del IRS.	Definido por la Sección 213(d) del Código del IRS. Consulte la Publicación 502 del IRS para obtener una lista parcial de gastos que califican.
Gastos no elegibles	Los fondos no se pueden utilizar para gastos no elegibles.	Los fondos no se pueden utilizar para gastos no elegibles.	Sujeto a impuestos sobre la renta y una multa del 20% para personas menores de 65 años. Sujeto al impuesto sobre la renta solo si tiene más de 65 años.
Sujeto a COBRA	Las circunstancias varían.	Sí.	No, pero las cuentas son portables.

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

Si sabe que va a tener gastos de bolsillo por la atención médica o la atención de dependientes (atención infantil o de ancianos) durante el año, es posible que desee inscribirse en una o ambas opciones del plan de cuenta de gastos flexibles.

Existen tres tipos de FSA:

1. **La FSA para la atención médica** se utiliza para pagar sus gastos de bolsillo para la atención médica y los de sus dependientes elegibles y solo está disponible para aquellos inscritos en los planes Blue Shield Access Plus HMO, Blue Shield Trio HMO, Kaiser HMO o HMSA HMO.
2. **La FSA de propósito limitado (LPFSA)** se utiliza para pagar sus gastos de bolsillo en odontología y oftalmología para usted y sus dependientes elegibles.***
3. **La FSA para la atención de dependientes** se utiliza para pagar los gastos de atención diurna elegibles para niños o ancianos dependientes.

La Tarjeta de Diferencia (Difference Card) de la FSA dejará de estar disponible el 31 de diciembre de 2024. Si tiene una Tarjeta de Diferencia de la FSA vigente, puede continuar administrando su cuenta y enviando reclamaciones mediante la Tarjeta de Diferencia mientras haya saldo. Las deducciones cesarán el 31 de diciembre de 2024. Tiene hasta el 1 de marzo de 2025 para presentar reclamaciones de reembolso a la Tarjeta de Diferencia. Cualquier reclamación realizada a partir del 2 de marzo de 2025 se perderá. Si se inscribe en una FSA para el año del plan 2025, se creará una nueva FSA en HSA Bank.

A CONTINUACIÓN SE MUESTRA COMO FUNCIONAN LAS CUENTAS:

- Usted decide cuánto aportar:
 - Hasta \$3,300 al año en la FSA para la atención médica/FSA de propósito limitado*
 - Hasta \$5,000 al año en la FSA para la atención de dependientes**
- El monto que decide aportar se deduce de su salario en cuotas iguales durante el año del plan.
- Usted no paga ningún impuesto federal sobre la renta ni impuestos FICA sobre sus aportes.
- Cuando tenga un gasto elegible, puede usar su tarjeta de débito de HSA Bank, que también actúa como tarjeta de crédito, para pagar el gasto o presentar una reclamación con un recibo de pago a través del sitio web para miembros de HSA Bank, hsabank.com.
- Una vez que alcance el deducible de su plan de salud, HSA Bank le permite usar los fondos de LPFSA para gastos médicos que califican adicionales, incluidos copagos y otros gastos de bolsillo.

** Cualquier aporte que haya realizado con un empleador anterior en 2025 no cuenta para el máximo anual.*

*** Cualquier aporte que haya realizado con un empleador anterior en 2025 cuenta para el máximo anual.*

**** Si cumple con el deducible de su plan médico, puede convertir su FSA de propósito limitado. Para convertir su cuenta en una FSA para la atención médica, deberá completar un formulario de certificación disponible en HSA Bank.*

FSA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (HCFSA)

Puede aportar hasta \$3,300 por año a la cuenta de gastos para la atención médica para pagar los gastos de bolsillo para la atención médica elegibles para usted y sus familiares elegibles, incluso si no está cubierto por los planes de salud de Academy of Art University.

La tarjeta de débito de HSA Bank es una comodidad adicional que le permite acceso inmediato a sus fondos FSA. Solo pase su tarjeta en el consultorio de su médico o en un minorista participante. Cuando use su tarjeta de débito de HSA Bank, adquiera el hábito de guardar todos sus recibos detallados. Las regulaciones del IRS requieren que usted conserve todos los recibos detallados de las compras realizadas con la tarjeta.

Los gastos de bolsillo elegibles incluyen:

- Montos de deducibles, copagos y coseguros para gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos
- Anteojos, lentes de contacto y lentes de sol recetados no cubiertos por el plan oftalmológico
- Gastos de ortodoncia no cubiertos por un plan odontológico
- Algunos programas de pérdida de peso prescritos por médicos

- Gastos no cubiertos por los planes médicos de Academy of Art University pero considerados elegibles por el IRS

FSA DE PROPÓSITO LIMITADO (LPFSA)

Una cuenta de gastos flexibles para la atención médica de propósito limitado es similar a una FSA para la salud de uso completo, permitiendo a los empleados reservar ingresos antes de impuestos para cubrir gastos de bolsillo oftalmológicos y odontológicos elegibles, incluso si ya tienen una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Las ventajas clave incluyen ahorros de impuestos, que pueden aumentar el salario neto.

¿Cuáles son las ventajas de una FSA de propósito limitado?

El uso de una FSA de propósito limitado para gastos de atención odontológica y oftalmológica puede ayudarlo a maximizar sus ahorros y beneficios fiscales, ya que los aportes son antes de impuestos.

¿Cuáles son las desventajas de una FSA de propósito limitado?

Las FSA siguen una regla de “lo usa o lo pierde”, lo que significa que los fondos no utilizados en su FSA de propósito limitado se pierden al final del año.

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) (continuación)

CUENTA DE GASTOS PARA LA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES (DCFSA)

Puede aportar hasta \$5,000 por año a la FSA para la atención de dependientes para pagar los gastos elegibles para la atención de niños o ancianos necesarios para que usted (o usted y su cónyuge, si está casado) puedan trabajar fuera de su hogar. Su cónyuge debe estar trabajando o estudiando a tiempo completo para calificar para los gastos de la atención de dependientes. Consulte la tabla en la página siguiente para conocer los límites de aporte.

Los gastos elegibles incluyen:

- Servicio de niñera y guardería
- Atención antes y después de la escuela
- Atención de ancianos
- Preescolar y guardería
- Guardería familiar
- Campamento de verano diurno

Es posible que se le solicite que presente evidencia de que un gasto está destinado a la atención de dependientes que califica si lo solicita su administrador de FSA, HSA Bank. Los gastos para la atención de dependientes no elegibles incluyen matrícula en escuelas privadas, tarifas de colocación (para conseguir una niñera), costos de transporte y tarifas de inscripción. La lista completa de gastos para la atención de dependientes elegibles está disponible en <http://www.irs.gov/publications/p503>.

Se recomienda que consulte con su asesor fiscal para determinar si el crédito fiscal federal para la atención infantil puede ser más beneficioso que la participación en la FSA para la atención de dependientes.

MONTO QUE PUEDE APORTAR A LA FSA PARA LA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES

SI USTED ES:	PUEDE APORTAR HASTA:
Soltero	\$5,000
Está casado y presenta una declaración de impuestos conjunta, y su cónyuge no es elegible para aportar a una FSA para la atención de dependientes	\$5,000
Está casado, presenta una declaración de impuestos conjunta y su cónyuge es elegible para aportar a una FSA para la atención de dependientes	\$5,000 (usted y su cónyuge juntos)
Está casado y usted o su cónyuge gana menos de \$5,000 por año	Cualquier monto hasta el menor de sus ingresos anuales o los de su cónyuge
Está casado y presenta una declaración de impuestos por separado	\$2,500
Está casado y su cónyuge tiene una incapacidad o es estudiante a tiempo completo	\$2,400 por un dependiente o \$4,800 por dos o más dependientes

AHORROS FISCALES

Las FSA ayudan a reducir sus impuestos. Usted no paga impuestos federales sobre la renta ni impuestos FICA sobre sus aportes. Sus ahorros de impuestos dependen del monto que usted decida aportar y de su nivel impositivo (el porcentaje de ingresos que paga en impuestos federales sobre la renta).

Esta tabla muestra los ahorros si usted se encuentra en un tramo de impuesto sobre la renta federal del 15, 25 o 35 por ciento. Sus ahorros serán mayores si usted se encuentra en un nivel impositivo más alto.

Monto que aporta	AHORRO DE IMPUESTOS PARA LOS SIGUIENTES TRAMOS IMPOSITIVOS		
	15%	25%	35%
\$240	\$54	\$78	\$84
\$500	\$113	\$163	\$175
\$1,000	\$226	\$326	\$350
\$1,500	\$340	\$490	\$525
\$2,000	\$453	\$653	\$700
\$5,000	\$1,135	\$1,632	\$1,750

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) (continuación)

GASTOS NO ELEGIBLES

Los gastos que no son elegibles para la FSA para la atención médica incluyen servicios que el IRS no permite como deducciones del impuesto a las ganancias federales, incluida la cirugía estética, la terapia de masajes y los suplementos, como vitaminas que se pueden comprar sin receta, y todos los demás medicamentos de venta libre, a menos que tenga una receta médica. La lista completa de gastos para la atención médica elegibles está disponible en <http://www.irs.gov/publications/p502> o en <https://fsastore.com/FSA-Eligibility-List.aspx>.

TIENDA FSA

Como recurso adicional, puede visitar la tienda FSA en <https://fsastore.com/> para usar su cuenta de gastos flexibles para comprar productos elegibles. Muchos productos tienen descuento, y el envío es gratuito para pedidos de \$50 o más.

LO USA O LO PIERDE

Planifique sus gastos cuidadosamente. Perderá cualquier saldo no utilizado. Tendrá hasta el 1 de marzo de 2026 para presentar reclamaciones por gastos realizados en el año del plan actual (finaliza el 31 de diciembre). Puede obtener formularios de reclamaciones de HSA Bank. Consulte la sección de información de contacto.

REGLAS DE LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Estas reglas se aplican tanto a la FSA para la atención médica como a la FSA para la atención de dependientes.

1. Los gastos deben realizarse durante el año del plan, que va del 1 de enero al 31 de diciembre. Hay excepciones si finaliza su empleo en Academy of Art University a mitad de año. Consulte la información a continuación para obtener más detalles.
2. Se pueden presentar reclamaciones hasta el 1 de marzo de 2026 para obtener un reembolso (consulte a continuación para obtener información adicional si finaliza su empleo a mitad de año).
3. Puede inscribirse en una o ambas cuentas. Sin embargo, las cuentas están separadas. No puede utilizar fondos de su FSA para la atención médica para pagar los gastos para la atención de dependientes y viceversa.
4. Debe designar el monto de dinero que desea aportar anualmente a cada cuenta al comienzo del año del plan.
5. Puede cambiar sus aportes anuales solo si experimenta un "cambio en el estado familiar" que califica, como

matrimonio, divorcio, incorporación o pérdida de un dependiente o un cambio en el empleo de su cónyuge.

6. Es importante revisar cuidadosamente sus gastos estimados, ya que cualquier fondo no utilizado que quede en cada cuenta al final del año del plan debe perderse (lo que se conoce como la "regla de lo usa o lo pierde").
7. Los productos pagados a través de la FSA no se pueden reclamar en sus impuestos sobre la renta.
8. Debe volver a inscribirse cada año del plan. Sus elecciones no se mantendrán vigentes de un año para otro.

REGLAS PARA LA CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES CUANDO FINALIZA SU EMPLEO A MITAD DE AÑO

1. Sus gastos deben realizarse durante el período del año del plan en el que usted es un empleado activo de Academy of Art University (desde el 1 de enero hasta la fecha en que finalice su empleo). Una vez que finalice su empleo, solo podrá presentar una reclamación efectuada después de la fecha de finalización de su empleo eligiendo COBRA y aportando a su FSA después de impuestos. Las FSA para la atención de dependientes no pueden continuar después de la fecha de finalización de su empleo.
2. Las reclamaciones efectuadas antes de la fecha en que finalizó su empleo deben presentarse para reembolso dentro de los 60 días posteriores a la fecha de finalización.

DEPÓSITO DIRECTO MEDIANTE HSA BANK

Los reembolsos de sus reclamaciones de la FSA se pueden depositar directamente en su cuenta bancaria. Para registrarse para el depósito directo, inicie sesión en el portal de participantes en hsabank.com.

CONTACTE A HSA BANK

Teléfono: (800) 357-6246 **Fax:** (877) 851-7041

Sitio web: hsabank.com

Dirección postal para presentar reclamaciones:
P.O. Box 2744, Fargo ND 58108-2744

¡Descargue la aplicación móvil de HSA Bank!

[Google Play](#) | [App Store](#)

Programa para viajeros

El programa para viajeros de Academy of Art University es administrado por Edenred. Al participar en este programa, puede reservar dólares antes de impuestos para pagar los gastos de transporte y estacionamiento asociados con su viaje hacia y desde el trabajo. La parte de tránsito de Edenred le permite reservar los aportes antes de impuestos para pagar pases de autobús, de tránsito y/o vales de Edenred. Puede elegir tener una tarjeta inteligente recargable, una tarjeta MasterCard prepaga Edenred recargable, un pase o fondos de viaje depositados directamente en una tarjeta de transporte público válida. Si solicita un pase en físico, se lo enviaremos a su domicilio.

La parte de estacionamiento del programa para viajeros le permite reservar aportes antes de impuestos para pagar los gastos de estacionamiento de los viajeros. Puede optar por realizar pedidos para una de las siguientes opciones: enviar pagos mensuales automatizados electrónicamente directamente al proveedor de estacionamiento (pago directo mensual), una tarjeta MasterCard prepaga recargable de Edenred, Commuter Check para vales de estacionamiento, o un reembolso en efectivo por estacionamiento.

Puede deducir dinero antes de impuestos de su cheque de pago para pagar gastos relacionados con el viaje, lo que reduce su ingreso fiscal. El aporte máximo es:

- Tránsito: \$325 mensuales
- Estacionamiento: \$325 mensuales

CÓMO INSCRIBIRSE O HACER CAMBIOS

Para inscribirse o realizar cambios, regístrese visitando login.edenredbenefits.com/. Desde la página de inicio, seleccione "New User Signup" (Registro de nuevo usuario) en el área de inicio de sesión de empleados. Para registrarse, necesitará el número de identificación de empresa de Academy of Art University (1539), su nombre y apellido y el código postal de su domicilio. Tenga en cuenta que el nombre que use debe coincidir con el que figura en el sistema de Academy of Art University (por ejemplo, si está en el sistema de la academia como "James", debe usar ese nombre al registrarse, en lugar de "Jim").

Si ya no trabaja para Academy, tiene hasta el final del mes en el que cesa su empleo para usar todos los fondos disponibles. De lo contrario, los perderá.



Seguro de vida y AD&D

Todos los empleados a tiempo completo son elegibles para recibir beneficios de vida/AD&D además del seguro por Incapacidad a Largo Plazo (LTD). Los empleados a tiempo parcial que trabajan un promedio de al menos 30 horas por semana en un período de medición de un año también son elegibles para recibir beneficios.

SEGURO DE VIDA BÁSICO/AD&D

La cobertura del seguro de vida le proporciona a usted y a su familia una seguridad financiera importante. Academy of Art University ofrece un beneficio básico de vida y AD&D pagado por el empleador de \$15,000. Esta póliza está suscrita por NY Life.

Si usted muere en un accidente, su póliza por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) le proporciona un beneficio adicional igual a su póliza de vida. Este beneficio se le proporciona sin evidencia de asegurabilidad y lo paga Academy of Art University.

Los beneficios del seguro de vida/AD&D se reducirán en un 35% a los 65 años y en un 50% a los 70 años.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA/AD&D

BENEFICIO DEL SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y POR AD&D	
Monto del seguro voluntario de vida/AD&D del empleado	Incrementos de \$10,000 hasta el menor de 5 veces el salario anual de \$300,000. La emisión garantizada** es de \$200,000
Monto del seguro voluntario de vida/AD&D del cónyuge	Incrementos de \$5,000 hasta el menor de los siguientes: 50% del monto del seguro de vida del empleado o \$150,000. La emisión garantizada es de \$30,000
Monto del seguro voluntario de vida/AD&D para los hijos <i>(cobertura menor antes de los 6 meses)</i>	\$10,000 para los hijos (hasta los 26 años)

Tenga en cuenta las siguientes pautas para la elección:

- No puede comprar seguro de vida o AD&D para sus dependientes sin inscribirse usted mismo.
- Puede elegir inscribirse en el seguro voluntario de vida o en el seguro voluntario por AD&D, o en ambos.

Una vez inscrito en el plan del seguro de vida, tendrá la oportunidad durante futuras inscripciones abiertas de aumentar su beneficio del seguro de vida en hasta \$20,000 (hasta el límite de emisión garantizado) sin necesidad de completar un cuestionario médico.

Sin embargo, si renuncia a la cobertura de vida cuando es elegible por primera vez y luego decide inscribirse, se le solicitará que complete un cuestionario médico. En este caso, New York Life puede rechazar su solicitud basándose en la evaluación médica si se le considera no asegurable debido a una afección médica.

Es importante tener en cuenta que la cobertura voluntaria por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) no está sujeta a la suscripción médica.

Además, si previamente inscribió a su cónyuge/pareja de hecho en un seguro de vida, puede aumentar su beneficio de seguro de vida en \$5,000 durante la inscripción abierta sin un cuestionario médico, siempre que la cobertura total permanezca dentro del límite de emisión garantizado.

** Si tanto usted como su cónyuge o pareja de hecho son empleados de Academy of Art University, no podrán inscribirse mutuamente como dependientes en el plan voluntario de vida y AD&D si también se inscriben como empleados.*

*** La emisión garantizada es el monto de la cobertura a la que usted o su dependiente son elegibles sin estar sujetos a un cuestionario médico.*

Seguro por incapacidad

Todos los empleados a tiempo completo son elegibles para el seguro por incapacidad. Los empleados a tiempo parcial que trabajan un promedio de al menos 30 horas por semana en un período de medición de un año también son elegibles para recibir beneficios.

INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD) (SOLO EMPLEADOS QUE NO SEAN DE CA)*

Academy of Art University ofrece una cobertura por Incapacidad a Corto Plazo (STD) pagada por el empleador, que es una póliza de reemplazo de ingresos, y está diseñada para brindarle un beneficio cuando está incapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad, cirugía o lesión cubierta.

INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)**	
Monto del beneficio semanal*	El plan paga el 60% de las ganancias
Máximo beneficio semanal	\$1,540
Los beneficios comienzan después de:	
Un accidente	7 días de incapacidad
Una enfermedad	7 días de incapacidad
Período máximo de beneficio*	26 semanas

* Empleados activos a tiempo completo de clase 1 del empleador que trabajan regularmente un mínimo de 30 horas por semana en los Estados Unidos, que son ciudadanos o residentes permanentes extranjeros de los Estados Unidos, sin incluir a los empleados que trabajan en California.

** El monto de su beneficio se reducirá por cualquier monto que se le deba pagar de cualquiera de las fuentes enumeradas en la sección "Efectos de otros beneficios de ingresos" en los documentos de su plan.

INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

Academy of Art University ofrece una cobertura por Incapacidad a Largo Plazo (LTD) pagada por el empleador, que es una póliza de reemplazo de ingresos y está diseñada para brindarle un beneficio cuando está incapacitado y no puede trabajar.

Se define incapacidad cuando no puede desempeñar las funciones de la ocupación para la cual fue capacitado durante los primeros 24 meses ni para realizar las funciones de cualquier ocupación después de ese período. Los beneficios se pagan mientras usted permanezca incapacitado hasta su edad normal de jubilación. El programa LTD está asegurado mediante NY Life.

INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)	
Período de eliminación	180 días
Porcentaje de salario	60%
Beneficio máximo	\$5,000 mensuales
Máxima duración del beneficio	Edad de jubilación normal del Seguro Social

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL SEGURO POR INCAPACIDAD?

El seguro por incapacidad puede pagarle beneficios si sufre una incapacidad cubierta. Considérelo un seguro para recibir una parte de su sueldo. Los pagos pueden llegar directamente a usted o a alguien que usted designe, y pueden ayudar a pagar cosas como:

- Comestibles
- Hipoteca
- Servicios públicos
- Facturas médicas

Beneficios y ventajas adicionales

PROGRAMA DE ASISTENCIA EN VIAJES

El Programa de viaje seguro de NY Life es un beneficio adicional para los empleados cubiertos por las pólizas de seguro voluntario de vida/AD&D o incapacidad a largo plazo de NY Life, sin costo para usted. Le brinda acceso gratuito las 24 horas a asistencia de emergencia cuando viaja fuera de casa por vacaciones o negocios. Estos beneficios y servicios también están disponibles para sus dependientes, ya sea que viajen con usted o no. Para acceder fácilmente en caso de emergencia, recoja una descripción del servicio y guárdela con sus documentos de viaje o equipaje. Para obtener una descripción completa de los servicios, así como información de contacto detallada para consultas y presentación de reclamaciones, llame al **(888) 226-4567** desde EE. UU. o Canadá, al **(202) 331-7635** (por cobrar) desde todas las demás ubicaciones o envíe un correo electrónico a ops@us.generaliglobalassistance.com.

PROGRAMA DE ASISTENCIA VITAL (LAP)

El Programa de Asistencia Vital (LAP) ofrece, sin costo para usted, servicios diseñados para ayudarlo a usted y a los miembros de su familia a enfrentar los desafíos de la vida personal, familiar y laboral. Hay ayuda confidencial disponible por teléfono, en persona y en línea. El LAP se administra por medio del Programa de Asistencia Vital de NY Life.

Si usted o un miembro de su hogar enfrenta preocupaciones emocionales, estrés, problemas de relación, abuso de sustancias, depresión u otros problemas personales o profesionales, puede llamar al LAP las 24 horas del día para una consulta, evaluación y derivación. Es elegible para hasta tres consultas de asesoramiento en persona por miembro, por año.

Además, el programa ofrece una amplia gama de recursos para ayudarlo a equilibrar sus demandas laborales y de vida, incluidas búsquedas de atención infantil, información prenatal y para padres, asistencia para la adopción, recursos para personas mayores, referencias de asistencia financiera y jurídica y otros recursos educativos. Estos servicios incluyen materiales impresos, búsquedas en línea y consultas telefónicas.

Para acceder al LAP, llame al Programa de Asistencia Vital de NY Life al **(800) 538-3543** o en www.signalap.com e identifíquese como empleado de Academy of Art University.

PLAN DE JUBILACIÓN 401(K)

Los empleados pueden elegir participar en el Plan de ahorro para la jubilación 401(k) tradicional antes de impuestos o en el Plan de ahorro para la jubilación 401(k) después de impuestos o en una combinación de ellos. El Plan de ahorro para la jubilación 401(k) ofrece diversas opciones de inversión a través del sitio web de July Services, julyservices.com, para ayudar a los empleados en la planificación de su fondo de jubilación personal.

- En 2025, los empleados podrán aportar hasta \$23,500 de ingresos anuales antes de impuestos (\$31,000 para cualquier persona de 50 años o más en 2025). Estos límites pueden aumentar debido a los ajustes del costo de vida.
- Debe tener 21 años en la fecha de entrada.
- Es elegible para participar el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación.
- Academy of Art University ofrece un aporte discrecional del 50% hasta el primer 6% de la compensación aportada al plan. Si se realizan aportes equivalentes, se financiarán anualmente. Usted es elegible para el aporte de Academy el primer día del siguiente trimestre después de estar empleado durante un año si ha trabajado 1,000 horas dentro de su primer año de empleo o dentro de cualquier año calendario siguiente. Para recibir el aporte equivalente, debe estar empleado el último día del año del plan. Si ha finalizado su empleo antes del último día del año del plan, debe tener 500 horas de servicio durante el año del plan.
- Los beneficiarios deben ingresarse en línea en julyservices.com o llamando al **(888) 333-6315**.
- Cerity Partners ofrece servicios integrales de planificación patrimonial adaptados a las necesidades individuales. Su enfoque combina estrategias de inversión personalizadas con una planificación financiera integral, incluida la asignación de activos, la gestión de riesgos y la optimización fiscal. Los servicios se extienden a la jubilación y la planificación patrimonial, con el objetivo de crear soluciones cohesivas que aborden todos los aspectos de la vida financiera de un cliente. Llame al **(800) 563-7166** o envíe un correo electrónico a wealthhealth@ceritypartners.com y solicite planificación de patrimonio financiero en apoyo del programa 401(k) de Academy of Art University.

CONTACTO DEL 401K (JULY SERVICES)

Teléfono: (888) 333-6315

Correo electrónico: julyservices.com

Beneficios y ventajas adicionales (continuación)

CREDIBLEMIND ¡NUEVO!

Está bien no sentirse bien. CredibleMind: la tienda integral de recursos para el bienestar mental. CredibleMind es una plataforma en línea gratuita que reúne videos, podcasts, aplicaciones, programas en línea, libros y artículos calificados y examinados por expertos, todo en un solo lugar fácil de usar.

Confidencial y disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con CredibleMind puede aprender nuevas habilidades, comprender su propia salud mental, realizar una evaluación de salud mental y navegar por nuestra biblioteca con miles de recursos sobre el bienestar mental. CredibleMind cubre más de 200 temas, entre ellos:

- Estrés
- Agotamiento
- Ansiedad
- Depresión
- Relaciones
- Atención plena
- Resiliencia
- Afrontar diagnósticos médicos
- Manejo del tiempo
- Felicidad
- Sueño
- Crianza de los hijos
- Duelo y pérdida
- Prosperidad
- Abuso de sustancias
- Envejecimiento

Comience hoy mismo inscribiéndose y realizando una evaluación de salud mental. Al registrarse, tendrá acceso a los resultados de evaluaciones anteriores para realizar un seguimiento de las mejoras a lo largo del tiempo, sus recursos favoritos y los recursos de CredibleMind cuidadosamente seleccionados. ¡Todo en su correo electrónico!

Independientemente de la situación que esté atravesando, CredibleMind tiene recursos para ayudarlo con evidencia respaldada por la ciencia en la que puede confiar. ¡Visite relation.crediblemind.com para comenzar hoy!

Su información personal, incluidos su nombre, dirección de correo electrónico y respuestas, no será compartida con su empleador.

SEGURO VOLUNTARIO PARA MASCOTAS

Sabemos cuánto ama a las mascotas que tiene en casa. También sabemos lo costosa que puede ser la atención veterinaria. Por eso nos entusiasma anunciar la incorporación de Figo Pet Insurance a nuestro paquete de beneficios.

Lo que obtiene cuando compra uno de los planes de seguro de salud para mascotas de Figo:

1. Reembolso de los gastos médicos inesperados de su mascota
2. 10% de descuento
3. Aplicación móvil Figo's Pet Cloud para administrar los registros, recordatorios y viajes de su mascota
4. Etiqueta para mascotas de Figo con perfil digital para mascotas: permite que cualquier persona que encuentre a su mascota envíe mensajes de texto grupales a su familia.
5. Cuenco de agua de viaje Figo

Para recibir su descuento de empleado y personalizar su cotización ahora, visite: <https://bit.ly/323bIAi>

¿TIENE MÁS PREGUNTAS?

COMUNÍQUESE CON FIGO

Teléfono: (844) 738-3446

Mensaje de texto: (844) 262-8133

Correo electrónico: support@insurefigo.com

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE FIGO

Teléfono: (844) 738-3446

Mensaje de texto: (844) 262-8133

Correo electrónico: support@insurefigo.com

Información de contacto del corredor

COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE SERVICIO AL CLIENTE	SITIO WEB
PLANES MÉDICOS <ul style="list-style-type: none"> Kaiser HMO Blue Shield HMO TRIO Blue Shield Access Plus Blue Shield PPO 	Kaiser: 39603 Blue Shield: W0070143	Kaiser: (800) 464-4000 Blue Shield HMO: (855) 829-3566 Blue Shield PPO: (888) 256-1915	kp.org blueshieldca.com
CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD <ul style="list-style-type: none"> HSA Bank 	N/C	(800) 357-6246	hsabank.com
CUENTA DE REEMBOLSO DE SALUD <ul style="list-style-type: none"> HSA Bank 	N/C	(800) 357-6246	hsabank.com
PLAN ODONTOLÓGICO <ul style="list-style-type: none"> Blue Shield 	W0070143	(800) 702-4171	blueshieldca.com
PLAN OFTALMOLÓGICO <ul style="list-style-type: none"> Blue Shield 	W0070143	(877) 601-9083	blueshieldca.com
CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES <ul style="list-style-type: none"> HSA Bank 	N/C	(800) 357-6246	hsabank.com
PLAN 401(k) <ul style="list-style-type: none"> July Services Cerity Partners 	N/C	(888) 333-6315 (800) 563-7166 Correo electrónico: WealthHealth@ceritypartners.com	julyservices.com
SEGURO POR INCAPACIDAD <ul style="list-style-type: none"> Seguro por incapacidad a corto plazo de NY Life Seguro por incapacidad a largo plazo de NY Life 	LK964307	(800) 362-4462	N/C
SEGURO BÁSICO Y VOLUNTARIO DE VIDA/AD&D <ul style="list-style-type: none"> NY Life 	Seguro de vida: FLX966279 AD&D: OK967818	(800) 362-4462	N/C
PROGRAMA DE ASISTENCIA VITAL <ul style="list-style-type: none"> NY Life: Programa de asistencia vital 	N/C	(800) 538-3543	N/C
PROGRAMA PARA VIAJEROS <ul style="list-style-type: none"> Edenred 	1539	(888) 235-9223	login.edenredbenefits.com/
ASISTENCIA EN VIAJES <ul style="list-style-type: none"> Viajes seguros de NY Life 	N/C	(888) 226-4567 (EE. UU. y Canadá) (202) 331-7635 (por cobrar) Correo electrónico: ops@us.generaliglobalassistance.com	N/C
SEGURO PARA MASCOTAS <ul style="list-style-type: none"> Figo 	N/C	(844) 738-3446 teléfono (844) 262-8133 mensaje de texto Correo electrónico: support@insurefigo.com	https://bit.ly/323bIAi
CREDIBLEMIND	N/C		relation.crediblemind.com
EQUIPO DE BENEFICIOS DE ARTU	N/C		Benefits@academyart.edu
DEFENSOR DE BENEFICIOS <ul style="list-style-type: none"> Línea de asistencia para beneficios Relation 	N/C	844-ArtU-111 (844)-278-8111	ArtUBenefits@relationinsurance.com

Esta guía pretende ser una referencia rápida y no una descripción completa. Existen algunas limitaciones y exclusiones a estos beneficios que se pueden encontrar en el documento oficial del plan. En caso de discrepancias regirá el documento oficial del plan.

Avisos federales 2025

AVISOS FEDERALES 2025 (ANUAL)

Este paquete contiene los avisos federales necesarios para todos los empleados que son elegible para inscribirse en nuestro programa de beneficios para empleados. Lea atentamente y mantenga en un lugar Seguro.

- Aviso de derechos especiales de inscripción de HIPAA
- Asistencia Premium bajo Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP)
- Aviso de divulgación de Parte D de Medicare (Loable)
- Aviso sobre la Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer de la Mujer
- Aviso de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres
- Recordatorio de las Prácticas de Privacidad de HIPAA
- Sin aviso de facturación sorpresa

Si tiene preguntas sobre los avisos, comuníquese con el representante del plan de salud de nuestra empresa:

benefits@academyart.edu

Avisos federales 2025

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN DE HIPAA

Pérdida de otra Cobertura: si ha rechazado o va a rechazar la inscripción para usted y / o sus dependientes debido a otra cobertura vigente del plan de salud, es posible que pueda inscribirse usted mismo y / o sus dependientes en este plan en el futuro. Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura, o si el empleador deja de contribuir a la cobertura de otro plan de salud grupal, puede crear a un derecho especial de inscripción.

Debe solicitar la inscripción en este plan dentro de los 30 días después de la finalización de la otra cobertura. Necesitará un comprobante de cobertura anterior, y una carta de terminación de cobertura de la compañía de seguros o del empleador.

Nuevo Dependiente: Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y / o sus dependientes. Esto desencadena un derecho de inscripción especial. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Se le pedirá que presente un comprobante de un dependiente recientemente elegible, como un certificado de matrimonio o certificado de nacimiento.

Terminación de la Cobertura de Medicaid o CHIP: Si usted y / o sus dependientes están cubiertos por un plan de Medicaid o un plan estatal de seguro de salud infantil (CHIP), y la cobertura de dicho plan se cancela como resultado de la pérdida de elegibilidad, es posible que pueda inscribirse usted y / o sus dependientes en este plan, ya que puede desencadenar un derecho especial de inscripción.

Para ser elegible para esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar cobertura bajo el plan de salud grupal dentro de los 60 días después de la fecha en que se finaliza la cobertura de Medicaid o de CHIP patrocinada por el estado.

Elegibilidad para Asistencia Premium bajo Medicaid o CHIP: Si usted y / o sus dependientes se vuelven elegibles para asistencia con la prima según Medicaid o un CHIP estatal, incluso bajo cualquier exención o proyecto de demostración realizado bajo o en relación con dicho plan, usted puede inscribirse y / o sus dependientes en este plan, ya que puede desencadenar un derecho especial de inscripción. Por lo general, este es un programa en el que el estado proporciona a las personas empleadas asistencia con el pago. Guarde este aviso en un lugar seguro junto con los demás materiales de su plan de salud.

de primas para el plan de salud grupal de su empleador, en lugar de la inscripción directa en un programa estatal de Medicaid.

Para ser elegible para esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar cobertura bajo el plan de salud grupal dentro de los 60 días después de la fecha en que usted y / o sus dependientes sean elegibles para asistencia con el pago según Medicaid o un CHIP estatal.

Avisos federales 2025

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA - MEDICAID

<http://myalhipp.com/>

855.692.5447

ALASKA - MEDICAID

El Programa de Pago de AK primas del seguro médico

<http://myakhipp.com>

1.866.251.4861

CustomerService@MyAKHIPP.com

Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS - MEDICAID

<http://myarhipp.com/>

1.855.MyARHIPP (855.692.7447)

CALIFORNIA - MEDICAID

Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)

<http://dhcs.ca.gov/hipp>

916.445.8322

Fax: 916.440.5676

Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO - HEALTH FIRST COLORADO

(Colorado's Medicaid Program) y Child Health Plan Plus (CHP+)

<https://www.healthfirstcolorado.com/>

Centro de atención al cliente de Health First Colorado:

1.800.221.3943/retransmisor del estado 711

CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>

Atención al cliente de: 1.800.359.1991/retransmisor del estado 711

Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés):

<https://www.mycohibi.com/>

Atención al cliente de HIBI: 1.855.692.6442

FLORIDA - MEDICAID

<https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>

1.877.357.3268

GEORGIA - MEDICAID

Sitio web de GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

678.564.1162, Presiona 1

Sitio web GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>

678.564.1162, Presiona 2

INDIANA - MEDICAID

Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid

<https://www.in.gov/medicaid/>

<http://www.in.gov/fssa/dfr/>

Administración de familias y servicios sociales

800.403.0864

Teléfono de servicios para miembros: 800.457.4584

Avisos federales 2025

IOWA – MEDICAID and CHIPI (Hawki)

<https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>

1.800.338.8366

Sito web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>

Hawki Teléfono: 1.800.257.8563

Sito de HIPPA: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>

Teléfono de HIPPA: 1.888.346.9562

KANSAS – MEDICAID

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

1.800.792.4884

Teléfono de HIPPA: 1.800.967.4660

KENTUCKY – MEDICAID

Prima del seguro médico integrado de Kentucky

Sito web del programa de pagos (KI-HIPP): <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx>

1.855.459.6328

Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sito de web KCHIP: <https://kynect.ky.gov>

1.877.524.4718

Sito web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – MEDICAID

www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp

1.888.342.6207 (línea directa de Medicaid) o 1.855.618.5488 (LaHIPPA)

MAINE – MEDICAID

Sito web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

1.800.442.6003/retransmisor del estado: 711

Página web de primas de seguros médicos privados:

<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

1.800.977.6740/retransmisor del estado: 711

MASSACHUSETTS – MEDICAID AND CHIP

<https://www.mass.gov/masshealth/pa>

1.800.862.4840/retransmisor del estado: 711

Por correo electrónico:

masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – MEDICAID

<https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>

1.800.657.3672

MISSOURI – MEDICAID

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>

573.751.2005

MONTANA – MEDICAID

<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

1.800.694.3084

Por correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – MEDICAID

<http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

1.855.632.7633

Lincoln: 402.473.7000

Omaha: 402.595.1178

NEVADA – MEDICAID

<http://dhcfp.nv.gov>

1.800.992.0900

NUEVO HAMPSHIRE – MEDICAID

<https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

603.271.5218

HIPP program: 1.800.852.3345, ext 15218

Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVO JERSEY – MEDICAID Y CHIP

Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>

800.356.1561

Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609.631.2392

CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>

1.800.701.0710/retransmisor del estado: 711

NUEVO YORK – MEDICAID

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/

1.800.541.2831

NORTH CAROLINA – MEDICAID

<https://medicaid.ncdhhs.gov/>

919.855.4100

NORTH DAKOTA – MEDICAID

<https://www.hhs.nd.gov/healthcare>

1.844.854.4825

OKLAHOMA – MEDICAID AND CHIP

<http://www.insureoklahoma.org>

1.888.365.3742

OREGON – MEDICAID and CHIP

<http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>

1.800.699.9075

PENNSYLVANIA – MEDICAID and CHIP

<https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>

1.800.692.7462

CHIP: Programa de seguro médico para niños (CHIP)

(pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – MEDICAID

<http://www.eohhs.ri.gov/>

1.855.697.4347, or 401.462.0311 (Direct RI Share Line)

Avisos federales 2025

CAROLINA DEL SUR- MEDICAID

<https://www.scdhhs.gov>

1.888.549.0820

DAKOTA DEL SUR - MEDICAID

<http://dss.sd.gov>

1.888.828.0059

TEXAS - MEDICAID

<https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>

1.800.440.0493

UTAH - MEDICAID AND CHIP

Medicaid: <https://medicaid.utah.gov/upp/>

Por correo electrónico: upp@utah.gov

Phone: 888.222.2542

Adult Expansion: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>

Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah:

<https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>

CHIP: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT - MEDICAID

<https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>

1.800.250.8427

VIRGINIA - MEDICAID AND CHIP

Medicaid: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>

Medicaid/CHIP: 1.800.432.5924

WASHINGTON - MEDICAID

<https://www.hca.wa.gov/>

1.800.562.3022

WEST VIRGINIA - MEDICAID AND CHIP

<https://dhhr.wv.gov/bms/>

<http://mywvhipp.com>

Medicaid Phone: 304.558.1700

1.855.MyWVHIP (1.855.699.8447)

WISCONSIN - MEDICAID AND CHIP

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>

1.800.362.3002

WYOMING - MEDICAID

<https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>

1.800.251.1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1.866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

www.cms.hhs.gov

1.877.267.2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Guarde este aviso en un lugar seguro junto con los demás materiales de su plan de salud.

Avisos federales 2025

AVISO DE DIVULGACIÓN DE PARTE D DE MEDICARE

Aviso importante sobre su cobertura de medicamentos recetados con Medicare

Lea este aviso atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud grupal de nuestra compañía y la cobertura de medicamentos recetados disponible para personas con Medicare. También explica las opciones que tiene bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

El plan de salud grupal de nuestra compañía, en un promedio para todos los participantes del plan, se espera que paguen tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, y se considera “cobertura acreditable”.

Debido a que nuestro plan se considera cobertura acreditable, puede inscribirse y / o permanecer inscrito en nuestro plan y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

Las personas (empleados y sus dependientes) pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuyo sean elegibles para Medicare por primera vez, y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, el Período de inscripción abierta anual de Medicare, con cobertura efectiva el 1 de enero. Las personas que dejan un plan de salud grupal durante otros periodos del año pueden ser elegibles para un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y deja la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud grupal de su empleador, tenga en cuenta que es posible que no pueda recuperar esta cobertura. Para obtener más información sobre lo Guarde este aviso en un lugar seguro junto con los demás materiales de su plan de salud.

que puede suceder con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, lea abajo.

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura con el plan de salud grupal de su empleador y no se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare dentro de los 63 días después de la finalización de su cobertura actual, puede pagar más (una multa) para inscribirse en Medicare cobertura de medicamentos recetados después.

Si espera 63 días o más sin cobertura de medicamentos recetados que es al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, su pago mensual puede subir hasta al menos 1% mensual por cada mes que no tiene cobertura. Por ejemplo, si vas a diecinueve meses sin cobertura, su pago puede ser siempre al menos un 19% más alto que la premium regular. Usted tendrá que pagar este pago más alto (una multa), siempre y cuando usted tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, usted puede tener que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierto de Medicare para inscribirse.

Información más detallados sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados está disponible en el manual “Medicare y usted”. Usted recibirá una copia del manual en el correo de Medicare cada año. Usted también puede ser contactado directamente por planes de medicamentos recetados de Medicare. También puede obtener más información acerca de planes de medicamentos recetados de Medicare en estos lugares:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su programa de asistencia de seguro de salud de estado (vea su copia del manual “Medicare y usted” para el número de teléfono) para atención personalizada
- Llame al (800) 633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 486-2048

Para personas con bajos ingresos y recursos, ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare está disponible. Información sobre esta ayuda adicional está disponible de la administración del Seguro Social (SSA). Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, visite SSA en línea en www.socialsecurity.gov, o llame al (800) 772-1213; TTY (800) 325-0778.

Recuerde: Mantenga este aviso. Si se inscribe en uno de los planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, puede ser necesario proporcionar una copia de este aviso para mostrar que han mantenido cobertura acreditable y no están obligados a pagar más luna multa (una pena LTY).

Última actualización: 01 de abril de 2011 (actual 01 de octubre de 2018)

Avisos federales 2025

AVISO SOBRE LA LEY DE DERECHOS DE LA MUJER Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Esta ley exige que los planes de salud grupales que brindan cobertura para las mastectomías también cubran la cirugía reconstructiva y las prótesis después de las mastectomías. Nos complace informarle que su cobertura médica cumple con esta ley.

Como lo exige la Ley, le hemos proporcionado esta carta para informarle sobre las disposiciones de la ley. La ley exige que un miembro que reciba beneficios por una mastectomía necesaria desde el punto de vista médico que elija la reconstrucción mastectomía después de la mastectomía, también reciba cobertura para:

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

Esta cobertura se proporcionará en consulta con el médico tratante y el paciente, y estará sujeta a las mismas disposiciones anuales de deducibles y coaseguros aplicables a la mastectomía.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra cobertura de mastectomías y cirugía reconstructiva, comuníquese con el

número de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación médica.

AVISO DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES

Los planes de salud grupales y los emisores de seguro de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por hospitalización en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto de cesárea.

Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

En cualquier caso, los planes y las aseguradoras pueden no exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del asegurador para prescribir un período de estadía no superior a 48 horas (o 96 horas).

RECORDATORIO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Nuestra organización desea comunicar la disponibilidad de su Aviso de prácticas de privacidad. En cualquier momento, se puede obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad actual comunicándose con Recursos Humanos.

Avisos federales 2025

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS MÉDICAS SORPRESA

Cuando usted recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, usted está protegido contra la facturación de saldos. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, el coaseguro o el deducible de su plan.

¿Qué es la “facturación de saldos” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando se atiende con un médico u otro profesional de la atención médica, es posible que le corresponda pagar ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coaseguro o un deducible. Es posible que tenga costos adicionales o que deba pagar la factura completa si se atiende con un proveedor o visita un centro de atención médica que no pertenece a la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden estar autorizados a facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama **“facturación de saldos”**. Es probable que este monto sea superior a los costos por el mismo servicio dentro de la red y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldos inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red pero es atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden sumar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Usted está protegido contra la facturación de saldos por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto del costo compartido de su plan dentro de la red (como los copagos, el coaseguro y los deducibles). No se le pueden facturar los saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de que su estado sea estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos por estos servicios posteriores a la estabilización.

Algunos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red

Cuando recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos de sus proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, el máximo que pueden facturarle esos proveedores es el monto de costos compartidos de su plan dentro de la red. Esto se aplica a la medicina de emergencias, anestesia, servicios de patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle los saldos y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle los saldos, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Avisos federales 2025

Cuando la facturación de saldos no está permitida, usted cuenta también con estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coaseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación para los servicios por adelantado (conocido también como “autorización previa”).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Calcular lo que le debe al proveedor o centro (costos compartidos) basándose en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en la explicación de beneficios.
 - Contabilizar todo monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo dentro de la red.

Si cree que se le ha facturado erróneamente, póngase en contacto con el Servicio de Ayuda “Sin Sorpresas” llamando al 1-800-985-3059 de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, para presentar su pregunta o queja.

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos conforme a la legislación federal.

