

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE WESTWOOD

*¡La felicidad es el
MEJOR beneficio!*



2024-2025

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS



Tabla de contenidos

ACERCA DE ESTA GUÍA DE BENEFICIOS

Esta guía de beneficios describe los aspectos más destacados del programa de beneficios de Westwood ISD en términos no técnicos. 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 discrepancia 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 en el sitio web de beneficios en www.EmployeeNavigator.com.

Tenga en cuenta que cualquiera y todos los elementos de los programas de beneficios de Westwood ISD podrán ser modificados, en cualquier momento futuro, para cumplir con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, o según lo decida Westwood ISD.

Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Por favor, consulte la **página 18** para obtener más detalles.

Bienvenido	3
Información clave que debe saber	3
Inscripción	4
Términos clave	5
Primas médicas	5
Comparación entre planes médicos.....	6
Cuenta de ahorros flexibles.....	11
Cuenta de ahorros para gastos médicos	11
Seguro básico de vida/AD&D.....	12
Seguro voluntario de vida/AD&D	12
Seguro contra accidentes	15
Seguro de enfermedades graves	15
Seguro de indemnización hospitalaria	15
Seguro contra el cáncer	16
Universal LifeEvents.....	16
Transporte médico	16
Seguro legal.....	16
Telemedicina.....	17
Seguro para mascotas	17
Telemedicina para mascotas	17
Avisos importantes.....	18
Aviso de CHIP.....	21
Aviso de Mercado.....	22
Contactos.....	24



Bienvenido



Westwood ISD ofrece un paquete de beneficios integral, económico y competitivo. Este paquete le ayuda a protegerse 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 inteligentes al inscribirse.

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

Todos los empleados recién elegibles dispondrán de 30 días a partir de la fecha de contratación (fecha de inicio) 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 de septiembre y la cobertura entra en vigor el **1 de septiembre de 2024**.

NOTA: Este es solamente una explicación de los beneficios y la elegibilidad. Si hay contradicciones entre los términos de la explicación de los beneficios y el contrato de la compañía de seguros, prevalecerán los términos del contrato.

INFORMACIÓN CLAVE QUE DEBE SABER

INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA

La cobertura NO se renovará automáticamente para el nuevo año de beneficios, por lo que, para el año del plan 2024-2025, todos los empleados deben inscribirse con un Asesor de beneficios con licencia.



DOCUMENTOS DEL PLAN

Para ver los documentos del plan del proveedor, visite:

www.EmployeeNavigator.com



Inscripción



INSCRIPCIÓN

Una vez inscrito, la cobertura comenzará el día 1 del mes siguiente a la fecha de su contratación, a excepción de la cobertura médica.

NOTA: Si elige inscribirse en la cobertura médica que entrará en vigor en la fecha de su contratación, entonces está reconociendo que su prima mensual será deducida en su totalidad.

Este beneficio no se prorrateará en función de la fecha de entrada en vigor. Ejemplo: Si un nuevo empleado comienza a trabajar en agosto y su primera fecha de pago es en septiembre, en su cheque de pago de septiembre habrá dos deducciones por la totalidad de las primas médicas correspondientes a agosto y septiembre.

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.

(Para obtener más información, consulte el **documento del plan de la Sección 125** que puede solicitar a su empleador).

Por favor, asegúrese de revisar el talón de su primer cheque de pago después de su fecha de entrada en vigor para verificar su cobertura de seguro. Comuníquese inmediatamente cualquier discrepancia al departamento de beneficios.

ELEGIBILIDAD

Todos los empleados **a tiempo completo o parcial**, que trabajen **20** o más horas por semana son elegibles para todas las opciones de beneficios a través del Distrito.

CÓMO INSCRIBIRSE



INSCRIPCIÓN ASISTIDA CON UN ASESOR DE BENEFICIOS

Programa una cita con un asesor de beneficios escaneando el código QR o utilizando el siguiente enlace: 3mpwr-Enroll.com/Westwood-OE

Para prepararse para la inscripción en línea, deberá tener a mano lo siguiente:

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



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.

Westwood ISD ofrece **3** 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 breves descripciones de sus opciones de cobertura. El programa médico, administrado por **BCBSTX (TRS ActiveCare)**, ofrece el marco para su salud y bienestar. Para satisfacer mejor las distintas necesidades de nuestros empleados, **Westwood ISD** ofrece los planes médicos que se describen a continuación.

TÉRMINOS CLAVE

- **Prima:** monto mensual que usted paga por la cobertura de atención médica.
- **Deducible:** monto anual de 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; es decir, usted paga el 20% mientras que el plan de atención médica paga el 80%.
- **Máximo de gastos de bolsillo:** monto máximo que usted paga cada año por costos médicos. Después de alcanzar el máximo de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% de los cargos permitidos por los servicios cubiertos.

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 usted experimente un evento de vida habilitante. Algunos ejemplos serían:

- Matrimonio o divorcio
- Un cambio de residencia que afecta a la cobertura
- Nacimiento o adopción
- Pérdida o ganancia de empleo del cónyuge
- Fallecimiento de un dependiente
- CHIPRA (Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños)

PRIMAS MÉDICAS

Mensual	PLANES TRS-ACTIVECARE			
	PRIMARY	PRIMARY+	HD	AC2
Empleado	\$194.00	\$276.00	\$209.00	\$738.00
Empleado + Cónyuge	\$992.00	\$1158.00	\$1032.00	\$2127.00
Empleado + Hijo(s)	\$523.00	\$662.00	\$548.00	\$1232.00
Empleado + Familia	\$1320.00	\$1544.00	\$1371.00	\$2566.00

Comparación entre planes médicos



	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+
Resumen del plan	<ul style="list-style-type: none"> La prima más baja de los tres planes Copagos por visitas al médico antes de alcanzar su deducible Red estatal Es necesario tener derivaciones de un Proveedor de atención primaria (PCP) para ver a los especialistas No es compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) No hay cobertura fuera de la red 	<ul style="list-style-type: none"> Deducible más bajo que los planes HD y Primary Copagos para muchos servicios y medicamentos Prima más alta Red estatal Es necesario tener derivaciones de un PCP para ver a los especialistas No es compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) No hay cobertura fuera de la red

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN (Individual/Familiar)

Tipo de cobertura	Solo cobertura dentro de la red	Solo cobertura dentro de la red
Deducible	\$2500/\$5000	\$1200/\$2400
Coseguro	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible
Máximo de gastos de bolsillo	\$8050/\$16 100	\$6900/\$13 800
Red	Red estatal	Red estatal
Se requiere un Proveedor de atención primaria (PCP)	Sí	Sí

VISITAS AL MÉDICO

Atención primaria	\$30 de copago	\$15 de copago
Especialista	\$70 de copago	\$70 de copago

ATENCIÓN INMEDIATA

Atención de urgencia	\$50 de copago	\$50 de copago
Atención de emergencia	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible
TRS Virtual Health-RediMD™	\$0 por consulta médica	\$0 por consulta médica
TRS Virtual Health-Teladoc®	\$12 por consulta médica	\$12 por consulta médica

MEDICAMENTOS CON RECETA (SUMINISTRO PARA 31/90 DÍAS)

Deducible de medicamentos	Integrado al plan médico	Deducible de \$200 por participante (solo medicamentos de marca)
Medicamentos genéricos (suministro para 31/90 días)	\$15/\$45 de copago; \$0 para determinados medicamentos genéricos	\$15/\$45 de copago
Marca preferida	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible
Marca no preferida	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Medicamentos de especialidad (31 días máx.)	\$0 si es elegible para SaveOnSP; Usted paga el 30% después del deducible	\$0 si es elegible para SaveOnSP; Usted paga el 30% después del deducible
Costos de bolsillo por insulina	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días

	TRS-ACTIVECARE HD	TRS-ACTIVECARE 2
Resumen del plan	<ul style="list-style-type: none"> Compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) Red nacional con cobertura fuera de la red Sin necesidad de PCP ni de derivaciones Debe alcanzar su deducible antes de que el plan pague la atención no preventiva 	<ul style="list-style-type: none"> NOTA: Cerrado a nuevos inscritos Los inscritos actuales pueden elegir permanecer en el plan Deducible más bajo Copagos para muchos medicamentos y servicios Red nacional con cobertura fuera de la red Sin necesidad de PCP ni de derivaciones

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN (Individual/Familiar)

Tipo de cobertura	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$3200/\$6400	\$6400/\$12 800	\$1000/\$3000	\$2000/\$6000
Coseguro	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 40% después del deducible
Máximo de gastos de bolsillo	\$8050/\$16 100	\$20 250/\$40 500	\$7900/\$15 800	\$23 700/\$47 400
Red	Red nacional		Red nacional	
Se requiere un Proveedor de atención primaria (PCP)	No		No	

VISITAS AL MÉDICO

Atención primaria	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	\$30 de copago	Usted paga el 40% después del deducible
Especialista	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	\$70 de copago	Usted paga el 40% después del deducible

ATENCIÓN INMEDIATA

Atención de urgencia	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	\$50 de copago	Usted paga el 40% después del deducible
Atención de emergencia	Usted paga el 30% después del deducible		Usted paga \$250 de copago más el 20% después del deducible	
TRS Virtual Health-RediMD™	\$30 por consulta médica		\$0 por consulta médica	
TRS Virtual Health-Teladoc®	\$42 por consulta médica		\$12 por consulta médica	

MEDICAMENTOS CON RECETA (SUMINISTRO PARA 31/90 DÍAS)

Deducible de medicamentos	Integrado al plan médico	Deducible de medicamentos de marca de \$200
Medicamentos genéricos (suministro para 31/90 días)	Usted paga el 20% después del deducible; \$0 de coseguro para determinados medicamentos genéricos	\$20/\$45 de copago
Marca preferida	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible (\$40 mín./\$80 máx./Usted paga el 25% después del deducible (\$105 mín./\$210 máx.))
Marca no preferida	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible (\$100 mín./\$200 máx./Usted paga el 50% después del deducible (\$215 mín./\$430 máx.))
Medicamentos de especialidad	Usted paga el 20% después del deducible	\$0 si es elegible para SaveOnSP; Usted paga el 30% después del deducible (\$200 mín./\$900 máx./Sin suministro para 90 días de medicamentos de especialidad.)
Costos de bolsillo por insulina	Usted paga el 25% después del deducible	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días

EAP de Alliance Workplace

Un plan de EAP está diseñado para ayudarle a llevar una vida más feliz y productiva en su hogar y trabajo. Les proporciona a usted y su familia acceso a otros beneficios de forma gratuita, cortesía de Westwood ISD.

BENEFICIOS DEL EAP

AWP se enorgullece de ser su EAP, ofreciéndole a usted y a su familia servicios valiosos y confidenciales sin costo alguno para usted. Sus beneficios están diseñados para ayudarlo a manejar las responsabilidades diarias, los eventos importantes, el estrés laboral o cualquier problema que afecte a su calidad de vida.

- Law Access: Servicios legales y financieros prestados por un abogado o profesional financiero especializado en su área de interés. Disponible en línea o por teléfono.
- HelpNet: Sitio web personalizado del EAP que ofrece recursos, herramientas de desarrollo de habilidades, evaluaciones en línea y derivaciones.
- WorkLife: Recursos y derivaciones para las necesidades cotidianas. Disponible por teléfono.
- SafeRide: Reembolso de la tarifa del taxi de emergencia para los empleados y dependientes elegibles que opten por utilizar un servicio de taxi en lugar de conducir bajo los efectos del alcohol.
- De 1 a 6 sesiones de asesoramiento: Por problema, al año. Sesiones de asesoramiento a corto plazo que incluyen evaluación, derivación y servicios de crisis. (Citas en el mismo día para llamadas urgentes/crisis, o facilitación de hospitalización inmediata)

PUEDA ACCEDER A TODOS LOS BENEFICIOS DE LOS SIGUIENTES MODOS:

Por teléfono: Llame gratis al 800-343-3822

- para las personas sordas o con problemas de audición, marque el 7-1-1
- Línea para adolescentes: (800)334-TEEN (8336)
- Estamos disponibles para responder a su llamada las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cree una cuenta en línea:

- Visite el sitio web de su EAP en awpnow.com
- Para crear una cuenta personalizada, seleccione "Access Your Benefits" (Acceder a sus beneficios). Código de registro: AWP-WWISD-5240



Dental (odontológico)



Un buen cuidado dental es fundamental para su bienestar general. Con el seguro odontológico, puede recibir la atención que necesita para sus dientes, a un costo que puede pagar.

TIPOS DE SERVICIOS

- **Clase A:** Exámenes de rutina, limpiezas, selladores, radiografías de aleta de mordida, tratamientos con flúor
- **Clase B:** Selladores (hasta los 16 años), servicios de restauración simple, extracciones simples
- **Clase C:** Espaciadores, cirugía oral, reparaciones con anestesia, incrustaciones y recubrimientos, periodoncia, endodoncia, coronas, puentes, prótesis dentales e implantes
- **Clase D:** Tratamientos de ortodoncia (Solo Plan PPO)

NOTA: La lista anterior es una descripción incompleta de los beneficios. Para obtener más información, por favor consulte los documentos del plan correspondiente.

BENEFICIOS DE TRASPASO

Los miembros que cuiden de sus dientes, pero que solo usen parte de su beneficio máximo anual durante un período de beneficios reciben beneficios de traspaso. Este beneficio se acumulará y almacenará en la cuenta de traspaso del asegurado para que pueda usar en el siguiente año de beneficios.

Cómo funciona: Si se cumplen los tres criterios a continuación, se traspasará una parte del máximo anual al año siguiente.

- Una limpieza,
- Un examen regular, y
- Total de reclamos odontológicos para procedimientos preventivos, básicos y mayores cubiertos pagados durante el año por debajo del valor límite umbral.

BENEFICIOS ADICIONALES

¿Sabía que además de lo mencionado en este documento, la inscripción en este plan le da acceso a algunos beneficios de valor agregado?

[Haga clic aquí](#) O visite el [micrositio de Westwood ISD](#) para obtener más información.

TRASPASO DEL PLAN ODONTOLÓGICO	PPO	MAC
Beneficio de traspaso	\$400	\$300
Valor límite umbral	\$800	\$600
Límite de cuenta de traspaso	\$1500	\$1200

PRIMAS DEL PLAN ODONTOLÓGICO		
Mensual	ALTO	MEDIO
Empleado	\$24.44	\$18.99
Empleado + Cónyuge	\$51.94	\$40.00
Empleado + Hijo(s)	\$67.23	\$52.21
Empleado + Familia	\$91.65	\$71.19

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS

DEDUCIBLE** - Máximo de 3 por familia	\$50	\$50
---	------	------

COSEGURO DEL PLAN (Dentro y fuera de la red)		
Clase A: Preventivo	100%	100%
Clase B: Básico	80%	50%
Clase C: Mayor	50%	50%
Clase D: Ortodoncia (Solo niños)	50%	N/A

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL		
Clase A, B y C (Anual por persona)	\$1750	\$1250
Clase D (De por vida por persona)	\$1000	N/A

**Se aplica a los servicios de Clase A, B y C (si corresponde)

*Se exime para los servicios de Clase A (se aplica a los servicios de Clase B y C)

Se pueden aplicar los términos de la provisión del crédito de la aseguradora anterior. Consulte los documentos del proveedor para conocer todos los detalles.



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 fomenta la realización de exámenes anuales junto con el uso de las monturas y cristales que desee.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS		
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
EXAMEN	\$10 de copago	hasta \$35
MONTURAS	\$130 de asignación	hasta \$50
CRISTALES (ESTÁNDAR) POR PAR		
Monofocales	Cubierto por el copago	hasta \$25
Bifocales	Cubierto por el copago	hasta \$40
Trifocales	Cubierto por el copago	hasta \$50
Lenticulares	Cubierto por el copago	hasta \$50
Progresivos	\$70 de asignación	hasta \$40
Policarbonato (menos de 19 años)	Cubierto por el copago	N/A
LENTE DE CONTACTO*		
Cosméticos (lentes de contacto estándar)	\$130 de asignación	hasta \$100
Medicamento necesarios	Cobertura total	hasta \$210
Tarifa por examen de adaptación de lentes de contacto estándar	\$25 de copago	N/A
Tarifa por examen de adaptación de lentes de contacto de especialidad	\$55 de asignación**	N/A
CORRECCIÓN DE LA VISIÓN CON LASIK	Precios preferidos (consulte la siguiente dirección URL para obtener más detalles) http://www.alwaysassist.com/	

*Lentes de contacto (en lugar de anteojos y monturas)

** Se aplica la tarifa por examen de adaptación de lentes de contacto de especialidad a un usuario nuevo o actual de lentes de contacto que use lentes tóricas, permeables al gas, monofocales o multifocales. El miembro es responsable de pagar los cargos que superen la asignación de \$55.

PRIMAS DEL PLAN OFTALMOLÓGICO	
Mensual	COSTO
Empleado	\$6.30
Empleado + Cónyuge	\$13.96
Empleado + Hijo(s)	\$14.02
Empleado + Familia	\$18.14

FRECUENCIAS	
(En base a la fecha de servicio)	
Examen	12 meses
Montura	12 meses
Cristales	12 meses
Lentes de contacto	12 meses

BENEFICIOS ADICIONALES

¿Sabía que además de lo mencionado en este documento, la inscripción en este plan le da acceso a algunos beneficios de valor agregado?

[Haga clic aquí](#) O visite el **micrositio de Westwood ISD** para obtener más información.

CUENTA DE AHORROS FLEXIBLES



EN RESUMEN

Año del Plan de la FSA:

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

Aporte máximo anual:

- HCFSAs: **\$3200**
- DCFSAs: **\$5000**

Provisión de traspaso:

- HCFSAs: **\$640**

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. Hay varios tipos de FSA:

- **FSA para atención médica (HCFSAs):** Ayuda a pagar gastos médicos admitidos no cubiertos por el seguro (copagos, deducibles, costos de medicamentos con receta, etc.)
- **FSA para atención de dependientes (DCFSAs):** Ayuda a pagar gastos de atención de dependientes elegibles como sus hijos, cónyuge y/o parientes.

CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS



EN RESUMEN

Aporte anual máximo según el IRS:

- Empleado: **\$4150**
- Empleado + Familia: **\$8300**
- Aporte de nivelación: **\$1000** (aportes para personas mayores de 55 años)

Una **Cuenta de ahorros para gastos médicos** (también conocida como HSA) es una cuenta bancaria con ventajas fiscales que puede abrir cuando se inscribe en un HDHP calificado. La HSA ofrece una forma de ahorrar para gastos de atención médica actuales y futuros, con ventajas fiscales a lo largo del camino. Las HSA suelen denominarse cuentas con triple ventaja fiscal, lo que significa:

- Sus aportes individuales a una HSA pueden estar libres de impuestos, hasta un máximo anual establecido por el IRS
- Las ganancias de los aportes (a través de intereses e inversiones) pueden estar libres de impuestos
- Puede utilizar el dinero de su HSA, libre de impuestos, para gastos elegibles de atención médica, costos de medicamentos con receta, etc.)
- Su HSA le pertenece y continúa con usted si queda desempleado, cambia de empleo o se jubila. Puede:
 - Puede dejar el dinero en su cuenta corriente
 - Puede transferir el dinero a otra HSA
 - No obstante, si realiza un retiro anticipado, o utiliza su HSA para gastos no elegibles, el dinero puede estar sujeto a multas o impuestos.



proporcionado por: Unum

Vida/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. Westwood ISD le ofrece un plan valioso de Seguro básico de vida/AD&D sin costo alguno para usted.

EN RESUMEN

Beneficio de seguro básico de vida:

• \$10 000

Beneficio de seguro de AD&D:

• \$10 000

REDUCCIONES POR EDAD

- A los 65 años, los beneficios del Seguro de vida y AD&D se reducirán al 65% del monto original, y se reducirán nuevamente al 50% a los 70 años.

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES:

- **Extensión de beneficios por muerte:** su seguro de vida continuará si sufre una discapacidad total.
- **Opción de beneficios "en vida":** un pago parcial anticipado de su Seguro de vida está disponible para usted una vez durante su vida.
- **Privilegio de conversión:** cuando la cobertura finalice según el plan, puede convertir su cobertura en una póliza de seguro de vida individual, sin constancia de asegurabilidad.



DOCUMENTOS DEL PLAN

Para ver los documentos del plan del proveedor, visite: www.EmployeeNavigator.com

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA/AD&D

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

REDUCCIONES POR EDAD

- A los 65 años, los beneficios del Seguro de vida y AD&D se reducirán al 65% del monto original, y al 50% a los 70 años. La cobertura no puede aumentarse después de una reducción.
- Si el empleado se inscribe primero en el Seguro voluntario de vida y AD&D a los 70 años o más, se aplicarán las reducciones por edad mencionadas a lo siguiente:
 - Cualquier Monto de emisión garantizada disponible sin constancia de asegurabilidad; y
 - El monto máximo de seguro para el que sea elegible.

EMISIÓN GARANTIZADA Y CONSTANCIA DE ASEGURABILIDAD

- **Emisión garantizada:** El monto de la cobertura que puede comprar sin tener que proporcionar Constancia de asegurabilidad
 - Los empleados recientemente elegibles pueden hacer elecciones sobre una emisión garantizada (sin preguntas de salud) durante el período de inscripción inicial.

- Los empleados actuales, inscritos ahora en el Seguro voluntario de vida/AD&D, pueden contratar cobertura adicional sobre la emisión garantizada (sin preguntas de salud)
- Aquellos que se inscriban tarde deben completar una Constancia de asegurabilidad (EOI)

- **Constancia de asegurabilidad (EOI):** un registro de los acontecimientos médicos pasados y actuales de una persona que se usa para determinar su salud general.

	MONTOS DE COBERTURA		
	EMPLEADO	CÓNYUGE	HIJO
Emisión garantizada*	\$250 000	\$50 000	\$10 000
Incrementos	\$10 000	\$5000	\$2000
Mínimo	\$10 000	\$10 000	\$2000
Máximo	\$500 000 - O- 7 veces los ingresos anuales	\$500 000	\$10 000

* La emisión garantizada no se aplica a aquellos que se inscriban tarde. Se requiere una Constancia de asegurabilidad (EOI).

NOTA: Una Póliza cubre a todos los hijos dependientes hasta que cumplan 26 años.



proporcionado por: Unum

Educador del seguro por discapacidad



Comprendemos las necesidades únicas de aquellos que trabajan en el sector educativo y hemos creado el **Seguro por discapacidad Educator Select** para satisfacer esas necesidades. El **Seguro por discapacidad Educator Select** puede reemplazar una parte de su salario si contrae una enfermedad o sufre una lesión y no puede trabajar. Puede ser de ayuda para cubrir sus gastos y proteger sus finanzas en un momento en que no reciba un cheque de pago y tenga facturas médicas adicionales.

COSTOS DE LOS BENEFICIOS Y PERÍODOS DE ESPERA

El período de espera de beneficios es el período durante el cual debe sufrir una discapacidad continua antes de que se le paguen los beneficios. A la derecha se incluye una lista de los períodos de espera disponibles y su costo por cada \$100 de beneficio.

OPCIONES DE COMPRA PARA EL EMPLEADO

Puede comprar un beneficio mensual en unidades de \$100, comenzando con un mínimo de \$200, hasta 66 2/3% de sus ingresos mensuales redondeados a los \$100 más cercanos, pero sin exceder un beneficio máximo mensual de \$8000.

BENEFICIOS ADICIONALES

¿Sabía que además de lo mencionado en este documento, la inscripción en este plan le da acceso a algunos beneficios de valor agregado?

[Haga clic aquí](#) O visite el [micrositio de Westwood ISD](#) para obtener más información.

PRIMAS DEL SEGURO POR DISCAPACIDAD

Mensual	PERÍODOS DE ESPERA POR LESIÓN/ ENFERMEDAD	COSTO POR CADA \$100 DE COBERTURA
Opción 1	0/7 días*	\$2.96
Opción 2	14/14 días*	\$2.50
Opción 3	30/30*	\$2.16
Opción 4	60/60	\$1.74

*Si, debido a su discapacidad, está hospitalizado como paciente internado, los beneficios comienzan el primer día de hospitalización como paciente internado.

CÓMO CALCULAR SU PRIMA

La prima mensual estimada para el seguro de vida se determina al dividir el monto deseado de cobertura por 100 y, luego, multiplicar el resultado por la tasa de la prima de la opción deseada.

Monto de cobertura	\$1500	\$ _____
Dividir entre 100	÷ 100	÷ 100
Multiplicar el resultado por la tasa de la prima	15 \$X.XX (Opción 2)	\$ _____
Tarifa mensual estimada	\$43.05	\$ _____



Un plan de EAP está diseñado para ayudarle a llevar una vida más feliz y productiva en su hogar y trabajo. Les proporciona a usted y su familia acceso a otros beneficios de forma gratuita, cortesía de Westwood ISD.

ASESORAMIENTO PROFESIONAL CON LICENCIA

Su EAP está diseñado para ayudarle a llevar una vida más feliz y productiva en su hogar y trabajo. Llame para tener acceso confidencial a un Asesor profesional con licencia* que puede ayudarle con:

- Estrés, depresión, ansiedad
- Problemas de pareja, divorcio
- Ira, dolor y pérdida
- Estrés laboral, conflictos laborales
- Problemas familiares y de crianza
- Y más

EQUILIBRIO ENTRE LA VIDA LABORAL Y PERSONAL

También puede acudir a un especialista para que le ayude a encontrar un equilibrio entre el trabajo y la vida personal. Solo tiene que llamar y uno de nuestros Especialistas en cuestiones relacionadas con la vida laboral/personal responderá a sus preguntas y le ayudará a encontrar recursos en su comunidad.

- Cuidado de niños y adultos mayores
- Servicios financieros, gestión de deudas, informes de crédito
- Robo de identidad
- Preguntas legales
- Reduzca sus facturas médicas/odontológicas
- ¡Y más!

BENEFICIOS ADICIONALES

¿Sabía que además de lo mencionado en este documento, la inscripción en este plan le da acceso a algunos beneficios de valor agregado?

[Haga clic aquí](#) O visite el [micrositio de Westwood ISD](#) para obtener más información.

MEDICAL BILL SAVER

Dado que los costos de la atención médica siguen en aumento, muchas personas tienen dificultades para pagar gastos médicos que el seguro no cubre. Afortunadamente, nuestro EAP, con la función Medical Bill Saver (Economizador de facturas médicas), puede ser de ayuda.

LO QUE OBTIENE

- Negociaciones por facturas médicas/odontológicas con un saldo no cubierto de \$400 o más
- Uso experto de información crítica sobre las tendencias en los precios para obtener descuentos de proveedores
- Declaración de resultados de ahorros que resuma el resultado de la negociación
- Autorización del proveedor sobre los términos y las condiciones del pago
- Pagos agilizados a proveedores

CÓMO FUNCIONA

- Cuando un empleado cubierto tenga una factura médica u odontológica por un total de más de \$400 en gastos de su bolsillo, nuestro experto equipo de negociación trabaja con el(los) proveedor(es) para obtener un descuento. Las negociaciones exitosas pueden ahorrarles a los empleados cientos, y en ocasiones, miles de dólares.
- Nuestros expertos también pueden mostrarles a los empleados cómo mantener las facturas más bajas en el futuro, por ejemplo, recurriendo a proveedores dentro de la red.
- Al ayudar a reducir los costos de bolsillo de los empleados, Medical Bill Saver puede crear Planes de salud orientados al consumidor (CDHP) más atractivos y efectivos.



SEGURO CONTRA ACCIDENTES

proporcionado por: **Reliance Standard**

Hace todo lo que puede para mantener a su familia a salvo, pero los accidentes ocurren. Siéntase tranquilo sabiendo que tiene ayuda para gestionar los costos médicos asociados a las lesiones accidentales que se producen tanto dentro como fuera del trabajo. El **Seguro contra accidentes** ofrece cobertura adicional para ayudar a cubrir los gastos médicos y costos de vida cuando sufre una lesión. Todos los fondos de la póliza se pagan directamente a usted para que los utilice como mejor le parezca. **Beneficio de bienestar de \$50 por persona cubierta al año con el Plan A y el Plan B.**

PRIMAS DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Mensual	PLAN A	PLAN B
Empleado	\$11.99	\$18.91
Empleado + Cónyuge	\$20.73	\$32.61
Empleado + Hijo(s)	\$27.95	\$44.90
Empleado + Familia	\$36.87	\$58.89

Beneficio de bienestar: \$50 por asegurado/año.

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

proporcionado por: **Reliance Standard**

El **Seguro de enfermedades graves** lo protege a usted y a su familia en caso de enfermedad grave u otra afección médica con una cobertura portátil. Los pagos se realizan directamente al empleado y se pueden aplicar a reclamos, facturas del hogar u otros gastos, según sea necesario. También hay tarifas para fumadores y no fumadores, y tarifas basadas en la edad. **Beneficio de bienestar de \$50 por persona cubierta por año.**

RESUMEN DE BENEFICIOS

	Empleado	Cónyuge
Montos de cobertura disponibles	\$10 000 a \$50 000	\$10 000 a \$30 000
Montos de emisión garantizada*	\$30 000	\$30 000
Dependientes	Emisión garantizada y cobertura al 100% del monto de beneficios del empleado	

Beneficio de bienestar: \$50 por asegurado/año.

*La suscripción de la emisión garantizada solo está disponible la primera vez que un empleado sea elegible para solicitarla. Si el empleado solicita el seguro en una fecha posterior, está sujeto a la suscripción de emisión simplificada.

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

proporcionado por: **Reliance Standard**

La **cobertura de indemnización hospitalaria** puede ayudarle con los gastos médicos que su seguro de salud no cubra. Estos beneficios están disponibles para usted, su cónyuge e hijos dependientes elegibles. Los pagos se realizan directamente al empleado y se pueden aplicar a reclamos, facturas del hogar u otros gastos, según sea necesario.

PRIMAS DEL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Mensual	ESTÁNDAR	ALTO
Empleado	\$22.94	\$39.99
Empleado + Cónyuge	\$42.72	\$73.35
Empleado + Hijo solamente	\$32.69	\$55.12
Empleado + Familia	\$54.67	\$94.67

RESUMEN DE BENEFICIOS

	ESTÁNDAR	ALTO
Admisión hospitalaria (Máx.: 1 admisión/año calendario)	\$1500	\$3000
Internamiento hospitalario diario (Máx.: 30 días)	\$150/día	
Internamiento en UCI (Máx.: 30 días)	\$300/día	

Otros beneficios



SEGURO CONTRA EL CÁNCER

proporcionado por:
Transamerica

Aunque los tratamientos han mejorado mucho, el costo del tratamiento del cáncer supone una enorme carga financiera para los diagnosticados y sus familias. El **Seguro contra el cáncer** ayuda a cubrir los déficits financieros cuando los beneficios dejan de pagarse o los gastos no están cubiertos por una póliza básica de seguro de salud. Todos los fondos de la póliza se pagan directamente a usted para que los utilice como mejor le parezca.

PRIMAS DEL SEGURO CONTRA EL CÁNCER

Mensual	PLAN 1	PLAN 2
Empleado	\$16.12	\$25.82
Empleado + Hijos	\$18.26	\$28.93
Empleado + Familia	\$29.12	\$46.03

Prueba de detección de cáncer anual \$50 por asegurado/año.

UNIVERSAL LIFEEVENTS

proporcionado por:
Trustmark

La solución totalmente portátil Universal LifeEvents de Trustmark aborda las diferentes necesidades del empleado respecto al seguro de vida permanente. Está disponible para los empleados, sus cónyuges, sus hijos y nietos dependientes. Este plan ofrece beneficios flexibles e integrales, y le permite adaptar su beneficio por fallecimiento, valor en efectivo y primas según cambien sus necesidades financieras.

	MONTOS DE COBERTURA		
	EMPLEADO	CÓNYUGE	HIJO
Emisión garantizada	\$100 000	\$15 000	Monto comprado por \$3.02 hasta \$4.31 según la edad.
Máximo	\$300 000	\$300 000	

TRANSPORTE MÉDICO

proporcionado por:
MASA Global

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.

PRIMAS DEL TRANSPORTE MÉDICO

Mensual	EMERGENT PLUS	PLATINUM
Empleado	\$14.00	\$39.00
Empleado + Familia	\$14.00	\$39.00

SEGURO LEGAL

proporcionado por:
ARAG

Por muy bien que planifique su vida, puede estar seguro de que surgirán algunos retos imprevistos. Cuando surgen, es tranquilizador saber que la ayuda y el apoyo están al alcance de la mano. ¡Ahí es donde el **Seguro legal** lo cubre!

Mensual	PRIMAS DEL SEGURO LEGAL	
	UltimateAdvisor	UltimateAdvisor Plus
	\$17.30	\$24.25

Otros beneficios

TELEMEDICINA

proporcionado por:
Recurio

Los servicios de telemedicina permiten a los médicos tratar a los pacientes por videochat/cámara web, teléfono o correo electrónico. Estos servicios se han tornado cada vez más populares en los últimos años y ofrecen un modo económico de obtener acceso rápido y conveniente a la atención médica cuando lo necesita.

Mensual	PRIMAS DE LA TELEMEDICINA
Empleado	\$10.00
Empleado + Familia	\$10.00

EN RESUMEN

- *Ayuda rápida y conveniente* para ciertas afecciones médicas y problemas conductuales
- *Permite el acceso remoto y bajo demanda* a un proveedor de atención médica
- *Puede proporcionar recetas* para ciertas clases de medicamentos
- *Consultas ilimitadas* y sin cargo

SEGURO PARA MASCOTAS

proporcionado por:
Nationwide

El seguro para mascotas funciona de manera muy similar al seguro de salud regular y puede ser un modo económico de garantizar la salud de su mascota. ¡El seguro para mascotas le permite ahorrar en servicios veterinarios, placas de identificación para mascotas e incluso juguetes!

Mensual	PRIMAS DEL SEGURO PARA MASCOTAS
Empleado	\$9.95

EN RESUMEN

- *Ayuda rápida y conveniente* para ciertas afecciones médicas y problemas conductuales
- *Permite el acceso remoto y bajo demanda* a un proveedor de atención médica
- *Puede proporcionar recetas* para ciertas clases de medicamentos
- *Consultas ilimitadas* y sin cargo

CÓMO INSCRIBIRSE

1. Visite benefits.petinsurance.com/westwoodisd
2. Llame al (877) 738-7874 y mencione que es empleado de Westwood ISD
3. Visite PetsNationwide.com y escriba Westwood ISD

TELEMEDICINA PARA MASCOTAS

proporcionado por:
New Benefits

Los servicios de telemedicina permiten a los médicos tratar a los pacientes por videochat/cámara web, teléfono o correo electrónico. Estos servicios se han tornado cada vez más populares en los últimos años y ofrecen un modo económico de obtener acceso rápido y conveniente a la atención médica cuando lo necesita.

EN RESUMEN

- *Descuentos en* servicios médicos de veterinarias participantes, compras en PetCareRx.com y membresía para notificaciones de mascotas perdidas de Pin Paws.
- *Servicio de recuperación de mascotas perdidas 24/7*, con placas de identificación para cada mascota inscrita
- *Acceso a los descuentos de la aplicación Instant Deals* en servicios para mascotas (alojamiento, peinado, entrenamiento, etc.) así como en 340 000 restaurantes, centros de compras, entretenimiento, viajes y otros comercios



Avisos importantes



AVISO IMPORTANTE DE WESTWOOD 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 **BCBSTX (TRS ActiveCare)** 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:

- 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.
- BCBSTX (TRS ActiveCare)** ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por **BCBSTX (TRS ActiveCare)** pague, en promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se 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 **BCBSTX (TRS ActiveCare)** se verá afectada. Usted puede conservar esta cobertura si elige adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, y su plan de salud de **BCBSTX (TRS ActiveCare)** coordinará sus beneficios con Medicare para la cobertura de medicamentos. Consulte las páginas 7-9 de la Guía de Divulgación de la Cobertura Acreditable para las Personas Elegibles de la Parte D de Medicare de los CMS (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones del plan de medicamentos con receta/opciones 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 cancela su cobertura actual de **BCBSTX (TRS ActiveCare)**, tenga en cuenta que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.*

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con **BCBSTX (TRS ActiveCare)** 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 (recargo) 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:

Comuníquese con la persona indicada más adelante para obtener más información. **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 **BCBSTX (TRS ActiveCare)**. 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:

En el manual "Medicare & You" (Medicare y usted), encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. 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 de Salud. (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 de TTY deben 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 www.socialsecurity.gov, o llámelos al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**.

Última actualización: **1 de julio de 2024**

Nombre de la entidad: **Westwood ISD**

Contacto: **Hollie Castaneda**
Dirección: **4524 W. Oak Street, Palestine, TX 75802**
Teléfono: **(903) 729-1776**

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE COBRA/DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación 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 cobertura de continuación 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 cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA más una tasa administrativa del 2%.

Avisos importantes

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 parte 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 parte 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 parte del empleado que es padre-madre;
- 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 cobertura de continuación 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?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento habilitante, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios habilitados. Cada beneficiario admitido tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres podrán elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación 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 cobertura de continuación 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 cobertura de continuación 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 un empleado cubierto pasa a tener derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en la que finaliza su empleo, la cobertura de continuación de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha del 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 cobertura de continuación de COBRA generalmente solo durará hasta un total de 18 meses. Hay dos maneras de ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA.

Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación, 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 cobertura de continuación de COBRA, por un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación.

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

Si su familia experimenta otro evento habilitante mientras recibe 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la cobertura de continuación 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 cobertura de continuación 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.



Si tiene alguna pregunta:

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto identificado más adelante. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a ERISA, incluida COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su área o visite el sitio web de la EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las Oficinas regionales y de distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la 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.

National Benefit Services

8523 S. Redwood Rd.
West Jordan, UT 84088
(801) 532-4000
www.nbsbenefits.com

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y 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 cubierta;
- 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 tarjeta de identificación médica.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

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.

Además, si tiene un nuevo dependiente a causa de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse a sí mismo y 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:

Westwood ISD

Contacto: **Hollie Castaneda**
Dirección: **4524 W. Oak Street, Palestine, TX 75802**
Teléfono: **(903) 729-1776**

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para 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.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en Florida, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay disponible asistencia para el pago de las 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 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 el plan de su empleador si usted todavía no estuviera inscrito. 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 o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en Florida, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. Si usted reside fuera de Florida, consulte el Aviso modelo de CHIP completo 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 al 31 de enero de 2024, o para ver los estados que han añadido recientemente un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero de 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción espacial, 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
dcms.hhs.gov



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

Formulario aprobado
N.º de la OMB 1210-0149
(expira el 30/06/2023)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigor partes clave de la ley de atención médica en 2014, habrá 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 la cobertura de seguro de salud a través del Mercado comienza en noviembre de 2023 para la cobertura que se inicia a partir del 1 de enero de 2024.

¿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. 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 brinda su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede 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 los 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 Westwood ISD, a la atención del: Dept. de Beneficios, 4524 W. Oak Street, Palestine, TX 75802, (903) 729-1776

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 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.

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 se corresponda con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Westwood ISD		4. Número de identificación del empleador (EIN) 75-1086109	
5. Dirección del empleador 4524 W. Oak Street		6. Número de teléfono del empleador (903) 729-1776	
7. Ciudad Palestine	8. Estado TX	9. Código postal 75802	
10. Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Westwood ISD			
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)		12. Dirección de correo electrónico hlcastaneda@westwoodisd.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:

Los maestros, el personal administrativo, suplentes, conductores de autobús, bibliotecarios, guardias de cruce, trabajadores de cafetería, entre otros, son todos elegibles para la cobertura, siempre que no se aplique ninguna excepción, si son empleados del distrito/entidad, no voluntarios, y son miembros que aportan activamente al TRS o son empleados de un distrito/entidad participante durante 10 o más horas programadas regularmente cada semana.

• Con respecto a los dependientes:

Sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Un cónyuge, incluida una pareja de hecho (una pareja de hecho no se considera elegible a menos que exista una Declaración de Matrimonio Informal ante una agencia gubernamental autorizada). Un hijo menor de 26 años que sea uno de los siguientes: Hijo biológico, hijo adoptado o hijo legalmente entregado en adopción legal, hijastro, hijo en acogida, hijo cuyo tutor legal es el empleado, nieto menor de 26 años cuya residencia principal es el hogar del empleado y que es dependiente del empleado a los fines del impuesto federal sobre la renta en el ejercicio fiscal en el cual rige la cobertura del nieto. "Cualquier otro dependiente" (distinto de los mencionados anteriormente) menor de 26 años con una relación regular de padre e hijo con el empleado, que cumpla con los cuatro requisitos siguientes: La residencia principal del hijo es el hogar del empleado; El empleado aporta al menos el 50% de la manutención del hijo; Ninguno de los padres biológicos del hijo reside en ese hogar; y El empleado tiene derecho legal a tomar decisiones sobre la atención médica del hijo. Este requisito no se aplica a dependientes de 18 años o más. Un hijo, de 26 años o más, de un empleado cubierto puede ser elegible para la cobertura de dependiente, siempre que el hijo esté mental o físicamente incapacitado a tal grado que dependa del empleado de manera regular según lo determine TRS, y cumpla con otros requisitos según lo determine TRS. Un dependiente no incluye a un hermano o hermana de un empleado, a menos que el hermano o hermana sea una persona menor de 26 años que: (1) que esté bajo la tutela legal de un empleado, o (2) que tenga una relación regular de padre e hijo con él.

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 lo guiará a lo largo del proceso. Esta es la información del empleador que deberá introducir cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.



Contactos

WESTWOOD ISD



4524 W. Oak St.
Palestine, TX 75802

(903) 729-1776

www.EmployeeNavigator.com

CENTRO DE SERVICIOS FBMC

(877) 532-8473

PLAN MÉDICO (TRS ACTIVECARE II HMO)

▶ BCBSTX

Números del grupo:

- Primary: 385003
- Primary+: 385001
- HD: 385000
- AC2: 385002

(866) 355-5999

BCBSTX.com/TRSActiveCare

PLAN ODONTOLÓGICO/OFTALMOLÓGICO

▶ Unum

Número del grupo: 803684

(888) 400-9304

AlwaysAssist.com

FSA/HSA

▶ National Benefit Services

Número del grupo: NBS488955

(800) 274-0503

NBSBenefits.com

SEGURO DE VIDA/AD&D Y POR DISCAPACIDAD PARA EDUCADORES

▶ Unum

Números del grupo

- Seguro básico de vida/AD&D: 476560
- Seguro voluntario de vida/AD&D: 476561
- Seguro por discapacidad para educadores: 476562

(866) 679-3054

Unum.com

SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

▶ Trustmark

Número del grupo: BG00007485

(800) 918-8877

TrustmarkSolutions.com

SEGURO CONTRA EL CÁNCER

▶ Transamerica

Número del grupo: G000047230

(888) 763-7474

TransAmericaBenefits.com

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA/ACCIDENTES/ ENFERMEDADES GRAVES

▶ Reliance Standard

Números del grupo

- Seguro de indemnización hospitalaria: 451148
- Seguro contra accidentes: 451150
- Seguro de enfermedades graves: 451140

(800) 351-7500

Reliancematrix.com

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS (EAP)

▶ Unum

Número del grupo: 476560

(800) 854-1446

Unum.com/LifeBalance

EAP EN EL LUGAR DE TRABAJO DE ALLIANCE

▶ Alliance Work Partner

(800) 343-3822

AWPNow.com

SEGURO LEGAL

▶ ARAG

Número del grupo: 18795

(800) 247-4184

ARAGLegal.com

TELEMEDICINA

▶ Recuro

Número del grupo: WESTWOODISD

(855) 673-2876 (6RECURO)

RecuroHealth.com

TRANSPORTE MÉDICO

▶ MASA Global

Número del grupo: B2BWWISD

N.º de teléfono

- Emergencia global: (800) 643-9023
- Servicio de atención al cliente: (800) 423-3226

MASAGlobal.com

SEGURO PARA MASCOTAS

▶ Nationwide

Número del grupo: Westwood ISD

(877) 738-7874

PetsNationwide.com

TELESALUD PARA MASCOTAS

▶ New Benefits

Número del grupo: NB32302D

(800) 800-7616

MyBenefitsWork.com



Administrador de contratos

FBMC Benefits Management, Inc.

📍 7300 TX-121, Suite 300, McKinney, TX 75070

Lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., CST

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.