

Índice

Acerca de esta Guía de beneficios

Esta guía de beneficios describe los aspectos más destacados del programa de beneficios de Merkel ISD en un lenguaje no técnico. Sus derechos específicos a los beneficios del plan se rigen exclusivamente, y en todos los aspectos, por los documentos oficiales del plan, y no por la información contenida en esta guía de beneficios. En caso de discrepancias entre la descripción de los elementos del programa que figura en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan. Por favor, consulte los documentos específicos del plan y la documentación legal importante y relacionada con los beneficios de cada una de las respectivas aseguradoras.

Debe tener en cuenta que todos y cada uno de los elementos de los programas de beneficios de Merkel ISD pueden ser modificados en el futuro, en cualquier momento, para cumplir con las normas del Servicio de Impuestos Internos, o de otra manera según lo decida Merkel ISD.

Bienvenido.....	3
Información clave que debe saber.....	3
Cómo inscribirse.....	4
Plan médico	5
Telemedicina.....	8
Plan odontológico.....	9
Plan oftalmológico.....	10
Cuentas de Gastos Flexibles.....	11
Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos.....	12
Seguro de vida y AD&D.....	13
Seguro voluntario de vida y AD&D.....	13
Educator Disability.....	14
Programa de Asistencia al Empleado.....	15
Seguro de accidentes.....	16
Seguro de enfermedades graves incluido cáncer.....	16
Seguro de indemnización hospitalaria.....	17
Prestación vitalicia de por vida.....	17
Cáncer.....	18
Transporte médico.....	18
Robo de identidad.....	19
Legal.....	20
Avisos importantes.....	21
Contactos.....	27



Bienvenido



Merkel ISD ofrece un paquete de beneficios integral, económico y competitivo. Este paquete le ayuda a protegerlo a usted y a su familia, pero solo funciona si usted asume el control y toma decisiones meditadas sobre sus beneficios. Para aprovechar al máximo sus beneficios, debe tomar decisiones acertadas en materia de afiliación.

Merkel ISD le ofrece varias herramientas, incluyendo este resumen y el sitio web de inscripción en línea para ayudarlo en esta toma de decisiones.

Todos los empleados recién elegibles dispondrán de 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los beneficios. Todos los beneficios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de inicio del empleo.

Los cambios realizados en todos los planes de seguro durante la Inscripción Abierta anual se deducen del primer cheque de nómina en septiembre y la cobertura entra en vigor el 1 de septiembre de 2024.



Información clave que debe saber

Inscripción obligatoria

La cobertura **NO** se trasladará automáticamente al nuevo año de beneficios, por lo que, para el año del plan 2024-2025 todos los empleados deben inscribirse con un asesor licenciado en beneficios en persona.



Términos sobre los seguros

- **Prima:** Monto mensual que paga por la cobertura de atención médica.
- **Deducible:** Monto anual de los gastos médicos que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago:** Monto fijo que usted paga por un servicio cubierto en el momento en que lo recibe. El monto puede variar según el tipo de servicio.
- **Coseguro:** Parte que usted debe pagar por los servicios después de alcanzar su deducible. Suele ser un porcentaje determinado de los costos; p.ej., usted paga el 20% mientras que el plan de salud paga el 80%.
- **Máximo de bolsillo:** Monto máximo que usted paga cada año en concepto de gastos médicos. Después de alcanzar el máximo de bolsillo, el plan paga el 100% de los cargos admisibles por los servicios cubiertos.



Inscripción

Inscripción

Una vez inscripto, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha de su contratación.

Considere detenidamente sus opciones de beneficios, ya que es posible que se apliquen ciertas normas de elegibilidad y eventos habilitantes a cualquier cambio que desee realizar durante el año del plan.

Por favor, asegúrese de revisar el talón de su primer cheque de paga después de su fecha de entrada en vigor para verificar su cobertura de seguro. Comunique inmediatamente cualquier discrepancia al departamento de Recursos Humanos.

Elegibilidad

Los empleados de tiempo completo que **trabajen al menos 20 horas por semana** de forma regular son elegibles para cobertura a partir del primer mes siguiente a la fecha de contratación.

Cónyuge: Usted puede inscribir a su cónyuge.

Hijos: Hijos elegibles incluyen hijos biológicos, hijastros, hijos adoptados, hijos para quienes usted haya sido nombrado tutor legal y sus nietos que sean dependientes suyos para los fines del impuesto federal sobre la renta.

Cómo inscribirse

La Inscripción Abierta se realizará en persona desde el **5 de agosto hasta el 7 de agosto** con un asesor licenciado en beneficios. Tendrá que reunirse con un Asesor en estas fechas para renovar, cancelar, o cambiar sus elecciones actuales de beneficios.

Prepararse para la inscripción

Por favor, tenga a mano la siguiente información al momento de inscribirse.

1. Números de Seguro Social y fechas de nacimiento de sus familiares elegibles.
2. Registros de gastos de atención médica, odontológica y oftalmológica para que pueda planificar sus opciones de beneficios.
3. Información sobre otras coberturas de beneficios o seguros que pueda tener, como los detalles de cobertura de los planes de su cónyuge.
4. Información sobre la designación de beneficiarios, para que pueda identificar correctamente a sus beneficiarios de su seguro de vida.

Importante

Por favor, recuerde que cualquier prima pagada antes de impuestos está "bloqueada". No se pueden cambiar sus elecciones de beneficios a mitad del año del plan, a menos que experimente un evento de vida habilitante. Algunos ejemplos serían:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento o adopción
- Fallecimiento de un dependiente
- Un cambio de residencia que afecte la cobertura
- Pérdida u obtención de empleo del cónyuge
- CHIPRA (Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil)



proporcionado por: **Baylor Scott and White**

Plan médico

Merkel ISD aporta \$350 al plan médico



Nadie puede predecir el futuro, pero sí prepararse para él. Sus beneficios médicos le proporcionan acceso a personas, recursos y herramientas que le ayudarán cuando no se sienta bien.

Merkel ISD ofrece cinco opciones de seguro de salud. Los planes tienen distintos niveles de copagos, deducibles y máximos de bolsillo. Para tomar una decisión informada, por favor siga leyendo las descripciones breves de sus opciones de cobertura.

El programa médico, administrado por Baylor Scott and White of TX, proporciona el marco para su salud y bienestar. Para satisfacer mejor las diferentes necesidades de nuestros empleados, Merkel ISD ofrece los planes médicos que se describen en la siguiente página.



Primas médicas

Comparación de costos de los planes médicos Los aranceles pueden cambiar si la inscripción es un 10% mayor o menor a la participación actual

Costo Mensual	BSW Plus HMO LE4HA112	BSW Plus HMO LC4HA1J2	BSW Plus HMO LC4HA1G2	BSW Plus HMO LC4HA1H2	BSW Access PPO UHB4J212
Empleado	\$145.66	\$188.91	\$202.93	\$221.15	\$235.74
Empleado + Cónyuge	\$987.85	\$1,104.60	\$1,142.43	\$1,191.61	\$1,230.99
Empleado + Hijo(s)	\$495.00	\$568.74	\$592.64	\$623.70	\$648.57
Empleado + Familia	\$1,306.86	\$1,451.45	\$1,498.31	\$1,559.20	\$1,607.98

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.



proporcionado por: **Baylor Scott and White**

Comparación de Planes Médicos

Por año calendario	BSW Plus HMO LE4HA1I2		BSW Plus HMO LC4HA1J2		BSW Plus HMO LC4HA1G2	
PRESTACIONES DEL PLAN (Individual / Familiar)						
Tipo de cobertura	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$3,500 / \$7,000	N/A	\$4,000 / \$8,000	N/A	\$2,500 / \$5,000	N/A
Coseguro	0% después del deducible	No se cubre	0% después del deducible	No se cubre	10% después del deducible	No se cubre
Máximo de bolsillo	\$3,500 / \$7,000	No se cubre	\$7,000 / \$14,000	No se cubre	\$6,000 / \$12,000	No se cubre
Se requiere un Prestador de atención primaria (PCP)	No	No	No	No	No	No
VISITAS AL MÉDICO						
Atención primaria	0% después del deducible	No se cubre	\$25 de copago	No se cubre	\$25 de copago	No se cubre
Especialista	0% después del deducible	No se cubre	\$50 de copago	No se cubre	\$50 de copago	No se cubre
ATENCIÓN INMEDIATA						
Atención de urgencia	0% después del deducible	0% después del deducible	\$50 de copago no aplica deducible	\$50 de copago no aplica deducible	\$50 de copago no aplica deducible	\$50 de copago no aplica deducible
Atención de emergencia	0% después del deducible	0% después del deducible	\$500 de copago no aplica deducible	\$500 de copago no aplica deducible	\$500 de copago por visita más 10% de coseguro	\$500 de copago por visita más 10% de coseguro
Atención preventiva	Sin cargo	No se cubre	Sin cargo	No se cubre	Sin cargo	No se cubre
Radiografías y laboratorio de diagnóstico	0% después del deducible	No se cubre	Sin cargo	No se cubre	Sin cargo	No se cubre
RMI, TC, TEP	0% después del deducible	No se cubre	\$250 de copago no aplica deducible	No se cubre	10% de coseguro no aplica deducible	No se cubre
Hospitalización	0% después del deducible	No se cubre	0% después del deducible	No se cubre	10% después del deducible	No se cubre
Cirugía ambulatoria	0% después del deducible	No se cubre	0% después del deducible	No se cubre	10% después del deducible	No se cubre
MEDICAMENTOS CON RECETA						
Farmacia minorista (suministro para 30 días) Genérico / Preferido de marca	0% después del deducible	No se cubre	Nivel 1 \$10 Nivel 2 \$50 de copago por receta	No se cubre	Nivel 1 \$10 Nivel 2 \$50 de copago por receta	No se cubre
Farmacia minorista (suministro para 30 días) No preferido de marca	0% después del deducible	No se cubre	Nivel 3 \$95 de copago por receta	No se cubre	Nivel 3 \$95 de copago por receta	No se cubre
Especialidad (30 días máx.)	0% después del deducible	No se cubre	Nivel 1: \$250 Nivel 2: \$250 Nivel 3: 20% de coseguro	No se cubre	Nivel 1: \$250 Nivel 2: \$250 Nivel 3: 20% de coseguro	No se cubre
MEDICAMENTOS POR PEDIDO POR CORREO						
Pedidos por correo (suministro para 90 días)	2.5X minorista	No se cubre	2.5X minorista	No se cubre	2.5X minorista	No se cubre



proporcionado por: **Baylor Scott and White**

Comparación de Planes Médicos

Por año calendario

**BSW Plus HMO
LC4HA1H2**

**BSW Access PPO
UHB4J212**

PRESTACIONES DEL PLAN (Individual / Familiar)				
Tipo de cobertura	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$3,000 / \$6,000	N/A	\$3,500 / \$7,000	\$7,000 / \$14,000
Coseguro	0% después del deducible	No se cubre	20% después del deducible	50% después del deducible
Máximo de bolsillo	\$6,000 / \$12,000	No se cubre	\$6,000 / \$12,000	\$18,000 / \$36,000
Se requiere un Prestador de atención primaria (PCP)	No	No	No	No
VISITAS AL MÉDICO				
Atención primaria	\$30 de copago	No se cubre	\$25 de copago	50% después del deducible
Especialista	\$60 de copago	No se cubre	\$50 de copago	50% después del deducible
ATENCIÓN INMEDIATA				
Atención de urgencia	\$50 de copago no aplica deducible	\$50 de copago no aplica deducible	\$50 de copago no aplica deducible	\$50 de copago no aplica deducible
Atención de emergencia	\$500 de copago no aplica deducible	\$500 de copago no aplica deducible	\$500 de copago por visita más 20% de coseguro	\$500 de copago por visita más 20% de coseguro
Atención preventiva	Sin cargo	No se cubre	Sin cargo	50% después del deducible
Radiografías y laboratorio de diagnóstico	Sin cargo	No se cubre	Sin cargo	50% después del deducible
RMI, TC, TEP	\$250 de copago no aplica deducible	No se cubre	20% de coseguro no aplica deducible	50% después del deducible
Hospitalización	0% después del deducible	No se cubre	20% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	0% después del deducible	No se cubre	20% después del deducible	50% después del deducible
MEDICAMENTOS CON RECETA				
Farmacia minorista (suministro para 30 días) Genérico / Preferido de marca	Nivel 1 \$10 Nivel 2 \$50 de copago por receta	No se cubre	Nivel 1 \$10 Nivel 2 \$50 de copago por receta	50% de coseguro
Farmacia minorista (suministro para 30 días) No preferido de marca	\$95 de copago por receta	No se cubre	\$95 de copago por receta	50% de coseguro
Especialidad (30 días máx.)	Nivel 1: \$250 Nivel 2: \$250 Nivel 3: 20% de coseguro	No se cubre	Nivel 1: \$250 Nivel 2: \$250 Nivel 3: 20% de coseguro	50% de coseguro
MEDICAMENTOS POR PEDIDO POR CORREO				
Pedidos por correo (suministro para 90 días)	2.5X minorista	No se cubre	2.5X minorista	No se cubre



proporcionado por: **Reкуро Health**

Telesalud

Prestador nuevo



Visitas virtuales: Reciba atención 24/7, en cualquier lugar

¡Acceda a médicos certificados por la junta 24/7, los 365 días del año para **usted y su familia!** Los médicos conversarán sobre sus síntomas, confirmarán el diagnóstico y le recetarán la medicación necesaria. Se pueden realizar visitas por vídeo o por teléfono, con un tiempo promedio de espera de sólo diez minutos.
Prima mensual: \$10

Arancel de consulta: \$0 Consultas ilimitadas

No se arriesgue a tener que esperar en salas atestadas de gente, a pagar atención de urgencia costosa o facturas de la sala de emergencias o a tener que esperar semanas o más para ver a un médico, cuando puede hablar con un doctor de Visitas Virtuales al cabo de unos pocos minutos.

Las visitas de atención de urgencias virtuales proporcionadas por Reкуро Health, son una alternativa cómoda para el tratamiento de más de 80 afecciones de salud, incluyendo:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Acné/sarpullidos | Alergias |
| Resfríos / Gripe / Tos | Problemas gastrointestinales |
| Problemas de oído | Fiebre / Dolores de cabeza |
| Picaduras de insectos | Náuseas / Vómitos |
| Conjuntivitis | Problemas respiratorios |
| Infecciones urinarias | Y más |

Active hoy mismo su cuenta
Reкуро:

Llame a Reкуро al: **855-6RECURO**
Ingrese en: **member.reкуроhealth.com**

Visitas virtuales de salud conductual las consultas con terapeutas licenciados en salud conductual están disponibles mediante cita. Los médicos de Visitas Virtuales incluso pueden enviar una receta electrónica a su farmacia local.

Psiquiatra o consejero licenciado: \$85 Visita inicial de psiquiatría: \$225 Visita de seguimiento de psiquiatría: 99

Reciba atención virtual en casos de:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| TDAH / ADD | Depresión |
| Manejo de la ira | Estrés |
| Ansiedad | Trastornos alimenticios |
| Desorden bipolar | Duelo y pérdida |
| Trastornos del sueño | TEPT |
| Tabaquismo | TOC |
| Abuso de sustancias | Y más |

Beneficio de recetas proporciona una lista seleccionada de recetas, con acceso al 90% de los medicamentos genéricos recetados por telemedicina.

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| Recetas con descuento | Cobertura de dependientes |
| Sin copago | Acceso en todo el país |
| Principales farmacias | Más de 65,000 farmacias |



proporcionado por: **Humana**

Plan Odontológico



La buena salud empieza en la boca. El seguro odontológico paga exámenes y limpiezas dentales periódicas. También hace más asequible el tratamiento de caries, tratamientos de conducto y otras afecciones.

Con los planes Alto y Bajo, usted disfruta de descuentos negociados con los odontólogos de nuestra red Humana. Después del deducible, usted paga porcentajes de coseguro por cada servicio cubierto hasta su máximo anual.

¿Necesita ayuda para encontrar un dentista de la red? Ingrese en www.Humana.com o llame al 800-233-4013.

*** ES RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO VERIFICAR QUE EL PRESTADOR ESTÉ DENTRO DE LA RED EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.**

*Hay un Máximo Anual Ampliado que permite una cobertura adicional del 30% para servicios preventivos, básicos y mayores una vez alcanzado el máximo del año calendario (excluye ortodoncia)"

Primas del plan odontológico

Costo mensual	Alto	Bajo
Empleado	\$32.47	\$22.33
Empleado + 1 Dependiente	\$61.88	\$43.15
Empleado + Familia	\$103.42	\$71.55

Resumen de los beneficios odontológicos

	Alto	Bajo
Su red	Traditional Plus PPO	Preventive Plus PPO
Copago de visita a consultorio	N/A	N/A
Deducible del año calendario	\$50/\$150	\$50/\$150
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	Dentro/ Fuera de la red	Dentro/ Fuera de la red
Atención preventiva	100%	100%
Deducible se exime		
Servicios básicos	80% después del deducible	80% después del deducible
Servicios mayores	50% después del deducible	No se cubre
Beneficio Máximo Anual	\$1,000	\$1,000
Beneficio de ortodoncia	Ortodoncia de hijos hasta los 18 años. Paga el 50% de la ortodoncia cubierta hasta un máximo de por vida de \$1,000	No se cubre; los afiliados pueden recibir un descuento



proporcionado por: **Humana**

Plan Oftalmológico



Su plan oftalmológico es una parte importante de su bienestar general. Los beneficios oftalmológicos están diseñados para proporcionarle a usted y a sus familiares cubiertos la atención, el valor y el servicio necesarios para ayudarles a mantener una buena visión y salud en general. Este plan alienta a realizarse exámenes anuales además de los armazones y cristales que necesite.

Primas del plan oftalmológico

Costo mensual

Empleado	\$7.46
Empleado + 1 Dependiente	\$12.90
Empleado + Familia	\$18.30

FRECUENCIAS

(En base a la fecha de servicio)

Lentes de contacto*	1 por cada 12 meses
Examen	1 por cada 12 meses
Armazón	1 por cada 12 meses
Cristales	1 por cada 12 meses

*El plan cubre lentes de contacto o armazones, no ambos.

Resumen de los beneficios oftalmológicos

	ASIGNACION ES DENTRO DE LA RED	ASIGNACIONES FUERA DE LA RED
EXAMEN	\$10	Hasta \$30
ARMAZONES	\$150 de asignación, 20% de descuento sobre saldo por encima de \$150	\$80 de asignación
CRISTALES (ESTÁNDAR) POR PAR		
Monofocales	\$10	Hasta \$25
Bifocales	\$10	Hasta \$40
Trifocales	\$10	Hasta \$60
Lenticulares	\$10	Hasta \$100

OPCIONES DE CRISTALES CUBIERTOS

Revestimiento UV	\$15	No se cubre
Tinte (firme y degradado)	\$15	No se cubre
Resistencia a arañazos estándar	\$15	No se cubre
Policarbonato estándar - adultos	\$40	No se cubre
Policarbonato estándar - hijo <19	\$0	No se cubre
Revestimiento antirreflectante estándar	\$25	Hasta \$25
Revestimiento antirreflectante premium		
- Nivel 1	\$37	Hasta \$25
- Nivel 2	\$48	Hasta \$25
- Nivel 3	80% del cargo menos \$20 de asignación	Hasta \$25
Progresivo estándar (complemento para bifocales)	\$10	Hasta \$40
Progresivo premium		
- Nivel 1	\$75	Hasta \$40
- Nivel 2	\$85	Hasta \$40
- Nivel 3	\$100	Hasta \$40
- Nivel 4	\$55 de copago, 80% del cargo menos \$120 de asignación	Hasta \$40
Transiciones de plástico / fotocromáticos	\$75	No se cubre
Polarizado	80% del cargo	No se cubre
LENTE DE CONTACTO		
Cosméticas - Convencionales	\$150 de asignación, 15% de descuento sobre saldo por encima de \$150	\$128 de asignación
Descartables	\$150 de asignación	\$128 de asignación
Medicamentos necesarios	\$0	\$210 de asignación

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

Cuenta de gastos flexibles



Una Cuenta de gastos flexibles (FSA) le permite pagar los gastos elegibles con dinero libre de impuestos. En cada período de pago, usted aporta a una FSA dinero antes de impuestos de su cheque de pago. Esto, a su vez, puede ayudar a reducir su renta imponible. Tipos de FSA:

FSA para Atención Médica - Ayuda a pagar gastos médicos admitidos no cubiertos por el seguro (copagos, deducibles, costos de medicamentos con receta, etc.)

FSA para Atención de Dependientes - Ayuda a pagar gastos de atención de dependientes elegibles como sus hijos, cónyuge y/o parientes.

Regla "Se usa o se pierde"

Según lo exige el Servicio de Impuestos Internos (IRS), una FSA tiene una regla de "se usa o se pierde" según la cual los fondos que tenga sin usar en la cuenta al final del año del plan (más cualquier período de gracia que aplique) se perderá. Cuando elija una FSA durante la inscripción abierta, el empleado debe indicar cuánto desearía aportar a la FSA durante el año. El objetivo es elegir un monto que cubra los gastos de atención médica o atención de dependientes, pero que no sea tan alto de modo de evitar perder el dinero al final del año. El período de gracia establecido será de 1.5 meses.

En resumen

El año del plan de la FSA:

- **1 de septiembre de 2024 - 31 de agosto de 2025**

Plazos de presentación de reclamaciones:

- **FSA para Atención Médica**

Período de gracia de 45 días para presentar reclamaciones.

- **FSA para Atención de Dependientes**

Período de gracia de 45 días para presentar reclamaciones.

Aporte anual máximo para 2024:

- HFSA: **\$3,200**
- DCFSA: **\$5,000**

Gastos elegibles

Servicios de acupuntura y quiroprácticos
Extremidades o dientes artificiales
Píldoras anticonceptivas, preservativos, dispositivos anticonceptivos y procedimientos de esterilización
Clases de preparación para el parto
Copagos, coseguro, y deducibles, muletas, sillas de rueda y otro equipamiento médico duradero.
Exámenes odontológicos, limpiezas, empastes y otros servicios admitidos.
Exámenes oculares y cirugía correctiva de la visión. Anteojos, lentes de contacto y soluciones.
Audífonos
Facturas de hospital
Insulina, suministros para diabéticos y kits de análisis
Pruebas médicas y otros servicios médicos
Kilometraje de ida y vuelta a los servicios médicos
Ortodoncia
Artículos médicos de venta libre, como vendas y termómetros
Exámenes físicos y chequeos médicos
Medicamentos con receta
Radiografías
... y cientos más



Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos

Nota: ¡Los fondos no utilizados de la HSA se traspasan de un año a otro incluso si optó por no hacer aportes!

¿Cómo participar?

Es fácil comenzar a ahorrar con una HSA de TASC. Solo hay que seguir 3 simples pasos:

- **Decidir** cuánto quiere aportar para el próximo año del plan.
- **Inscribirse** completando el proceso de inscripción en línea cada año.
- **Acceder** fácilmente a sus fondos usando la Tarjeta TASC.

Sus aportes

Cuanto más aporte, menor será su ingreso imponible. Y sin riesgo de pérdida, puede aportar el máximo anual cada año. Los fondos sobrantes se traspasarán o podrán transferirse a la cuenta de inversión (fondos superiores a \$2,000). También tenga en cuenta:

- Los fondos que aporte a su HSA de TASC solo pueden utilizarse para gastos de atención médica admitidos (hasta los 65 años).
- Puede hacer aportes en cualquier momento durante el Año del Plan, hasta el máximo anual, y retirar los fondos en cualquier momento, libre de impuestos.
- Puede usar su HSA para ahorrar para gastos médicos cuando se jubile, momento en que los gastos de atención médica generalmente suben.

Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA)

Una Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA) trabaja con un Plan Médico de Deducible Alto (HDHP), y le permite separar una parte de su cheque de pago, antes de impuestos, en una cuenta para ayudarlo a pagar gastos médicos admitidos que no están cubiertos por su plan. También puede ayudarlo a planificar los gastos médicos futuros. ¡Los fondos sobrantes pueden transferirse a la Cuenta de Inversión HSA año tras año para su crecimiento futuro!

¿Cómo funciona una HSA?

En 2024, el IRS aumentó los máximos de las HSA. Usted puede depositar **hasta \$4,150 para usted o hasta \$8,300 para su familia**, en su HSA. Aquellos que tienen 55 años y más, pueden hacer aportes (adicionales) de nivelación de \$1,000 a sus HSA. Este límite es fijado por el IRS. Puede usar el dinero en su HSA para pagar los deducibles del seguro y atención/suministros médicos como odontología, oftalmología y medicamentos con receta.

Cuando se inscriba, se le abrirá una cuenta. Se le dará acceso a un portal web seguro, fácil de usar donde puede consultar el saldo de su cuenta y enviar pedidos de reembolso. Además, se le emitirá una tarjeta TASC que puede usar en el punto de venta para pagar gastos médicos admitidos. Puede hacer pedidos de reembolso en línea en www.tasconline.com o llamando al **800-422-4661**. El pago se hará en función de sus fondos disponibles. Las distribuciones pueden pagarse a usted o a un prestador. Los aportes por encima del límite anual son llamados aportes excesivos y podrían estar sujetos a un impuesto interno del seis por ciento.

Los participantes pueden obtener la ayuda que necesitan para gestionar sus beneficios a través del sitio web, aplicación móvil, o llamando al centro de TASC

¡Una triple ventaja fiscal!

La HSA es un vehículo de inversión con ventajas fiscales que ofrece tres beneficios fiscales separados:

- Los aportes a la HSA son antes de impuestos.
- Los intereses devengados por los fondos de inversión están exentos de impuestos.
- Los retiros para gastos médicos admitidos están exentos de impuestos.

Nota: Tiene que estar inscripto en el plan **BSW HMO LE4HA112** para continuar haciendo aportes a la Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos.





proporcionado por: Lincoln

Seguro de vida a término y AD&D

Seguro básico de vida/AD&D

PAGADO POR EL EMPLEADOR



Proteger el futuro de su familia es sin duda una de sus mayores prioridades. Una forma de ayudar a conseguir este objetivo es mediante un seguro de vida. Merkel ISD le proporciona un valioso plan de seguro básico de vida sin costo alguno para usted.

En resumen

Beneficio del seguro básico de vida:

- \$10,000

Beneficio del seguro de AD&D:

- \$10,000

¿Cómo funciona?

Usted mantiene la cobertura por un período establecido de tiempo, o "término".

Si fallece durante ese término, el dinero puede ayudar a su familia a pagar los gastos básicos de subsistencia, gastos de sepelio, matrícula y otros. El seguro de AD&D viene con el seguro de vida, y puede pagar un beneficio si usted sobrevive a un accidente pero sufre determinadas lesiones graves. Si usted fallece a causa de un accidente cubierto, este seguro puede pagar un monto adicional. El monto de la cobertura se reduce en un 50% a los 70 años de edad y termina cuando se jubila.

¿Cuándo debe presentar una reclamación?

Tramitar una reclamación de seguro de vida requiere un toque especial. Todos nuestros empleados encargados de los beneficios de vida completan una capacitación anual en duelo que les ayuda a empatizar con los beneficiarios y a reconocer cuándo necesitan atención especial. Nuestro objetivo es liquidar los reclamos rápidamente.

Qué más incluye

- **Travel Connect** – Servicios que le dan a usted y a su familia acceso a asistencia médica de emergencia cuando está de viaje a más de 100 km Merkel de su casa.
- **Servicios Life/Key** – Servicios que proporcionan acceso a asesoramiento y apoyo financiero y legal.

Seguro voluntario de vida/AD&D

PAGADO POR EL EMPLEADO

Además de su Seguro básico de vida, usted tiene la oportunidad de contratar protección adicional de seguro voluntario de vida/AD&D en Lincoln Financial. Este beneficio está diseñado para ayudar a proporcionar seguridad financiera para usted y su familia. Esta cobertura es un **beneficio pagado** por el empleador.

¿Cómo funciona?

Usted elige el monto de cobertura que le conviene y mantiene la cobertura durante un período de tiempo determinado, o "término". Si fallece durante ese término, el dinero puede ayudar a su familia a pagar los gastos básicos de subsistencia, gastos de sepelio, matrícula y otros. El seguro de AD&D está integrado en el seguro de Vida y paga un beneficio si usted sobrevive a un accidente pero sufre determinadas lesiones graves. Si usted fallece a causa de un accidente cubierto, este seguro paga un monto adicional. El monto de la cobertura se reducirá al 50% a los 70 años de edad y termina cuando se jubila.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

En la fecha de entrada en vigor de la póliza, todos los miembros (inscritos o elegibles) pueden incrementar el monto de su beneficio por hasta el monto de emisión garantizada sin tener que responder a preguntas de salud.

En resumen

- Obtenga una emisión garantizada de hasta \$150,000 para usted y de \$50,000 para su cónyuge, y \$10,000 para los hijos.
- Para cobertura de hijos, no se requiere presentar constancia de asegurabilidad.

Qué más incluye

- **Beneficio por muerte acelerada** — Opción de retirar un porcentaje de su cobertura del seguro de vida cuando se le diagnostica una enfermedad terminal.
- **Exención de primas** — El seguro de vida para dependientes continúa automáticamente, sin pagos de primas, durante cinco meses tras el fallecimiento del miembro asegurado.
- **Portabilidad** — Usted puede conservar la cobertura si se va del Distrito, se jubila o cambia la cantidad de horas que trabaja.



proporcionado por: **The Standard**

Educator Disability



Protección de ingresos Educator Disability (por discapacidad del educador)

de The Standard ayuda a los empleados de la escuela (grados K-12) a proteger sus ingresos satisfaciendo sus necesidades específicas, incluidas licencias, cobertura durante recesos escolares y vacaciones e ingresos estivales. Educator Options ofrece un beneficio mensual a los empleados elegibles que estén parcial o totalmente discapacitados a causa de una enfermedad física, lesión, embarazo o trastorno mental cubiertos.

Tenga la cobertura que necesita

La cobertura incluye opciones que le permiten diseñar un plan flexible que mejor satisfaga sus necesidades. Usted puede seleccionar:

- El período de eliminación, que es el lapso de tiempo que tendría que esperar entre el día en que comienza una discapacidad y la fecha en que comienza a recibir beneficios.
- La duración, que es el lapso de tiempo en que podría recibir beneficios.

La Solución Asequible

El seguro de discapacidad de largo plazo de The Standard se le ofrece a usted a un arancel grupal competitivo, con la facilidad y conveniencia de deducciones de nómina. Y lo mejor de todo, usted elige el monto de beneficio que se adecue a las necesidades de su familia y no tiene que responder ninguna pregunta de salud ni someterse a exámenes médicos cuando solicita la cobertura.

NOTA: Las opciones 0/7, 14/14 y 30/30 son elegibles para beneficios de 1er día de hospital.

Prima de Educator Disability Duración del beneficio - hasta los 65 años por enfermedad o accidente

Costo mensual	Costo por cada \$100 de beneficio
0/7	\$3.37
14/14	\$2.98
30/30	\$2.52
60/60	\$1.64
90/90	\$1.41
180/180	\$1.03

Prima de Educator Disability Duración del beneficio - 5 años por enfermedad y hasta los 65 años por accidente

Costo mensual	Costo por cada \$100 de beneficio
0/7	\$3.17
14/14	\$2.75
30/30	\$2.37
60/60	\$1.54
90/90	\$1.32
180/180	\$1.00

proporcionado por: **The Standard**

Programa de Asistencia al Empleado



¡Su aplicación móvil ya está disponible!

Ayuda gratuita • cómoda • sobre la marcha

-  **Revisar las ventajas para los afiliados**
-  **Apoyo confidencial** de consejeros profesionales licenciados para temas personales, familiares y laborales
-  **Servicios Work/Life (para la vida laboral/personal)** localiza la ayuda adecuada para el cuidado de niños/ancianos, asuntos legales/financieros, traslados, y mucho más
-  **Llamada con un solo toque:** Hable con un Consejero Profesional Licenciado
-  **Contacto rápido por correo electrónico:** Haga una pregunta o aborde un problema
-  **Sitio web 24/7 EAP+Work/Life**
 - Ver el vídeo de orientación de EAP+Work/Life
 - Mejore sus habilidades con las capacitaciones en línea
 - Vea nuestros seminarios web
 - Realice evaluaciones de salud y bienestar
 - Explore temas que van desde cuidados hasta la planificación de la jubilación
 - Acceda a calculadoras para presupuestos, préstamos, universidad, etc.

Recuerde, Health Advocate está a disposición de los empleados, cónyuge/pareja de hecho, hijos dependientes hasta los 26 años y todos los miembros de la familia sin costo alguno.



888.293.6948

Nombre de la organización: The Standard- EAP – 3 Visits

Correo electrónico: answers@HealthAdvocate.com

Web: HealthAdvocate.com/standard3

HealthAdvocate™

Otros beneficios



Seguro de accidentes proporcionado por: MetLife

Los accidentes suceden. El Seguro de Accidentes **MetLife** le ayuda a manejar estos imprevistos pagándole una suma en efectivo directamente a usted. El plan paga independientemente de cualquier otra cobertura que tenga, y no existen restricciones sobre cómo puede utilizar el dinero.

En todos los niveles de cobertura se incluye un beneficio para Deportes Organizados. Si un hijo cubierto de 18 años o menos se lesiona mientras practica un deporte organizado, MetLife paga un 25% adicional del total de beneficios por el tratamiento recibido.

El plan también ofrece un beneficio de Exámenes de salud de \$200. 1 vez por año calendario, por persona cubierta.

El plan paga un beneficio por lesión, emergencia, cirugía, hospitalización, atención de seguimiento y otros beneficios de valor agregado.

Prima del seguro de accidentes

Costo mensual

ALTO

Empleado	\$15.02
Empleado + Cónyuge	\$22.29
Empleado + Hijo(s)	\$30.10
Empleado + Familia	\$37.65

Seguro de enfermedades graves incluido Cáncer proporcionado por: MetLife

Su seguro de salud cubre muchos de sus costos de tratamiento, pero aun así le queda otro montón de gastos para los que sus finanzas no están preparadas. **El seguro de enfermedades graves** puede ayudarle con estos costos pagando un beneficio directamente a usted.

Niveles de cobertura entre los que puede elegir:

- **\$5,000 a \$40,000 por empleado**
- **100% del beneficio inicial del empleado para el cónyuge**
- **100% del beneficio inicial del empleado para hijo(s) dependiente(s)**

Para conocer aranceles, vea a su Asesor de Beneficios.

El plan también ofrece un beneficio de Exámenes de salud de \$50. 1 vez por año calendario, por persona cubierta.

En resumen

- **Beneficio de exámenes de mantenimiento de la salud: \$50 por asegurado/año**
- Emisión garantizada, totalmente traspasable, deducción de la nómina

Las afecciones cubiertas incluyen, entre otras:

- **Ataque cardíaco / apoplejía**
- **Cáncer (invasivo y no invasivo)**
- **Insuficiencia renal en etapa terminal**
- **Insuficiencia de órgano mayor**
- **ELA avanzado**
- **Enfermedad de Alzheimer avanzada**
- **Enfermedad de Parkinson avanzada**
- **Enfermedades infantiles**

Otros beneficios

Seguro de indemnización hospitalaria

provided by: **MetLife**

Un viaje al hospital puede resultar costoso, y muchos empleados no están preparados para los gastos de bolsillo que implica una estadía en el hospital, incluso con cobertura médica. El **seguro de Indemnización Hospitalaria** paga a los empleados un beneficio en efectivo en caso de hospitalización, al margen de los costos del tratamiento o de otra cobertura de seguro. Es una forma asequible en la que los empleados pueden cuidar sus finanzas.

- Admisión al hospital - **\$1,000 (hasta 4 veces al año)**
- Estadía en hospital - **\$100/día (paga hasta 30 días)**
- Admisión en UCI - **\$1,000 (se paga además del beneficio de admisión al hospital)**
- Estadía en UCI - **\$100/día (se paga además de la estadía en hospital por hasta 15 días)**
- Estadía para cuidado de recién nacido - **\$25/día (2 días por estadía)**

El plan también ofrece un beneficio de Exámenes de salud de \$50. 1 vez por año calendario, por persona

Prima del seguro de indemnización hospitalaria

Costo mensual

Empleado	\$19.13
Empleado + Cónyuge	\$34.42
Empleado + Hijo(s)	\$29.05
Empleado + Familia	\$44.35

Beneficio de seguro de vida a término

Proporcionado por: **Chubb**

Seguro de beneficio de vida a término

El seguro de beneficio de vida a término totalmente traspasable de Chubb, ofrece la estabilidad de primas y prestaciones garantizadas. Proporciona seguros de vida a términos y permanentes y beneficios para servicios de cuidado y acompañamiento.

Los empleados que reciben cuidados tienen más opciones que nunca antes, y pueden recibir beneficios ya sea que los cuidados sean provistos por un profesional o un familiar y pueden cambiar libremente entre los dos tipos de cuidados.

Los empleados obtienen una red de seguridad para sus seres queridos y la posibilidad de afrontar mejor un cuidado de alta calidad y confortable cuando lo necesiten.

La cobertura está disponible para su cónyuge, hijos y nietos dependientes.

Para conocer aranceles, vea a su Asesor de Beneficios.

En resumen

- Beneficios de atención a largo plazo (LTC) que se mantienen durante toda su vida.
- Utilice parte de su beneficio por fallecimiento para ayudar a gestionar los gastos si le diagnostican una enfermedad terminal. Mantenga su cobertura al mismo precio y con los mismos beneficios si cambia de trabajo o se jubila.
- **Monto de emisión garantizada hasta \$100,000.**

Otros beneficios

Cáncer

proporcionado por: **Colonial**

Cuando le dicen que tiene cáncer, uno piensa en muchas cosas. Lo único en lo que no quiere pensar es en cómo pagar todos los gastos derivados de su atención médica y recuperación. **El seguro de cáncer** le paga directamente a usted en función del tratamiento que recibe.

Los planes de seguro médico pueden cubrir muchos de los gastos asociados al diagnóstico de cáncer. Sin embargo, hay muchos costos no médicos asociados a la recuperación, como el transporte al tratamiento, el cuidado de los niños y los salarios perdidos por no poder trabajar.

Este plan pagará un beneficio por estadía en el hospital, centro asistencial, enfermería, médico tratante, radioterapia/quimioterapia, medicación, sangre/plasma/plaquetas, tratamiento experimental, prótesis, trasplante de células madre, transporte, alojamiento, cirugía, anestesia, segunda opinión médica y muchos más...

El plan también ofrece un beneficio de Exámenes de salud de \$75. 1 vez por año calendario, por persona cubierta.

Prima de cáncer

Costo mensual

Plan 3

Plan 4

Empleado

\$22.55 \$29.15

Empleado + Familia

\$37.50 \$48.45

Transporte médico

proporcionado por: **MASA**

La mayoría de la gente asume que su seguro de salud cubrirá la mayor parte, si no la totalidad, de los costos de estos transportes.

Por lo general, ocurre lo contrario, lo que le deja con responsabilidades financieras. La cobertura de **Transporte médico** paga estos costos para que usted no tenga que hacerlo.

Transporte de emergencia terrestre y aéreo en EE.UU./Canadá

- Un arancel bajo para su tranquilidad
- Sin deducibles
- Proceso de reclamaciones fácil
- Sin preguntas de salud

Descargue la aplicación móvil de MASA hoy mismo.

La inscripción es fácil con su ID de miembro.

*Acceda a sus credenciales digitales
*Vea los documentos y beneficios del plan
*Vea su historial de reclamaciones

Primas de transporte médico

Costo mensual

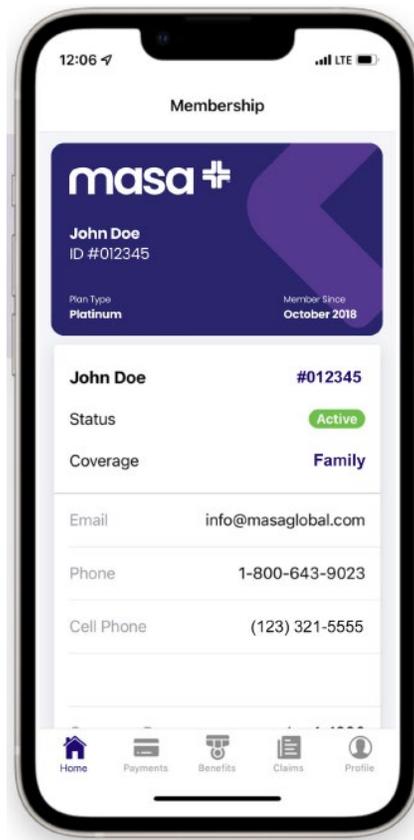
EMERGENT PLUS

Empleado

\$14.00

Empleado + Familia

\$14.00



Otros beneficios

Prestador nuevo **Robo de identidad** proporcionado por: **Allstate**

Con la Protección de identidad Pro+ Cyber de Allstate, usted tiene un servicio integral de monitoreo de identidad y resolución de casos de fraude diseñado para ayudarlo a protegerse y proteger a su familia contra las amenazas digitales de estos tiempos, más funciones de ciberseguridad para identificar y resolver vulnerabilidades antes de que puedan explotar.

	Pro+	Pro+ Cyber
Empleado	\$7.95	\$9.95
Empleado + Familia	\$13.95	\$17.95

Protección financiera	Pro+		Pro+ Cyber	
	Individual	Familiar	Individual	Familiar
	La cobertura de hasta \$1M incluye:		La cobertura de hasta \$1M incluye:	La cobertura de hasta \$2M incluye:
Reembolso de gastos por robo de identidad ¹	✓		✓	
Reembolso de fondos robados ¹	✓		✓ (hasta un sublímite de \$1M para esta categoría de protección)	
Reembolso por fraude de 401(k)/ HSA ¹	✓		✓ (hasta un sublímite de \$1M para esta categoría de protección)	
Reembolso de gastos por fraude de familiar fallecido ¹	✓		✓	
Reembolso de gastos por fraude de título de propiedad ¹	✓		✓	
Reembolso de gastos por fraude profesional ¹	✓		✓	
Reembolso de gastos por cibersecuestro de datos personales ¹				✓

Otros beneficios

Nuevo beneficio

Legal

proporcionado por: **U.S. Legal Services**

Incluye paquete de bienestar total

- Aplicación móvil
- Portal para miembros
- Biblioteca legal en línea
- Documentos legales DIY (hágalo usted mismo)
- Paquete de bienestar financiero
- Línea de emergencia 24/7
- Programa de ventajas BenefitHub
- Asesoramiento y preparación de impuestos (arancel de \$195 para todos los anexos y formularios)

Mejoras del plan legal incluidas específicamente para Merkel ISD:

- Derecho de la tercera edad
- Compra/venta de segunda vivienda
- Edad de dependiente hasta los 26 años
- Protección de IRS

Family Defender®

\$18.75 por mes

Family Defender® de un vistazo

Cobertura para el empleado, cónyuge e hijos dependientes solteros elegibles hasta los 26 años.

Derecho civil

- Demandante o demandado
- Audiencias administrativas
- Demandas pequeñas
- Cambio de nombre
- Mandamientos judiciales civiles
- Asuntos de arrendador/arrendatario como arrendatario

Protección del consumidor-vendedor

- Protección del consumidor
- Protección de bienes personales

Asuntos imprevistos**

- Lesiones personales
- Accidentes automovilísticos
- Resbalones y caídas
- Mala praxis médica

Derecho penal

- Defensa de delitos menores
- Defensa de menores
- Habeas Corpus

Preparación y revisión de documentos

- Cartas de demanda
- Actas de renuncia a la propiedad
- Declaración jurada personal
- Pagaré
- Boleto de compraventa
- Contrato personal
- Contrato de arrendamiento

Planificación patrimonial

- Testamento vital y codicilos
- Poderes
- Testamentos y fideicomisos testamentarios para menores
- Administración de herencias
- Tutela o curatela no controvertida

Derecho de familia*+

- Divorcio de mutuo acuerdo
- Divorcio controvertido
- Anulaciones
- Manutención del cónyuge
- Demanda de paternidad
- Manutención y custodia de los hijos
- Ejecución posterior a la sentencia
- Modificación posterior a la sentencia
- Distribución equitativa de los bienes gananciales

Derecho de familia (otros)

- Acuerdos pre/postnupciales
- Adopción nacional
- Violencia doméstica

Temas financieros

- Cobro de deudas
- Defensa en caso de embargos
- Protección frente a auditorías del IRS
- Ejecución hipotecaria+
- Cap. 7 y 13 Quiebra+

Temas de inmigración

- Ampliación de visas
- Naturalización
- Deportación (Expulsión)

Operaciones inmobiliarias

- Revisión/preparación de contrato de compra, hipoteca y escritura
- Compra/venta de vivienda principal
- Refinanciación de vivienda principal
- Asistencia del abogado al cierre
- Disputas inmobiliarias
- Disputas de vecinos

Violaciones de tránsito

- Violaciones de tránsito en circulación
- Primera infracción DUI (conducción bajo influencia)
- Renovación y suspensión de licencia

Otros asuntos legales

- Derecho de la tercera edad
- Ley de seguros
- Constitución estándar de empresas

Arancel con descuento del 33.3%

- Preexistencias y no cubiertos (excepto asuntos excluidos)

Sin copagos

Sin formularios de reclamaciones

Sin deducibles

*Disputado: sujeto a una limitación de 12 horas. **Primeros \$1,000 eximidos del arancel. +Sujeto a un periodo de espera de 120 días. Opciones de reembolso fuera de la red disponibles.

Para obtener más información visite www.uslegalservices.net/family-defender



Avisos importantes

Aviso importante de Merkel ISD sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Baylor Scott & White y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no adherirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en adherirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área.

Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se puso a disposición de todas las personas que tienen Medicare en 2006. Usted puede obtener esta cobertura si se adhiere a un Plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también podrían ofrecer mayor cobertura por una prima mensual más alta.
2. Baylor Scott & White ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por Baylor Scott & White, cubra en promedio, para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se la considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (recargo) si posteriormente decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede adherir a un Plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para afiliarse a Medicare y luego todos los años, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide adherirse a un Plan de medicamentos de Medicare?

Si decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Baylor Scott & White se verá afectada. Usted puede conservar esta cobertura si elige adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, y su plan de salud de Baylor Scott & White coordinará sus beneficios con Medicare para la cobertura de medicamentos. Consulte las páginas 7-9 de la Guía de Divulgación de la Cobertura Acreditable de los CMS para las Personas Elegibles para la Parte D de Medicare (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones/opciones del plan de medicamentos con receta que las personas elegibles para Medicare pueden tener a su disposición cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.

Si decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Baylor Scott & White, tenga en cuenta que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo deberá pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse en un Plan de medicamentos de Medicare?

También debería saber que si cancela o pierde su cobertura actual Baylor Scott & White y no se adhiere a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días corridos posteriores a la finalización de su cobertura actual, podría tener que pagar una prima más alta (recargo) para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días corridos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que su prima mensual aumente en al menos un 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes en que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser al menos un 19% más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta por todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, también podría tener que esperar hasta el siguiente mes de octubre para adherirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su actual cobertura de medicamentos con receta:

Para más información, comuníquese con la persona indicada a continuación.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de Baylor Scott & White. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual "Medicare & You" ("Medicare y Usted"). Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También, es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare: Visite www.medicare.gov

Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal para Asistencia en Seguro Médico. (En el interior de la contratapa de su manual "Medicare & You" (Medicare y usted) encontrará el número de teléfono.

Llame al: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Los usuarios TTY deberían llamar al: **1-877-486-2048**

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**.

Actualizado por última vez: **1 de agosto de 2024**

Nombre de la entidad: Merkel ISD

Contacto-Cargo/Oficina: Dirección del Departamento de Recursos Humanos: 314 Manchester Street Merkel, TX. 79536

Número de teléfono: 325-928-5813

Preguntas y respuestas sobre COBRA/Derechos de continuación de cobertura

¿Qué es la continuación de cobertura de COBRA?

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta terminaría de otro modo debido a un evento de vida conocido como "evento habilitante". Más adelante en este aviso encontrará una lista de eventos habilitantes específicos. Luego de ocurrido un evento habilitante, se debe ofrecer la continuación de cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario admitido." Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios admitidos si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. Dentro del Plan, los beneficiarios admitidos que eligen la continuación de cobertura de COBRA deben pagar la continuación de cobertura de COBRA más una tasa administrativa del 2%.

Si usted es un empleado, pasará a ser beneficiario admitido si pierde la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Se reduce su horario de trabajo; o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario admitido si pierde la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Su cónyuge fallece;
- Se reduce el horario de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su cónyuge;
- Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge. Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios admitidos si pierden la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:
 - El empleado que es padre-madre de dicho dependiente fallece;
 - Se reduce el horario de trabajo del empleado que es padre-madre de dicho dependiente;
 - El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su cónyuge;
 - Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
 - Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios admitidos si pierden la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- El empleado que es padre-madre de dicho dependiente fallece;
- Se reduce el horario de trabajo del empleado que es padre-madre de dicho dependiente;
- El empleo del empleado que es padre-madre termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- El empleado que es padre-madre del dependiente pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá continuación de cobertura de COBRA a beneficiarios admitidos solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. Cuando el evento habilitante sea el fin del empleo o la reducción del horario de trabajo, el fallecimiento del empleado, el inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador o el hecho de que el empleado pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el empleador deberá notificar el evento habilitante al Administrador del Plan (NBS).

Usted debe notificar algunos eventos habilitantes

Para los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores al evento habilitante. Debe proporcionar este aviso al director de Recursos Humanos, incluyendo la documentación pertinente (sentencia de divorcio; documento de separación legal, etc.) para respaldar su reclamo, si corresponde.

¿Cómo se proporciona la cobertura de COBRA?

Luego de ser notificado del evento habilitante, el Administrador del Plan ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios admitidos. Cada beneficiario admitido tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres podrán elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación provisoria de cobertura. Cuando el evento habilitante sea el fallecimiento del empleado, el hecho de que el empleado pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o separación legal, o la pérdida de elegibilidad de un hijo como hijo dependiente, la continuación de cobertura de COBRA durará hasta un total de 36 meses.

Cuando el evento habilitante sea el fin del empleo o la reducción del horario de trabajo del empleado y el empleado haya pasado a tener derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento habilitante, la continuación de cobertura de COBRA para los beneficiarios admitidos que no sean el empleado durará hasta 36 meses después de la fecha del derecho a Medicare. Por ejemplo, si el empleado cubierto adquiere derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en que finaliza su relación laboral, la continuación de cobertura de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha en que adquiere el derecho a Medicare, lo que equivale a 28 meses después de la fecha del evento habilitante (36 meses menos 8 meses).

De lo contrario, cuando el evento habilitante sea el fin del empleo o la reducción del horario de trabajo del empleado, la continuación de cobertura de COBRA generalmente solo durará hasta un total de 18 meses. Hay dos maneras de ampliar este período de 18 meses de continuación de cobertura de COBRA.

Ampliación del período de 18 meses de la continuación de cobertura, por discapacidad.

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura.

Ampliación del período de 18 meses de la continuación de cobertura, por segundo evento habilitante.

Si su familia experimenta otro evento habilitante mientras recibe 18 meses de continuación de cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan el segundo evento habilitante. Esta ampliación puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciban continuación de cobertura si el empleado o ex-empleado fallece, pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B, o ambas), o se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

Avisos importantes

Si tiene alguna pregunta:

Las preguntas relacionadas con su Plan o a sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto identificado a continuación. Para obtener más información acerca de sus derechos bajo ERISA, incluyendo COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito más próxima de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en su área o visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

Mantenga a su Plan informado de los cambios de domicilio:

Con el fin de proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. Asimismo, debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

NBS

Departamento de COBRA
P.O. Box 2077
Omaha, NE 68103-2077
888-868-3539

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998

Si usted o su cónyuge se han realizado o van a realizarse una mastectomía, es posible que tengan derecho a determinados beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998.

En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica;
- La prótesis; y
- El tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al número de atención al cliente que figura en el reverso de su credencial médica.

Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y de la Madre

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de una estadía hospitalaria de cualquier duración relacionada 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 una cesárea.

Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o la aseguradora para prescribir una estadía hospitalaria que no supere las 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejó de aportar para su otra cobertura o la de sus dependientes).

Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o posteriores a la fecha en que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Debido a la emergencia nacional por COVID-19, el Departamento de Trabajo (DOL), el Servicio de Impuestos Internos (IRS) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) han ampliado los períodos de inscripción especial de 30 y 60 días. La ampliación se obtiene requiriendo a los planes de salud grupales y a las aseguradoras de salud que no tengan en cuenta el período del brote de COVID-19 al contabilizar la inscripción de 30 o 60 días. El período de brote de COVID-19 comenzó el 1 de marzo de 2020 y, por lo general, finalizará 60 días después del fin de la emergencia nacional de COVID-19.

Si tiene un nuevo dependiente a causa de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse usted e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Merkel ISD

Departamento de Recursos

Humanos 325-928-5813

Aviso sobre CHIP

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que pueda contratar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en Texas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si dispone de asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, marque el 1-877-KIDS NOW, o visite [insurekidsnow.gov](https://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo solicitarlo. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted todavía no lo estuviera. A esto se lo denomina oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días siguientes a la determinación de su elegibilidad para la asistencia para el pago de las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [askebsa.dol.gov](https://www.askebsa.dol.gov) o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en Texas, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. Si reside fuera de Texas, consulte todo el Aviso Modelo de CHIP en línea en: <https://www.dol.gov/sites/default/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.doc>

Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

TEXAS - Medicaid

Sitio web: <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>
Teléfono: **800-335-8957**

Para localizar la lista de estados, actualizada a 31 de enero de 2021, o para ver los estados que han incorporado recientemente un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero de 2021, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

**Departamento de Trabajo de los
Estados Unidos**
**Administración de Seguridad de
Beneficios del Empleado**

1-866-444-EBSA (3272)
dol.gov/agencias/ebsa

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de
los Estados Unidos**
**Centros de Servicios de Medicare y
Medicaid**

1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565
cms.hhs.gov

Aviso sobre el Mercado



Nuevas opciones de cobertura en el Mercado de Seguros de Salud y su cobertura de salud

Formulario aprobado
N° de la OMB 1210-0149

PARTE A: Información general

Como consecuencia de la Ley de Atención Médica Asequible, a partir de 2014, hubo una nueva forma de contratar un seguro de salud: el Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "un punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros de salud privados. Usted también puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para cobertura de seguro de salud a través del Mercado comienza el 1 de noviembre de 2024 y finaliza el 15 de enero de 2025, en la mayoría de los estados.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el Mercado?

Usted podría calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, o si ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. El ahorro para el cual es elegible en su prima depende de sus ingresos familiares.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para ahorros de primas a través del Mercado?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple ciertos estándares, usted no será elegible para acceder a un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o para una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en lo absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. A partir del 1 de enero de 2024, si el costo de un plan de su empleador que lo cubra a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es superior al 8.39% de sus ingresos familiares del año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted podría ser elegible para un crédito fiscal.¹

Nota: Si usted compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, es posible que pierda el aporte del empleador (si lo hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, este aporte del empleador, así como su aporte de empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye del ingreso para fines de los impuestos federales y estatales sobre la renta. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información? Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleador, por favor consulte su descripción resumida del plan o contáctese con.

Merkel ISD Atención: Departamento de Recursos Humanos, 314 Manchester Street Merkel, TX. 79536 (325) 928-5813

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del

Mercado y su costo. Por favor, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

Aviso sobre el Mercado

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

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

3. Nombre del empleador Merkel Independent School District		4. Número de identificación del empleador (EIN) 75-6002052	
5. Dirección del empleador 314 Manchester Street		6. Número de teléfono del empleador 325-928-5813	
7. Ciudad Merkel		8. Estado TX	9. Código postal 79536
10. ¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Departamento de Recursos Humanos			
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)		12. Dirección de correo electrónico hdavis@merkelisd.net	

A continuación, se presenta información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a:

Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

Todos los empleados que trabajen 20 horas o más por semana.

- Con respecto a los dependientes:

Sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

1. Su cónyuge;
2. Hijo menor de 26 años que cumple con la definición de Dependiente;
3. Hijo de cualquier edad que esté médicamente certificado como Discapacitado y dependiente del padre/madre;
4. Hijo de su hijo que sea su Dependiente para fines de los impuestos federales sobre la renta al momento de solicitar cobertura para el hijo;
5. Cualquier otro hijo incluido como Dependiente elegible en el Contrato.

No ofrecemos cobertura.

Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted tiene la intención de ser asequible, en base a los salarios de los empleados.

**Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, podría igualmente ser elegible para un descuento en las primas a través del Mercado. El Mercado usará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para obtener un descuento en las primas. Si, por ejemplo, su salario varía de semana en semana (tal vez usted es un empleado por hora o trabaja a comisión), si usted es un empleado recién contratado a mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, podría igualmente calificar para un descuento en las primas.

Si decide contratar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a lo largo del proceso. Esta es la información del empleador que deberá introducir cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.



Contactos

Merkel ISD

314 Manchester Street
Merkel, TX. 79536
325-982-5813

FBMC

7300 State Hwy 121 Ste. 300.
McKinney, Texas 75070
www.FBMC.com

Plan médico

Baylor Scott and White of TX

Grupo #: 06962
844-633-5325

www.bswhealthplan.com

Telesalud

Recuro Health

855-673-2876

www.recurohealth.com

Beneficios

odontológicos/oftalmológicos

Humana

Grupo #: 829798

800-233-4013

www.humana.com

Cuenta de Gastos Flexibles y Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos

TASC

Empleador #: 4522-0199-4761

800-422-4661

www.tasconline.com

Robo de identidad

Allstate

Grupo #: 9892

800-789-2720

www.allstate.com/aip

Seguro de vida y AD&D pagado por ER

Grupo #: 10245346

Seguro voluntario de vida y AD&D
Lincoln Financial

Grupo #: 400245347

800-487-1485

www.lincolnfinancial.com

Educator Disability

The Standard

Grupo #: 757016

888-937-4783

www.standard.com

Programa de Asistencia al Empleado

HealthAdvocate

Código de la organización:

The Standard-EAP-3 Visits

888-293-6948

Correo electrónico:

answers@HealthAdvocate.com

www.HealthAdvocate.com/stAndard3

Transporte Médico

MASA/MTS

Grupo #: MKMERK

800-643-9023

www.masamts.com

Legal

U.S. Legal Services

Grupo #: 9001341

800-356-LAWS

www.uslegalservices.net

Seguro de indemnización hospitalaria accidente
Seguro de enfermedades graves

MetLife

Grupo #: 5386008

800-638-5433

www.metlife.com

Seguro de beneficio de vida a término

Chubb

Grupo #: DFK

855-241-9891

csmail@gotoservice.chubb.com

Cáncer

Colonial

Grupo #

Opción 3: G0041100

Opción 4: G0041101

BCN:E5133137

800-325-4368

www.coloniallife.com



Administrador de contratos

FBMC Benefits Management, Inc.
7300 State Hwy 121 Ste. 300 • McKinney, Texas 75070
Lunes - viernes, 7 a.m. - 6 p.m. CST (Hora estándar del centro)

La información contenida en este documento no constituye un certificado o póliza de seguro.
Los certificados o pólizas se entregarán a los participantes tras el inicio del año del plan, si procede.