PASADENA ISD
GUÍA DE BENEFICIOS
ENERO - AGOSTO 2027

PASADENA
INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT



SCAN ME

IFFGA
Benefit Solutions *Simplified*

Joe Quijada - Sr. Account Manager
281-690-8198 | Joe.Quijada@ffga.com

Curtis Grant - Sr. Account Executive
281-734-5397 | Curtis.Grant@ffga.com

EBC URL:
https://benefits.ffga.com/pasadenaisd

Ana Perez - Benefits Assistant
(Pasadena ISD Admin On-Site)
713-740-0992 | Ana.Perez@ffga.com

Índice

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027

- CENTRO DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS
- ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS Y COBERTURA
- PLANES DE LA SECCIÓN 125
- SEGURO MÉDICO
- BENEFICIO DE FARMACIA CVS CAREMARK
- CLINICA DE BIENESTAR
- REDIMD
- COMPSYCH
- SEGURO DENTAL
- SEGURO DE VISIÓN
- RECURSOS DE LA FSA
- PRODUCTOS DE SEGUROS COMPLEMENTARIOS VOLUNTARIOS
    - SEGURO DE VIDA A TÉRMINO Y AD&D
    - SEGURO POR DISCAPACIDAD
    - SEGURO CONTRA CÁNCER
    - SEGURO CONTRA ENFERMEDADES GRAVES
    - SEGURO DE VIDA PERMANENTE
    - INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA
    - AVISOS LEGALES
- INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA BENEFICIOS

Esta guía contiene un resumen de los beneficios que ofrece su empleador. Si hubiese un conflicto entre los términos de este resumen de beneficios y los contratos reales, prevalecerán los términos de los contratos.

Centro de Beneficios para Empleados

¡Una guía para sus beneficios!

Pasadena ISD y FFGA se complacen en ofrecerle un sitio web personalizado con información sobre sus beneficios. Visite el Centro de Beneficios para Empleados para ver las opciones de beneficios actuales para su empleador, así como para encontrar formularios de reclamación, números de teléfono importantes e información de inscripción.

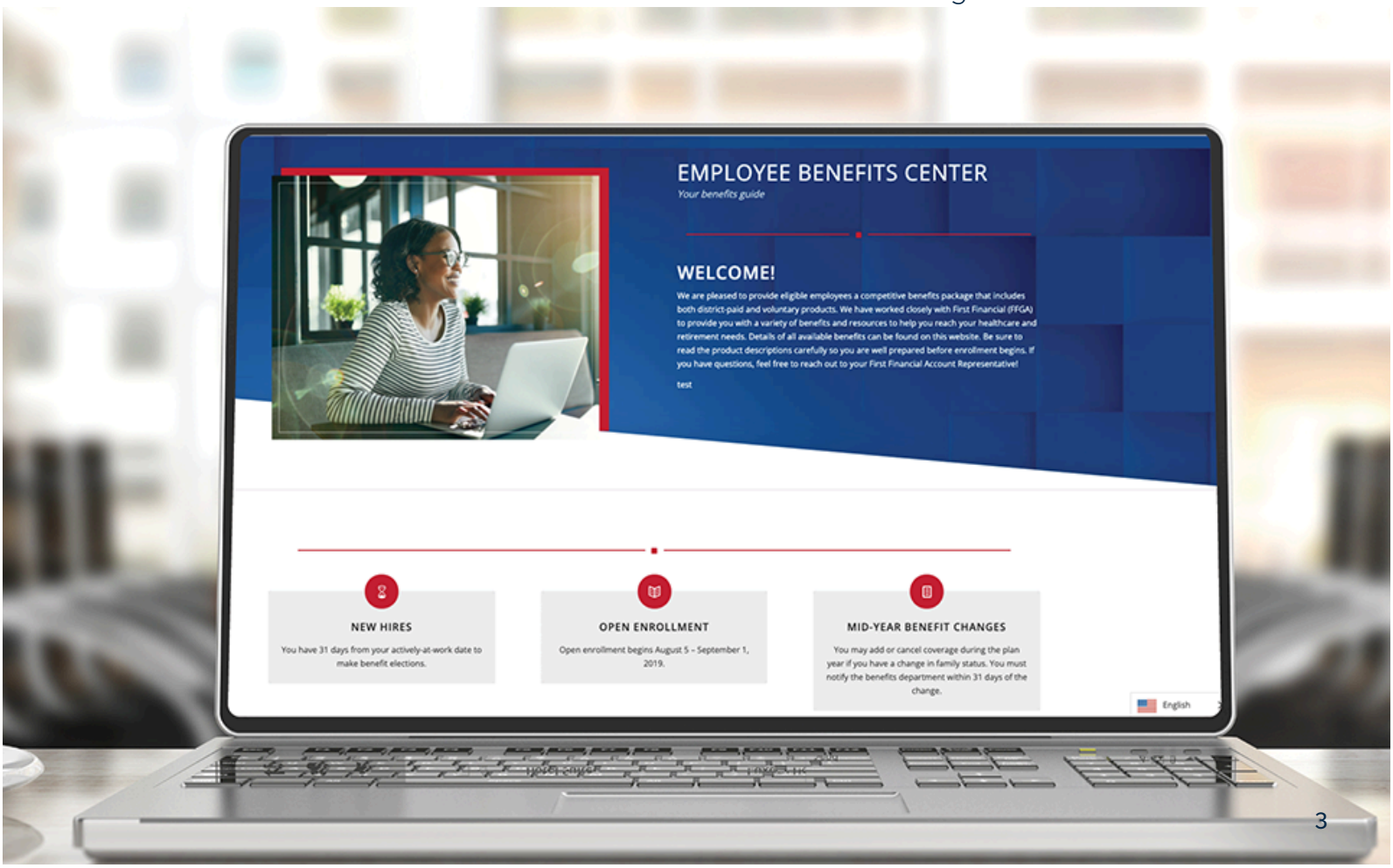
No es necesario registrarse para acceder al sitio. Simplemente ingrese la URL que aparece a continuación en su navegador y será dirigido a su Centro de Beneficios para Empleados.

SCAN ME!

¡Escanee el código QR para obtener más información sobre los planes que están disponibles este año del plan!

https://benefits.ffga.com/pasadenaisd

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027



Elegibilidad para Beneficios y Cobertura

Cobertura de los Empleados

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027

Elegibilidad

Para ser elegible para la mayoria de los beneficios, usted debe ser un empleado atiempo completo o debe estar programado regularmente para trabajar 30 o mas horas por semana. Tambien podra agregar dependientes a algunos de sus planes siempre que cumplan con los criterios del plan como dependientes elegibles.

Se le pedirá que presente documentación adecuada para comprobar la elegibilidad del dependiente.

Empleados nuevos

Usted tiene 31 días a partir de su fecha de estar activo en el trabajo para realizar elecciones de beneficios. La cobertura del seguro entra en vigencia el primer día del mes siguiente a un período de espera de 30 días calendario.

Empleados existentes

Cuando llegue el momento de inscribirse en sus beneficios, su Representante de Cuenta de FFGA estará disponible para ayudarle a realizar sus elecciones. Sus elecciones se pueden realizar en cualquier momento durante la inscripción anual en línea desde la computadora de su trabajo o de su hogar traves de Frontline. Antes de inscribirse, tómese el tiempo para informarse sobre los beneficios disponibles y qué opciones funcionarían mejor para usted y su familia visitando el Centro de Beneficios para Empleados.

Cambios de beneficios a mitad de año

Además de durante la inscripción abierta anual, usted sólo puede realizar cambios en sus elecciones de beneficios si experimenta un cambio de estado calificado o califica para una “inscripción especial”. Si califica para un cambio en los beneficios a mitad de año, debe presentar un comprobante del cambio o evidencia de cobertura anterior. Es responsabilidad del Empleado notificar al Distritode cualquier cambio debido a un evento de vida calificado dentro de los 31 días posteriores al evento y completar todos los formularios de cambio necesarios. Después de 31 días, no será posible realizar el cambio hasta la Inscripción Abierta.

Los eventos de vida calificados incluyen:

- Cambios en el grupo familiar, como matrimonio, divorcio, separación legal, anulación, muerte de un cónyuge, nacimiento, adopción, colocación en adopción o muerte de un hijo dependiente
- Pérdida de cobertura médica, atribuible al empleo de su cónyuge, pérdida de cobertura médica existente, incluidos planes laborales, individuales y estudiantiles, pérdida de elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP, cumplir 26 años y perder la cobertura a través del plan de uno de los padres
- Cambio en el lugar de residencia o lugar de trabajo, un estudiante que se muda hacia o desdeel lugar donde asiste a la escuela, un trabajador temporero que se muda hacia o desde el lugar donde vive y trabaja, mudarse hacia o desde un refugio u otra vivienda de transición.

Rechazo de la cobertura

Si es elegible para recibir beneficios, pero desea RECHAZAR la cobertura, complete la inscripción en línea, ya sea en la computadora de su trabajo o de su hogar. En cada opción, deberá seleccionar "renunciar". **De todas formas, tendrá que completar la información del beneficiario.**

Planes de la Sección 125

Información y Reglas de los Planes de la Sección 125

Un Plan de la Sección 125 proporciona una manera de ahorrar impuestos para pagar los gastos elegibles de atención médica o de cuidado de dependientes. Los fondos se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos.

Así es cómo funciona

Un Plan de la Sección 125 reduce sus impuestos y aumenta su salario neto al permitirle deducir el costo de los beneficios elegibles de sus ganancias antes de impuestos. Además, el plan está disponible para usted sin costo alguno y usted ya es elegible – todo lo que tiene que hacer es inscribirse.

¿Es adecuado para mí?

Los ahorros que usted puede conseguir con un Plan de la Sección 125 se detallan en el ejemplo a continuación. Por ejemplo, potencialmente podría llevarse a casa alrededor de $70 más cada mes si participa en el Plan de la Sección 125 de su empleador – ¡eso constituye un ahorro de $840 al año!

No puede cambiar sus elecciones de beneficios para el año del plan a menos que la oficina de beneficios reciba una notificación por escrito dentro de los 31 días posteriores al cambio de situación. Si no se notifica a la oficina de beneficios dentro de los 31 días posteriores al cambio de situación, no se puede realizar ningún cambio de beneficios hasta la próxima inscripción abierta anual.

Los cambios de situación familiar especificados por el IRS incluyen:

- Cambio en el estado civil
- Cambio en el número de dependientes
- Terminación o comienzo del empleo
- El dependiente satisface o deja de satisfacer sus requisitos de elegibilidad
- Cambio de residencia o lugar de trabajo que afecta la elegibilidad para la cobertura

Ejemplo de cheque de pago del Plan de la Sección 125		
	Sin S125	Con S125
Salario mensual	$2,000	$2,000
Menos deducciones médicas	-N/A	-$250
Ingresos brutos disponibles	$2,000	$1,750
Menos FICA calculado (7.65%)	-$153	-$133
Menos deducciones médicas	-$250	-N/A
Salario neto	$1,597	$1,617

¡Podría ahorrar $70 mensuales en impuestos pagando sus beneficios antes de impuestos!

** Las cifras del ejemplo de cheque de pago anterior son sólo para fines ilustrativos.*

Cobertura Médica
AETNA

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027



El Distrito Escolar Independiente de Pasadena ofrece cuatro planes médicos a través de Aetna. Puedes elegir entre POS, ACOKelsey, EPO y el Plan MHACO.

Aetna | www.aetna.com | 1-866-841-3541

PLAN 1 - PLAN DE PUNTO DE SERVICIO (POS)

Los planes POS ofrecen una red nacional de médicos y hospitales y le brindan la flexibilidad de elegir cualquier proveedor,dentro o fuera de la red, para recibir beneficios. Si elige un proveedor dentrode la red, sus beneficios seránmayores y, en general,pagará menos de su bolsilloque si elige un proveedor fuera de la red. Los planes incluyen un espectro completo de servicios cubiertos y acceso directo a especialistas sin la necesidad de obtener la aprobación de un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en ingles), pero es requerido elegir un médico de atención primaria. Los planes POS son planes de salud tradicionales con coaseguros y deducibles.

PLAN 3 - AETNA KELSEY CARE – PLAN DE ORGANIZACION DE CUIDADOS RESPONSABLES (ACO)

El plan KelseyCare es un plan de organización de cuidados responsables (ACO, por sus siglas en ingles) que proporciona cobertura mejor valorada con copago de miembro a un costo deprima más baja.Es requerido mantenerse bajo la RED de Kelsey Seybold y designar un Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en ingles), pero no necesitará una aprobación para ver a un especialista bajo la RED de Kelsey Seybold, Kelsey asistirá al miembro para cualquier situación medica fuera de la RED. No hay cobertura fuera de la RED, excepto en caso de emergencia. Kelsey también tiene sus propias opciones clínicas.

PLAN 4 - PLAN DE ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES EXCLUSIVOS (EPO)

Los planes EPO de Aetna se ofrecen como alternativas a los planes POS con una red específica de proveedores e instalaciones participantes. El EPO proporciona una amplia gama de servicios médicos y no se le pedirá que seleccione un PCP. Si su condición médica requiere la atención de un especialista, puede programar una cita directamente sin tener que pasar por su PCP.

PLAN 5 - RED DE PROVEEDORES RESPONSABLES DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE MEMORIAL HERMANN (MHACO)

Se trata de una pequeña red de proveedores de atención médica de Memorial Hermann que pueden compartir registros de saludelectrónicos como su historial médico, medicamentos actuales y resultados de pruebas para brindarleun plan de atención personalizado. Las brechas en su atenciónactual son más fáciles de detectar y abordar. Durante una emergencia, llame al 911 o vaya al hospitalmás cercano. Su cobertura será la misma que si estuviera dentro de la Red de Proveedores Responsables de la AtenciónMédica de Memorial Hermann.

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027

Primas Mensuales de la Cobertura Médica				
	Plan 1	Plan 3	Plan 4	Plan 5
Empleado Solo	$533	$110	$214	$154
Empleado + Cónyuge	$1,207	$396	$528	$422
Empleado + Hijos	$965	$330	$453	$353
Empleado + Familia	$1,753	$628	$813	$664

Las primas mensuales que se muestran arriba incluyen la contribución del empleador de $322.00

PLAN 1

RED	TX MEDICAL NEIGHBORHOOD – HOUSTON CHOICE POS 1	
BENEFICIO	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED[1]**
COASEGURO	30%	50%
DEDUCIBLE DEL AÑO CALENDARIO DEDUCIBLE (ENERO – AGOSTO)	$5,000 INDIVIDUAL $10,000 FAMILIA	$7,500 INDIVIDUAL $15,000 FAMILIA
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO	$8,500 INDIVIDUAL $17,000 FAMILIA	$15,000 INDIVIDUAL $45,000 FAMILIA
VISITAS AL CONSULTORIO		
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA **(PCP)**	30% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
CUIDADO ESPECIALIZADO – AHORROS MÁXIMOS CUIDADO ESPECIALIZADO – AHORROS ESTÁNDAR	NIVEL 1: 30% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE NIVEL 2: 40% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
ATENCIÓN PREVENTIVA	100%	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
ATENCIÓN HOSPITALARIA	COPAGO DE $150/DÍA (MÁX. 5 DÍAS), 30% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
CIRUGÍA AMBULATORIA – HOSPITAL CIRUGÍA AMBULATORIA - INDEPENDIENTE	30% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE $150 COPAGO/30% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
SALA DE EMERGENCIAS[2]	COPAGO DE $500, 30% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	
ATENCIÓN URGENTE	30%, SIN DEDUCIBLE	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
CLÍNICAS AMBULATORIAS	COPAGO DE $35	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE

1. Beneficio fuera de la red pagado según la Tarifas Limitada.
2. Copago exento si se es admitido.

PLAN 3

RED	KELSEYCARE - ACO	
BENEFICIO	**DENTRO DE LA RED**	**FUERA DE LA RED**
COASEGURO	20%	N/A
DEDUCIBLE DEL AÑO CALENDARIO DEDUCIBLE (ENERO – AGOSTO)	$3,000 INDIVIDUAL $6,000 FAMILIA	N/A
GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO	$9,000 INDIVIDUAL $18,000 FAMILIA	N/A
VISITAS AL CONSULTORIO		
MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA **(PCP)**	COPAGO DE $35	N/A
ESPECIALISTA	COPAGO DE $70	N/A
ATENCIÓN PREVENTIVA	100%	N/A
ATENCIÓN HOSPITALARIA	20% DESPUES DEL DEDUCIBLE	N/A
CIRUGÍA HOSPITALARIA INSTALACION INDEPENDIENTE	20% DESPUES DEL DEDUCIBLE $150 COPAGO	N/A
SALA DE EMERGENCIAS[1]	COPAGO DE $500, 20% DESPUES DEL DEDUCIBLE	
ATENCIÓN URGENTE	COPAGO DE $70	N/A
CLÍNICAS AMBULATORIAS (CLÍNICAS KELSEY SOLAMENTE)	COPAGO DE $35	N/A

1. Sala de emergencia no se cobra el copago si es internado

PLAN 4 PLAN 5

	EPO	MHACO
RED	**EPO: SOLO CENTROS DE MEMORIAL HERMANN, HCA Y ST. LUKES**	**EPO: ACO MEMORIAL HERMANN**
CONDADOS		**(HARRIS, FT. BEND, MONTGOMERY)**
BENEFICIO	**SOLO DENTRO DE LA RED**	**SOLO DENTRO DE LA RED**
COASEGURO	20%	20%
DEDUCIBLE DEL AÑO CALENDARIO DEDUCIBLE (ENERO – AGOSTO)	$4,000 INDIVIDUAL $8,000 FAMILIA	$3,500 INDIVIDUAL $7,000 FAMILIA
GASTO MAXIMO DE BOLSILLO	$9,000 INDIVIDUAL $18,000 FAMILIA	$9,000 INDIVIDUAL $18,000 FAMILIA
VISITAS AL CONSULTORIO (ATENCION PRIMARIA Y SECUNDARIA)	20% DESPUES DEL DEDUCIBLE	20% DESPUES DEL DEDUCIBLE
ATENCION PREVENTIVA	100%	100%
ATENCION HOSPITALARIA	20% DESPUES DEL DEDUCIBLE	20% DESPUES DEL DEDUCIBLE
CIRUGIA AMBULATORIA	20% DESPUES DEL DEDUCIBLE	20% DESPUES DEL DEDUCIBLE
SALA DE EMERGENCIA[1]	COPAGO DE $500, 20% DESPUES DEL DEDUCIBLE	COPAGO DE $500, 20% DESPUES DEL DEDUCIBLE
ATENCION URGENTE	20% SIN DEDUCIBLE	20% SIN DEDUCIBLE
CLINICAS AMBULATORIAS	COPAGO DE $35	COPAGO DE $35

1. Sala de emergencia no se cobra el copago si es internado.

Su cuentade Aetna Navigator® está personalizada para usted y su familia.La información que vea se basará en el plan de salud en el que esté inscrito. Este sitio también realizará un seguimiento de cualquier información de salud personal que ingrese. Se trata de un lugar rápido y fácil para comenzar a buscar todas sus respuestas de atención médica.

DOCFIND® http://www.aetna.com/dse/search?site_id=pasadenaisd

Cuando necesite encontrar un médico o centro, comience con DocFind®. Es rápido, fácil y en línea 24/7. Para usar DocFind® debe registrarse en su propio sitio web seguro de Aetna Navigator®. Una vez que lo haga, obtendrá una versión personalizada de DocFind® que tiene preprogramado su plan médico y su código postal. Si no ha configurado su sitio web de Aetna Navigator® y necesita encontrar un médico, use la red de la siguiente manera.

- Plan Medico 1 - "TX Medical Neighborhood Houston Choice POS 1"
- Plan Medico 3 - "KelseyCare ACO"
- Plan Medico 4 - "Exclusive Provider Organization EOP"
- Plan Medico 5 - "Memorial Hermann Accountable Care Network MHACO"

Scan the QR code to dowload mobile app

APLICACIÓN MÓVIL DE AETNA Encuentre lo que necesita—donde sea, cuando sea

La Aplicación Móvil de Aetna pone a su alcance nuestras funciones en línea más populares. Está disponible para dispositivos móviles iPhone® y Android™.

BENEFICIOAS DE MEDICAMENTOS RECETADOS - CVS Caremark | www.caremark.com | 1-888-234-0781

Cuando se inscribe en una de las opciones de planes médicos, recibe automáticamente la cobertura de medicamentos recetados a través de CVS Caremark, que le da acceso a una gran red nacional de farmacias minoristas.

MEDICAMENTOSGENÉRICOS EN LUGAR DE LOS DE MARCA

Para mantener los costos bajos, asegúrese de explorar todas las opciones con su médico cuando le receten un medicamento. La mayoría de los medicamentos de marca tienen un equivalente genérico que es igual en términos de potencia y calidad

ENTREGA A DOMICILIO

También podríaestar ahorrando dinero adicional al recibir sus recetas regulares a través del servicio de entrega a domicilio.

Toda prescripción para medicamentos que usted toma a diario (por ejemplo, asma o de alta presión) deberán completarse con suministro de 90 días. Tendrá la opción de recibir su receta por correo o en una farmacia que se considere una red de suministro de 90 días.

BENEFICIO DE FARMACIA CVS CAREMARK	
FARMACIA MINORISTA* - SUMINISTRO DE HASTA 30 DÍAS	
NIVEL 1: GENÉRICOS	COPAGO DE $30
NIVEL 2: MARCA PREFERIDA	COPAGO DE $45
NIVEL 3: MARCA NO PREFERIDA	COPAGO DE $75
DEDUCIBLE (ENERO – AGOSTO)	
(SÓLO MEDICAMENTOS DE NIVEL 2 Y 3 COMBINADOS): $200 POR PERSONA O $400 POR FAMILIA	
ENTREGA A DOMICILIO - SUMINISTRO DE HASTA 90 DÍAS	
NIVEL 1: GENÉRICOS	COPAGO DE $50
NIVEL 2: MARCA PREFERIDA	COPAGO DE $80
NIVEL 3: MARCA NO PREFERIDA	COPAGO DE $140



Broken bones don't have to break the bank

In a true emergency (when your life is in danger), you should call 911 or go to an emergency room (ER) right away. But if it's not life threatening, you can get immediate medical care for a lot less than what the ER costs. Check out these free and lower-cost options. Get the care you need at prices you can live with.

RediMD™	Pasadena ISD Wellness Center	Walk-in Clinic: CVS Minute Clinic®	Urgent Care Center
RediMD provides primary medical care online via webcam, smart phone, or by telephone. You can see and speak with a physician or other medical professional who can diagnose, recommend treatment and prescribe medications if needed.	High-quality medical services are provided free to eligible employees and their dependents (age 2+) covered under the Pasadena ISD health plan.	A walk-in clinic is for non-emergency issues. Often found in stores and pharmacies, they're not meant to replace your PCP.	Urgent care centers provide quick care for serious, but not life-threatening situations. Many urgent care centers offer imaging, X-ray and lab services.
WHEN TO GO			
• Allergies • Colds and flu • Bronchitis • Ear infections • Sinus problems, and more	• Primary/urgent care • Physical exams • Immunizations • Minor injuries • Colds and flu • Diabetes • Hypertension	• Colds and flu • Ear infections • Headache/migraine • Routine allergies • Sore or strep throat • Sprains, and more	• Back/neck pain • Cuts and minor burns • Flu • Sprains, fractures, and more
AVAILABILITY			
24/7 (by phone)	Scheduled appointments preferred, but walk-ins are welcome	Many open 7 days a week with extended hours	Many open 7 days a week with extended hours
AVERAGE WAIT TIME			
15 minutes	**45 minutes or less**	**1 hour or less**	**1-2 hours**
YOU PAY			
Free	**Free**	$	$ $

Not sure where to go? Call the 24-hour **Informed Health® Nurseline** at **1-800-556-1555**.
To find a local care provider, just log in to Aetna Navigator at **aetna.com** and click the "Find Care" icon.

CVSHealth. aetna PASADENA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Aetna is the brand name used for products and services provided by one or more of the Aetna group of subsidiary companies, including Aetna Life Insurance Company and its affiliates (Aetna). For self-funded plans, coverage is offered by your employer with administrative services only provided by Aetna Life Insurance Company (Aetna). Information is believed to be accurate as of the production date; however, it is subject to change. Providers are independent contractors and not agents of Aetna. Provider participation may change without notice. Aetna does not provide care or guarantee access to health services. Health information programs provide general information and are not a substitute for diagnosis or treatment by a physician or other health care professional. Health benefits and health insurance plans contain exclusions and limitations. For more information about Aetna plans, refer to aetna.com.

CCG PASADENA-0001 (5/18) ©2018 Aetna Inc.

Clínica de Bienestar

H2U Clinic | www.pasadenaisdclinic.com | 713-740-5300

El Centro de Bienestar de Pasadena ISD cree que la atención médica de alta calidad requiere conocer a nuestros empleados. Los Proveedores Médicos de H2U Wellness Centers pasarán mucho tiempo cara a cara con usted, escuchándolo para comprender sus necesidades de atención médica únicas e individuales. Experimente servicios médicos de alta calidad que son gratuitos para los empleados elegibles de PISD.

La Clínica asigna alta prioridad a la educación sobre la salud preventiva, los exámenes médicosy las modificaciones en el estilo de vida para garantizar una salud óptima durante toda la vida. El Médico, el Enfermero Practicante y otro personal médico de H2U Wellness Centers se tomarán el tiempo para brindarle información sobre su atenciónmédica y fomentarsu participación en las decisiones de atención médica. H2U Wellness Centers está plenamente comprometido con el cumplimiento de las pautas federales de HIPAA que protegen la confidencialidad de la información del paciente. Por lo tanto, su información personal de salud se tratará de manera confidencial y no se divulgará a nadie sin su consentimiento previo por escrito.

H2U Wellness Centers cree en el enfoque de "persona completa" para la atención médica y se esfuerza por construir una asociación sólida con usted. El personal de H2U Wellness Centers se compromete a tratarlo – no sólo sus problemas médicos. H2U Wellness Centers pone a los empleados de Pasadena ISD en primer lugar, ahorrándole un tiempo valioso y tarifas no deseadas.

Services:

- Cuidado episódico agudo y alivio de los síntomas (distensiones, esguinces y dolores)
- Exámenes, tratamiento y control del colesterol, la hipertensión y la diabetes
- Dolor de garganta/ oídos / cabeza
- Cuestiones de higienepersonal
- Tos / Sinos
- Erupciones cutáneas y alergias
- Infección urinariaaguda
- Exámenes de mujer y hombresanos
- Vacunas contrala gripe
- Lesiones menoresy procedimientos quirúrgicos menores
- Exámenes físicos
- Programas de bienestar
- Pruebas de laboratorio realizadas en el sitio
- Y mucho mas

Horario:

Lunes	8 am - 4 pm
Martes	1 pm - 8 pm
Miercoles	8 am - 4 pm
Jueves	1 pm - 8 pm
Viernes	8 am - 4 pm
Sabado	8 am - 1 pm

Ubicación:

1850 E. Sam Houston Pkwy, South
Pasadena, TX 77503
Puede programar una cita en linea:
www.pasadenaisdclinic.com/appointments/
*Las citas programadas tendrán precedencia, aunque se aceptan pacientes sin cita.

Usted tiene accesoa las siguientes clínicas por un copago de $35 bajo los planes medico 1, 4 y 5 solamente.

minute clinic™

RediClinic®

RediMD



RediMd | www.redimd.com | 866-989-CURE, option 3

RediMD proporciona atenciónmédica primaria en línea a través de una cámara web, un teléfono inteligente o por teléfono. Usted puede ver y hablarcon un médico u otroprofesional médico que puede diagnosticar, recomendar tratamiento y recetar medicamentos si es necesario.

El servicio RediMDestá disponible para que lo use

- En su casa durante días, noches y fines de semana para usted y su familia.
- Si usted y sus dependientes están cubiertos por el seguro médico de Pasadena ISD, entonces tienen acceso GRATIS a RediMD.
- Si no está cubierto por el seguro médico de Pasadena ISD, usted, el empleado, puede tener acceso a RediMD con un costo de $50 por visita. Sus dependientes/cónyuge NO tendrán acceso a RediMD.

RediMD trata la mayoria de los padecimientos que requieren atencion primaria, incluidos, entre otros:

Alergias	Dolor de Garganta	Presion sanguinea	Toss
Diabetes	Gripe	Problemas de estres	Resfriado
Dolor de Cabeza	Infeccion sinusal	Problema de la piel	Problemas Estomacale

RediMD está disponible para usted y sus dependes, si está cubierto por el seguro médico de Pasadena ISD, para usar en el hogar. Sólo se necesita una cuenta por hogar.

- Se requiere una computadora con conexión a internet y cámara web, o un teléfono inteligente con conexión a internet y una cuenta de Skype (descarga gratuita desde la tiendade aplicaciones) para todas las visitas cara a cara.
- Si olvida su contraseña, RediMD utilizael cifrado más alto posible. No enviaremos contraseñas a correos electrónicos no seguros para su protección. Llame al número de RediMD que esta arriba para restablecer su contraseña.
- Visítenos en www.RediMD.com para obtener más información y registrarse.

RediMD™ get well sooner

Consultas RediMD disponibles desde su hogar o trabajo: 8 am - 6 pm CT Lunes - Sabado por telefono, llame al 281-633-0148

*Codigo= pasadenaisd50 para empleados sin seguro medico
*Codigo = pasadenaisd para empleados con seguro medico de Pasadena ISD

PARA USAR REDIMD COMO USUARIO NUEVO

REGISTRESE*

1

- Ingrese en www.redimd.com
- Haga clic en "register"(regístrese)
- Seleccione "register " o "First Time User" (Usuario nuevo)
- Ingrese el código indicado al pie de la página y haga clic en "next" (siguiente)
- Siga las instrucciones de registro,ingrese su correo electrónico y cree una contraseña
- Complete los perfilesy las instrucciones de registro.

PROGRAME

2

- Pedir cita
- Seleccione el proveedor, el estado y la hora
- No se requiere copago ni pago

CONSULTE

3

- Tome los signos vitales o ponga 1 en cada caja si no se toman los signos vitales.
- Consulte con su proveedor (consulte las opciones a continuación)

*** El registro es un proceso único y se puede realizar sin tener que programar una cita.**

PARA USAR REMIMD COMO USUARIO DE RETORNO

LOG IN

1

Desde cualquier computadora o teléfono inteligente conectado a Internet:

- Inicie sesión en www.redimd.com
- Ingrese su correo electrónico y contraseña

SCHEDULE

2

- Pedir cita
- Seleccione el proveedor, el estado y la hora
- No se requiere copago ni pago

CONSULT

3

- Tome los signos vitales o ponga 1 en cada caja si no se toman los signos vitales.
- Consulte con su proveedor (consulte las opciones a continuación)

CONSULTE CON SU PROVEEDOR DE REDIMD

EN SU COMPUTADORA DE CASA: Para ver un proveedor para su consulta en linea.

- Vaya a la computadora de su casa para la consulta en línea 10 minutos antes de la hora de su cita
- Ten a mano tu identificación con foto
- Ingrese a www.redimd.com, inicia sesión en tu cuenta y ve a tu cita
- Tómese la presión arterial, el pulso y la temperatura e ingrese sus lecturas vitales según se le indique, y siga las instrucciones, o coloque 1 en cada caja si no se toman los signos vitales.
- El proveedor se presentará a la hora de la cita para consultar con usted sobre la información médica que proporcionó y darle un diagnóstico y recomendar un tratamiento.

EN UN TELÉFONO INTELIGENTE: Para ver al proveedor para su consultaen línea

- Ve a la tienda de aplicaciones de tu teléfono inteligente y descarga Skype (gratis). Configura una cuenta.
- 10 minutos antes de la hora de su cita, vaya a www.redimd.com, inicie sesión en su cuenta y vaya a su cita.
- Ten a mano tu identificación con foto.
- Ponga 1 en cada caja si no se toman los signos vitales: presión arterial, pulso, etc. y siga las instrucciones.
- Presione el botón de skype y el proveedor aparecerá a la hora de la cita para consultar con usted sobre la información médica que proporcionó y darle un diagnóstico y recomendar un tratamiento.

POR TELÉFONO: Para hablar con el proveedor

- Fuera del horario de atención cuando la clínica está cerrada o cuando no hay una computadora o un teléfono inteligente disponible.
- Llame a nuestra línea fuera del horario de atención 281-633-0148.

Comuníquese con nosotros... en cualquier momento y en cualquier lugar

Soluciones sin costo y confidenciales para los desafíos de la vida.

Apoyo emocional confidencial

Nuestros clínicos capacitados escucharán sus inquietudes y les ayudarán a usted o a sus familiares con problemas, como:

- Ansiedad, depresión, estrés
- Duelo, pérdidas y adecuación en la vida
- Conflictos maritales o de relación

Soluciones para el trabajo y la vida personal

Nuestros especialistas proporcionan derivaciones calificadas y recursos para todo lo incluido en su lista de quehaceres, como:

- Búsqueda de cuidados para niños y ancianos
- Contrato de servicios de mudanzas o refacciones en el hogar
- Planificar eventos, ubicar lugares de atención para mascotas

Asesoramiento legal

Hable con nuestros abogados a fin de obtener asistencia práctica para sus problemas legales más apremiantes, como por ejemplo:

- Divorcio, adopción, leyes de familia, testamento, fideicomiso, etc.

¿Necesita representación? Obtenga una consulta gratis de 30 minutos y una reducción del 25% en los honorarios.

Recursos financieros

Nuestros expertos financieros pueden ayudarle con una amplia variedad de temas. Hable con nosotros sobre:

- Planificación de la jubilación, impuestos
- Reubicaciones, hipotecas, seguros
- Elaboración de presupuestos, deudas, quiebras y más

Apoyo en línea

GuidanceResources® Online es su vínculo con información vital, herramientas y apoyo. Inicio de sesión para:

- Artículos, podcasts, videos, diapositivas
- Capacitaciones a demanda
- Respuestas personales en “Pregúntele a un experto”

PASADENA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Copyright © 2020 ComPsych Corporation. Todos los derechos reservados. Para ver el anuncio de privacidad de HIPAA de ComPsych, por favor vaya a www.guidanceresources.com/privacy. ES(US) ComPsych cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ComPsych®
GuidanceResources® Worldwide

Su programa de ComPsych® GuidanceResources® ofrece una persona con quien hablar y recursos para consultar en el lugar y el momento que los necesite.

Llame al: 888.327.6392 TTY: 800.697.0353

La línea gratuita le proporciona acceso directo, las 24 horas y los 7 días de la semana, a GuidanceConsultantSM, que trabajará con usted para responder sus preguntas y, si lo desea, lo derivará a un asesor o le recomendará otros recursos.

En línea: guidanceresources.com
Aplicación: GuidanceNowSM ID de la web: PasadenaISD

Inicie sesión hoy para conectarse directamente con un asesor GuidanceConsultantSM y abordar su problema o consultar artículos, podcasts, videos y otras herramientas útiles.

Apoyo, recursos e información durante las 24 horas, los 7 días de la semana

Comuníquese con su programa GuidanceResources® de ComPsych®

Llame al: 888.327.6392
TTY: 800.697.0353
En línea: guidanceresources.com
Aplicación: GuidanceNowSM
ID de la web: PasadenaISD

Copyright © 2020 ComPsych Corporation. Todos los derechos reservados. ES(US)

Seguro Dental
CIGNA

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027



Cigna | www.cigna.com | 800-244-6224

Cuidar su salud bucal no es un lujo, es una necesidad para una salud óptima a largo plazo. El seguro dental puede reducir en gran medida sus costos cuando se trata de procedimientos preventivos, restaurativos y de emergencia. Revise los beneficios del plan a la derecha para ver qué opción es mejor para usted y las necesidades de cada uno de su familia. Se puede cubrir una variedad de procedimientos, tales como:

- Exámenes de rutina
- Limpiezas
- Rayos X
- Empastes
- Extracciones de dientes
- Anestesia general
- Coronas
- Endodoncias

A los empleados de Pasadena ISD se les ofrecen tres planes dentales integrales:

CIGNA DENTAL CHOICE - DPPO			
BENEFICIO	**BÁSICO**	**MEJORADO**	**MAC**
DEDUCIBLE ANUAL (INDIVIDUAL/FAMILIA) DEDUCIBLE (ENERO – AGOSTO)	$50/$150	$50/$150	$50/$150
MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO	$1,000	$1,250	$1,250
CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO	100%	100%	100%
CUIDADOS BÁSICOS DE RESTAURACIÓN	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	80% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	80% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
CUIDADOS MAYORES DE RESTAURACIÓN	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE	50% DESPUÉS DEL DEDUCIBLE
ORTODONCIA (ADULTOS Y NIÑOS)	SIN COBERTURA	50%	50%
MÁXIMO DE POR VIDA - ORTO	N/A	$1,000	$1,000
REEMBOLSO FUERA DE LA RED[1]	PERCENTIL 90	PERCENTIL 90	PERCENTIL 90

1. *Los gastos fuera de la red se reembolsarán hasta el percentil 90 del cargo razonable y habitual después del deducible y estarán sujetos al coaseguro respectivo. Los beneficios del Plan MAC son mejores al usar un proveedor dentro de la red.*

PRIMAS MENSUALES DEL SEGURO DENTAL			
	BÁSICO	**MEJORADO**	**MAC**
EMPLEADO SOLO	$28.45	$39.44	$33.52
EMPLEADO + CONYUGE	$58.79	$82.20	$69.85
EMPLEADO + HIJO(S)	$55.49	$92.84	$78.91
EMPLEADO + FAMILIA	$78.35	$130.15	$110.60

Seguro de Visión

VSP (Vision Service Plan)

(Este plan solo está disponible durante la inscripción abierta).

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027



VSP | www.vsp.com | 800-877-7195

El cuidado adecuado de la vista es esencial para su bienestar general. Los exámenes de la vista regulares a cualquier edad ayudarán a prevenir enfermedades oculares y a mantener su visión fuerte en los años venideros.

Pasadena ISD ofrece a los empleados un plan de visión, utilizando la Red VSP Choice Plan, para atender sus necesidades y las de su familia. Debe inscribirse en el plan de visión cada año del plan y las primas generalmente se pagan mediante deducciones de nómina. Estas son sólo algunas de las áreas donde ahorrará dinero con su plan:

- Exámenes de la vista
- Anteojos
- Lentes de contacto
- Cirugías oculares
- Corrección de la visión

VSP CHOICE PLAN		
BENEFICIO	**DENTRO DE LA RED**	**REEMBOLSO FUERA DE LA RED**
EXAMEN / GAFAS GRADUADAS	COPAGO DE $30	HASTA $45
MONTURAS	ASIGNACIÓN DE $160	HASTA $100
LENTES		
MONOFOCALES, BIFOCALES CON LÍNEA Y TRIFOCALES CON LÍNEA	INCLUIDO	HASTA $30 - $65
PROGRESIVOS ESTÁNDAR	COPAGO DE $55	HASTA $50
PROGRESIVOS PREMIUM	COPAGO DE $95 - $105	HASTA $50
LENTES DE CONTACTO (EN LUGAR DE GAFAS)	ASIGNACIÓN DE $180	HASTA $125
PROGRAMA DIABETIC EYECARE PLUS	COPAGO DE $20	NO DISPONIBLE
FRECUENCIA (EXAMEN / LENTES / MONTURAS)	12/12/12 MESES	

** Se pueden ofrecer ahorros y descuentos adicionales para gafas, gafas de sol y corrección de la visión con láser.*

PRIMAS MENSUALES DEL SEGURO DE VISIÓN	
VSP CHOICE PLAN	
EMPLEADO SOLO	$7.73
EMPLEADO + UNO	$15.05
EMPLEADO + FAMILIA	$21.64

Cuentas de Gastos Flexibles

WEX Health Inc.
P.O. Box 2926, Fargo, ND 58108-2926
benefitslogin.wexhealth.com | 844-561-1337

Nuestro año del plan de beneficios está cambiando a un nuevo calendario. Para alinearnos con nuestro ciclo de renovación actualizado que comenzará el 1 de septiembre de 2027, el próximo año del plan será un año corto de 8 meses, que abarcará del 1 de enero de 2027 al 31 de agosto de 2027.

Cómo afecta esto sus elecciones de FSA para 2027:

1. Debido a este año corto del plan, los montos máximos de elección del FSA se ajustarán proporcionalmente para un período de 8 meses:
   - Elección máxima del FSA Médico: $2,333.33
   - Elección máxima del FSA para el Cuidado de Dependientes: $5,000.00
2. Calcule para 8 meses, no para 12: Estime sus gastos médicos, dentales, de visión y de cuidado de dependientes para el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2027.
3. Menos períodos de pago: El monto total que elija se dividirá equitativamente entre sus cheques de pago de enero a agosto (16 fechas de pago).
4. Fondos disponibles:
   - FSA Médico: El monto total que elija para el año corto del plan seguirá estando disponible en su totalidad a partir del 1 de enero de 2027, como de costumbre.
   - FSA para el Cuidado de Dependientes: Los fondos estarán disponibles a medida que realice sus aportaciones al DC FSA mediante deducciones de nómina, como de costumbre.

FSA Médico

Una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Atención Médica es un programa aprobado por el IRS para ayudarle a ahorrar impuestos y pagar los gastos médicos de su bolsillo que no están cubiertos por su plan médico. Los empleados contarán con un período de gracia, lo que significa que la fecha de prestación de servicios se extiende hasta el 11/15/27, y el período de presentación de reclamaciones («run-out period») de 90 días finalizará el 11/30/27.

Puntos Destacados de la FSA de Atención Médica

- Las contribuciones se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos, lo que ayuda a reducir sus ingresos imponibles y aumentar sus ingresos disponibles.
- Su elección completa estará disponible para usted al comienzo del año del plan.
- Sea conservador – cualquier dinero que quede en su cuenta al final del año del plan se perderá.
- Use su tarjeta de beneficios para pagar los gastos calificados por adelantado para que no tenga que gastar dinero de su bolsillo.
- Guarde todos los recibos en caso de que necesite fundamentar una reclamación a efectos fiscales.

NOTA: El IRS requiere pruebas de que todos los gastos son elegibles. Guarde todos los recibos en caso de que necesite justificar una reclamación a efectos fiscales. Su recibo debe incluir la fecha de la compra o del servicio, el monto que debía pagar después del seguro, la descripción del producto o servicio, el nombre del comerciante o proveedor y el nombre del paciente.

FSA para el Cuidado de Dependientes

Con una Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes, usted puede apartar parte de su sueldo antes de impuestos para pagar los gastos elegibles del cuidado de dependientes, como cuidado de niños, niñeras y cuidado diurno para adultos.

Puntos destacados de la FSA para el Cuidado de Dependientes

- Los dependientes elegibles deben ser declarados como una exención en su declaración de impuestos.
- Los dependientes elegibles deben ser hijos menores de 13 años o un adulto dependiente incapaz de cuidarse a sí mismo.
- Los fondos están disponibles a medida que se realizan contribuciones a su cuenta.
- Guarde todos los recibos en caso de que necesite fundamentar una reclamación a efectos fiscales.
- Los saldos se perderán al final del período de "runoff" o de gracia.

Cuentas de Gastos Flexibles

Tecnología y recursos de los beneficios

Tarjeta de débito de beneficios
La tarjeta de débito de beneficios es la forma más rápida y conveniente de pagar los gastos elegibles. Una sola tarjeta de débito es todo lo que necesita para utilizar sus beneficios, sin importar cuántos planes tenga con nosotros.

Gastos elegibles para los beneficios
Hay miles de procedimientos elegibles, artículos y gastos basados en su plan. Consulte nuestra lista interactiva de gastos elegibles en **www.wexinc.com/insights/benefits-toolkit/eligible-expenses/**.

Base de conocimientos
Una vez inscrito, consulte la base de conocimientos para buscar rápidamente respuestas a sus preguntas. La base de conocimientos cuenta con millones de vistas de nuestros microvídeos, artículos y procedimientos paso a paso que le permitirán sacar el máximo partido de sus beneficios. ¿Tiene alguna pregunta? Visítenos en cualquier momento del día o de la noche ingresando a su cuenta en línea en **www.wexinc.com**.

Aplicación móvil de beneficios y portal de participantes
Acceda a sus beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con la aplicación móvil de WEX. Nuestra aplicación es gratuita, conveniente y le ofrece un acceso en tiempo real a todas sus cuentas de beneficios. **Con nuestra aplicación móvil de beneficios, podrá:**

- Obtenga acceso a sus fondos de beneficios más rápido con el aprovisionamiento en la aplicación: no es necesario esperar a que llegue su tarjeta física por correo
- obtener actualizaciones instantáneas sobre el estado de sus reclamos;
- presentar un reclamo y subir la documentación en segundos con la cámara de su teléfono;
- escanear el código de barras de un artículo para determinar si se trata de un gasto elegible según la sección 213(d) del código del IRS;
- denunciar una tarjeta como perdida o robada, lo cual cancela la tarjeta y le envía una nueva;
- iniciar sesión mediante el reconocimiento facial o la huella dactilar (según el teléfono);
- comprobar su saldo y ver la actividad de su cuenta;
- restablecer las credenciales de inicio de sesión.

Descarga la aplicación móvil

App Store Google Play

¿No tiene un teléfono inteligente? Diríjase a **www.wexinc.com**, seleccione Iniciar sesión, luego Cuentas de beneficios y luego seleccione una Opción Cuentas de participantes. Esta página proporciona botones de inicio de sesión para acceder a su cuenta en línea, junto con recursos útiles como una base de conocimientos de beneficios, un enlace a los gastos elegibles actuales y chat.

¿Tiene alguna pregunta?

Comuníquese con nuestro departamento de Servicios para Participantes. Nuestro equipo de Servicios para Participantes está disponible de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 9:00 p. m., hora central.

Preguntas cuando se inscriba: 1-866-451-3399
Preguntas antes de inscribirse: 1-844-561-1337 **Envíe un correo electrónico con su pregunta: customerservice@wexhealth.com**
Envíe un formulario: forms@wexhealth.com
Chat en vivo: diríjase a **www.wexinc.com**, seleccione Iniciar sesión, luego Cuentas de beneficios y luego seleccione una Opción Cuentas de participantes.

Seguro de Vida a Término y AD&D

MINNESOTA LIFE

(La elegibilidad está limitada únicamente a los nuevos empleados durante el proceso de incorporación.)

Minnesota Life | www.lifebenefits.com | 866-293-6047

Seguro de Vida a Témporal y AD&D Pagado por el Empleador

Pasadena ISD ofrece a todos los empleados elegibles una poliza de Seguro Basico de Vida y de Muerte Accidental y Desmembramiento. El costo de esta poliza es pagado 100% por su empleador. Esta es una poliza de seguro de vida temporal qque esta vigente mientras esta empleado.

Seguro Voluntario de Vida Temporal

El seguro voluntario de vida es una cobertura de seguro de vida temporal que usted puede adquirir además del plan de seguro básico de vida ofrecido por Pasadena ISD. Lo cubrirá por un período específico de tiempo mientras esté empleado. Los montos del plan se ofrecen en niveles para que pueda elegir la cantidad de cobertura que se ajuste mejor a sus necesidades y las de su familia. Como se trata de un plan grupal, las primas suelenser más bajas,por lo que es más económico obtenerla tranquilidad que brinda el seguro de vida. Se aplican limitaciones; consulte la póliza para más detalles. Visite la página del distrito, bajo Beneficios, para más detalles.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA TEMPORAL DEL EMPLEADO	
EMPLEADO	
INCREMENTOS	$10,000
MÍNIMO	$20,000
MONTO DE EMISIÓN GARANTIZADA*	$200,000
MÁXIMO	MENOR DE $500,000 O 5x SALARIO ANUAL

EDAD	TARIFA POR $1,000
UNDER 40	$0.088
40-75+	$0.230

**Disponible sólo para nuevos empleados elegibles. Los montos que exceden el máximo de emisión garantizada para los empleados recién elegibles y cualquier monto para los participantes tardíos pueden requerir que el solicitante conteste ciertas preguntas de salud conocidas como evidencia de asegurabilidad (EOI). Las tarifas son mensuales.*

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA TEMPORAL DEL DEPENDIENTE		
	COBERTURA	TARIFA
OPCIÓN 1	$5,000 PARA EL CÓNYUGE Y $2,000 PARA EL HIJO	$3
OPCIÓN 2	$10,000 PARA EL CÓNYUGE Y $4,000 PARA EL HIJO	$4
OPCIÓN 3	$20,000 PARA EL CÓNYUGE Y $6,000 PARA EL HIJO	$8

El cónyuge y/o los hijos dependientes no pueden ser empleados por el distrito de Pasadena ISD

**Las tarifas son mensuales.

Informacion Sobre la Reduccion Basada en la Edad del Empleado

Los beneficios de seguro básico y voluntario de vida se reducen con la edad a un porcentaje del monto original del beneficio. La reducción por edad se basa en la edad del empleado.

- Seguro Básico: 65% a los 70 años; 42% a los 75 años; 28% a los 80 años;15% a los 85 años
- Seguro Voluntario: 65% a los 70 años;45% a los 75 años; 30% a los 80 años

Seguro por Discapacidad

STANDARD

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027



The Standard | www.standard.com | 888-937-4783

¿Por qué necesito un seguro por discapacidad?

¿Alguna vez se ha preguntado qué pasaría con sus ingresos si tuviera una lesión accidental, una enfermedad o un embarazo? Es por eso que necesita cobertura por discapacidad. Reemplaza una parte de los ingresos por el período de tiempo que no pueda trabajar por esos motivos.

¿Cómo decide si necesita un seguro por discapacidad? Considere estas preguntas cuando tome su decisión:

- ¿Cuánta tiempo de excedencia del empleador tiene?
- ¿Tiene ahorros?
- ¿De cuántos otros ingresos puede usted depender, como de orden de manutención de cónyuge o infantil?
- ¿Cuánto tiempo le queda antes de la jubilación?
- ¿Puede solicitar beneficios del Seguro Social por Discapacidad o Jubilación por Discapacidad?
- ¿Cuáles son sus otras fuentes de ingresos?

La cobertura de Discapacidad a Largo Plazo ofrece protección financiera (hasta el 66 2/3% de su salario mensual) después de estar discapacitado por un mínimo de 7 días. El beneficio por Discapacidad a Largo Plazo paga un beneficio máximo de hasta $8,000 por mes. Usted puede recibir beneficios hasta los 65 años o mientras permanezca discapacitado, lo que ocurra primero, por una discapacidad relacionada con un accidente. Puede recibir beneficios por hasta 3 años por enfermedad. Como empleado, pagará el costo total de este plan.

Tiene 5 opciones disponibles con diferentes períodos de espera. Visite la página del distrito, bajo Beneficios, para más detalles.

PERÍODOS DE ESPERA DE LA COBERTURA DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO		
OPCIÓN	**LESIÓN ACCIDENTAL**	**OTRA DISCAPACIDAD**
1	7 DÍAS	7 DÍAS
2	14 DÍAS	14 DÍAS
3	30 DÍAS	30 DÍAS
4	60 DÍAS	60 DÍAS
5	90 DÍAS	90 DÍAS

Requisitos de Eligibilidad

Para ser elegible para la cobertura de Discapacidad a Largo Plazo,debe ser:

- El primerdía de empleo activo
- Considerado como empleado permanente a tiempo completo. Se aplican algunasexclusiones, consulte la póliza completa para más detalles.

Cualquier persona que elija la cobertura como una nueva contratación y/o durante la inscripción anual, estará sujeta a las limitaciones preexistentes de la compañía.

Seguro contra Cáncer

COLONIAL

(Consulte a un agente para inscribirse o realizar cambios)

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027



Colonial | www.coloniallife.com | 800-325-4368

Miles de estadounidenses son diagnosticados con cáncer cada día. Sin duda, la noticia es devastadora, tanto personal como económicamente. Es imposible anticipar un diagnóstico de cáncer, pero es posible prepararse con un plan de seguro contra el cáncer.

Es probable que su cobertura médica principal nocubra todos los costos asociados con un diagnóstico de cáncer. Complementar su seguro médico principal con seguro contra el cáncer puedeayudarle a pagar los gastos relacionados, como copagos y deducibles, especialistas, tratamiento experimental, hospitales especializados, gastos de viaje, atención en el hogar y más.

Las primas se pagan mediante una conveniente deducción de nómina para garantizar que su póliza siga vigente si la necesita. Los beneficios se pagan directamente a usted, para que pueda elegir cómo gastar el dinero. Visite la página del distrito, bajo Beneficios, para más detalles.

Seguro contra Cáncer		
Monthly Premium	**Plan 2** ($5,000)	**Plan 4** ($10,000)
Empleado	$11.75	$24.95
Empleado + Familia	$19.60	$41.45

Seguro Contra Enfermedades Graves
UNUM

(Consulte a un agente para inscribirse o realizar cambios)

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027



UNUM | www.unum.com | 800-635-5597

Prepárese Para lo Inesperado

Si ha oído hablar de ataques cardíacos, derrames cerebrales, trasplantes de órganos o parálisis, entonces está familiarizado con las enfermedades graves. Es probable que usted o alguien que conozca haya experimentado uno de estos eventos que alteran la vida. Muchas veces, una enfermedad crítica tiene un impacto poderoso en la vida de las personas, afectando sus medios de vida y sus finanzas.

Un plan de enfermedades graves puede ayudar con los costosde tratamiento de las enfermedades cubiertas. Los beneficios se pagan directamente a usted, a menos que se asignen de otra forma, lo que le permite elegir cómo gastar el dinero. Además, hay planes disponibles para brindar cobertura para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes.

Prepárese ahora para lo inesperado con un plan de segurocontra enfermedades graves.El plan le ayuda a concentrarse en mejorar en lugar de preocuparse por las finanzas. Visite la página del distrito, bajo Beneficios, para más detalles.

Seguro de Vida Permanente

CHUBB

Este plan ya no está disponible para su compra. Si actualmente está inscrito, las deducciones de nómina continuarán hasta el 15 de Diciembre de 2026. Si desea mantener su cobertura permanente después de esa fecha, comuníquese con CHUBB para coordinar la facturación directa a partir del 1 de Enero de 2027.



CHUBB | www.combinedinsurance.com | 855-241-9891

CHUBB - Seguro de Vida Permanente

- Usted es el dueño de la póliza, incluso si cambia de trabajo o se jubila.
- La póliza permanece vigente hasta que usted fallezca o hasta los 120 años si paga la prima necesaria a tiempo.
- Es una póliza de vida permanente y universal, lo que significa que puede estar tranquilo sabiendo que sus seres queridos estarán bien atendidos cuando usted no esté.

Indemnización Hospitalaria
AFLAC

(Debe inscribirse con un agente)

La cobertura de beneficios será efectiva de enero hasta agosto de 2027



BENEFITS OVERVIEW	Benefit amount
HOSPITAL ADMISSION BENEFIT per confinement (once per covered sickness or accident per calendar year for each insured) Payable when an insured is admitted to a hospital and confined as an inpatient. We will not pay benefits for confinement to an observation unit, or for emergency room treatment or outpatient treatment. We will not pay benefits for admission of a newborn child following his birth; however, we will pay for a newborn's admission to a Hospital Intensive Care Unit if, following birth, he is confined as an inpatient as a result of a covered accidental injury or covered sickness (including congenital defects, birth abnormalities, and/or premature birth).	$1,000
HOSPITAL CONFINEMENT per day (maximum of 31 days per confinement for each covered sickness or accident for each insured) Payable for each day that an insured is confined to a hospital as an inpatient.	$150
HOSPITAL INTENSIVE CARE ADMISSION BENEFIT per hospital intensive care confinement (once per covered sickness or accident per calendar year for each insured) Payable when an insured is admitted to a hospital intensive care unit and confined as an inpatient. We will not pay benefits for confinement to an observation unit, or for emergency room treatment or outpatient treatment. This benefit is payable in addition to the Hospital Admission Benefit.	$1,000
HOSPITAL INTENSIVE CARE BENEFIT per day (maximum of 10 days per confinement for each covered sickness or accident for each insured) Payable for each day when an insured is confined in a Hospital Intensive Care Unit. This benefit is payable in addition to the Hospital Confinement Benefit.	$150
If benefits are paid for confinement to a hospital, intensive care unit and/or intermediate intensive care step-down unit and the insured is confined again with 6 months due to the same or related condition, it will be treated as the same period of confinement.	
SUCCESSOR INSURED BENEFIT If spouse coverage is in force at the time of the employee's death, the surviving spouse may elect to continue coverage, including any dependent child coverage in force at the time.	

COVERAGE	MONTHLY RATES
Employee	$8.88
Employee and Spouse	$19.98
Employee and Dependent Children	$14.64
Family	$25.74

Visit the Employee Benefits Center and view policy for more details.

Programas de Beneficios Adicionales

Pasadena ISD valora su compromiso diario y ofrece programas de beneficios adicionales para empleados elegibles, incluidos días de ausencia personales y por enfermedad (consulte la póliza de licencia por enfermedad) y días festivos (de acuerdo con el calendario de días festivos para cada contrato específico) por año escolar.

Aviso Legal

PROGRAMA DE ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAIDY 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 con las primas que puede ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaido CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegiblepara estos programasde asistencia con las primas, pero puede comprar cobertura deseguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un estado enumerado a continuación, puede comunicarse con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si la asistencia para el pago de las primas está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y usted piensa que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, puede comunicarse con su oficina estatal de Medicaid o CHIP, o llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para determinar la manera de presentar una solicitud. Si usted es elegible, puede preguntarle a su estado si tiene algún programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

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

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comunícate con tu estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	**FLORIDA – Medicaid**
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	**INDIANA – Medicaid**
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	**KANSAS – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	**MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP**
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	**MISSOURI – Medicaid**
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	**NEBRASKA – Medicaid**
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	**NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	**NUEVA YORK – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	**OREGON – Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	**RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	**DAKOTA DEL SUR – Medicaid**
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	**UTAH– Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	**VIRGINIA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	**WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	**WYOMING – Medicaid**
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIALEN VIRTUD DE HIPAA

Nuestros registros muestran que usted es elegible para participar en el plan de salud grupal de Pasadena ISD (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima a través de la deducción de nómina).

Una ley federal llamada HIPAA exige que le notifiquemos sobre una disposición importante en el plan - su derechoa inscribirse en el plan bajo su "disposición de inscripción especial" si adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted mismo o un dependiente elegible mientras otra cobertura está en vigencia y luego pierde esa otra cobertura por ciertas razones que califican.

- Pérdida de otra cobertura (excluyendo Medicaid o un programa estatal de seguro de salud para niños). Si usted rechaza la inscripción para usted o un dependiente elegible (incluyendo su cónyuge) mientras la cobertura de otro seguro de salud u otro plan de salud de grupo está en vigor, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted osus dependientes pierdenla elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que termine su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

- Pérdidade cobertura para Medicaid o un programaestatal de segurode salud para niños. Si usted rechazala inscripción para usted o un dependiente elegible (incluyendo su cónyuge) mientrasla cobertura de Medicaid o la cobertura bajo el programa de seguro de salud para niños de un estado está en vigor, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que terminesu cobertura o la de sus dependientes bajo Medicaid o el programade seguro de salud para niños de un estado.

- Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus nuevos dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

- Elegibilidad para Medicaid o un programa estatal de seguro de salud para niños. Si usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) son elegibles para recibirun subsidio del estado para el pago de las primas de Medicaid o a travésdel programa de seguro de salud para niños de un estadocon respecto a la coberturade este plan, es posibleque pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para este tipo de asistencia.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, comuníquese con su administrador.

Recordatorio del Aviso de Prácticasde Privacidad de HIPAA

Pasadena ISD está comprometido con la privacidad de su información de salud. Los administradores del plan de salud de Pasadena (el "Plan") utilizan estrictos estándares de privacidad para proteger su información de salud del uso o divulgación no autorizados. Las políticas del plan que protegen sus derechos de privacidad y sus derechos según la ley se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad del plan. Puede recibiruna copia del Aviso de Prácticas de Privacidad comunicándose con su administrador.

LEY DE MICHELLE

La Ley de Michelle requiere que los planes de salud de grupo proporcionen la continuación de la cobertura para un hijo dependiente cubierto bajo el plan si el hijo pierde la elegibilidad debidoa la pérdida de la condición de estudiante como resultado de una licencia médicamente necesaria de una institución educativa post secundaria. Si su hijo está cubierto bajo el plan de salud grupal de Pasadena, pero pierde la elegibilidad debido a la pérdida de su condición de estudiante causada por una licencia médicamente necesaria, su hijo puede continuar la cobertura bajo nuestro plan por un plazo de hasta un año durante la licencia médicamente necesaria. Esta continuación de la cobertura puede estar disponible si el día antes de que comience la licencia médicamente necesaria, su hijo está cubierto bajo el plan de salud grupal de Pasadena y estaba matriculado como estudiante en una institución educativa post secundaria.

Una "licencia médicamente necesaria" significa una licencia de una institución educativa post secundaria (o un cambio en la condición de matrícula en dicha institución) que: (1) comienza cuando su hijo está sufriendo de una enfermedad o lesión grave, (2) es médicamente necesaria y (3) causa que su hijo pierda su condición de estudiante tal como se define en nuestro plan. La continuación de la cobertura está disponible por un plazo de hasta un año después del primer día de la licencia médicamente necesaria y se trata de la misma cobertura que su hijo hubiese recibidosi hubiera continuado como estudiante cubiertoy no hubiera necesitado tomarse una licencia médica. La continuación de la cobertura puede terminar antes del final del plazo de un año si su hijo pierde la elegibilidad bajo el plan por otro motivo - por ejemplo, al alcanzar la edad de 26 años. Si su hijo es elegible para esta continuación de la cobertura y pierde la cobertura bajo el plan al final del período de continuación, la continuación bajo COBRA puede estar disponible al final del período de continuación de la cobertura en virtud de la Ley de Michelle.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso o el derecho de su hijo a la continuación de la cobertura en virtud de la Ley de Michelle, por favor comuníquese con su administrador.

PROGRAMA DE BIENESTAR

Su plan de salud se compromete a ayudarle a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que es posible que no pueda cumplircon un estándar para una recompensa bajo este programa de bienestar, puede calificar para tener la oportunidad de ganar la mismarecompensa por diferentes medios. Comuníquese con su Departamento de Recursos Humanoslocal y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico)para encontrar ayuda para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuadopara usted a la luz de su estado de salud.

AVISO SOBRE LA LEY DE DERECHOSSOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, puede tener derechoa ciertos beneficios bajo la Ley de Derechossobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura será proporcionada de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapasde reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis;y
- Tratamiento de las complicaciones físicasde la mastectomía, incluyendo la linfedema.

Estos beneficios serán provistos sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coaseguros: Médico 1 dentro de la red: deducible de $5,000 individual y $10,000 por familia; 30% de coaseguro. Médico 1 fuera de la red: deducible de $7,500 individual y $15,000 por familia; 50% de coaseguro. Médico 3 dentro de la red deducible de $3,000 individual y $6,000 por familia; 20% de coaseguro. Médico 4 dentro de la red deducible de $4,000 individual y $8,000 por familia; 20% de coaseguro. Médico 5 dentro de la red deducible de $3,500 individual y $7,000 por familia; 20% de coaseguro. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al (713) 740-0121.

AVISO SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE Y DEL RECIÉN NACIDO

Bajo la ley federal, los planes de salud de grupo y las compañías de seguro de salud en generalno pueden limitarlos beneficios para cualquier hospitalización relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas despuésde un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor a cargo del recién nacido o de la madre,después de consultarlo con la madre,dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según sea el caso). En cualquier caso, bajo la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una hospitalización que no exceda de 48 horas (o 96 horas).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina deAdministración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que un organismo federalno puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y ésta tenga un número de control actualmente válido de la mencionada oficina. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que ésta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válidode la OMB. Consulte la Sección 3512 del Títulо44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se recomienda a los interesados que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, al U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a lebsa.opr@dol.gov y hagan referencia al número de control de la OMB 1210-0137. (vence el 31/12/2019).

Pasadena I.S.D. de acuerdo con HIPAA, protege su información de salud protegida (PHI). Pasadena I.S.D. sólo discutirá su PHI con proveedores médicos y administradores de terceros cuando sea necesario para administrar el plan que proporciona sus beneficios médicos y dentales o según lo exija la ley.

TERMINACIÓN DE BENEFICIOS—DERECHOS BAJO COBRA

La cobertura de beneficios para usted y su familia finalizará el día en que termine su empleo o el día en que usted y/o sus dependientes dejen de ser elegibles. Si no reúne los requisitos para la cobertura, usted y susdependientes elegibles pueden tener derechos de continuación para los beneficios médicos, dentales y de visión según la ley federal conocida como COBRA. Si termina su empleo o se encuentra en un estado no elegible para los beneficios, se le notificará sobre cualquier derecho de continuación que pueda tener. También recibirá un Certificado de Cobertura Acreditable, según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). Este certificado describe el período durante el cual está cubierto por cualquier plan médico, dental y de visión con Weir Group, Inc. Este certificado puede usarse para satisfacer limitaciones de condiciones preexistentes en los planes de su nuevo empleador.

COBERTURA DE MEDICAID

El plan de salud grupal de Pasadenal.S.D. permitirá que un empleado o dependiente que sea elegible para la cobertura pero no está inscrito en la misma, se inscribapara la cobertura si ocurre alguno de los siguientes eventos:

1.Terminación de la Cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) Si el empleado o dependiente está cubierto por un plan de Medicaid o bajo un plan Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP)y la cobertura del empleado o dependiente según dicho plan se termina como resultadode la pérdida de elegibilidad.

2. Elegibilidad para la Asistencia con el Pago de las Primas bajo Medicaid o CHIP si el empleado o dependiente se vuelve elegiblepara recibir la asistencia con el pago de las primas bajo Medicaid o un plan Estatal de Seguro de Salud para Niños (CHIP),incluso bajo cualquier exención o proyecto de demostración realizado bajo o en relación con dicho plan. Este suele ser un programa en el que el estado ayuda a las personasempleadas con asistencia para el pago de primaspara el plan de salud grupal de su empleador en lugar de la inscripción directa en un programa estatal de Medicaid.

Para ser elegible para esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar cobertura bajo el plan de salud grupal dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que el empleado o dependiente se vuelve elegible para recibir asistencia con el pago de las primas bajo Medicaid o CHIP o la fecha en que termina su cobertura o la cobertura de su dependiente bajo Medicaid o CHIP patrocinada por el estado.

AVISODE LA PARTE D DE MEDICARE

Aviso Importante Acerca de Su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Lea detenidamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información acerca de su actual cobertura de medicamentos recetados con Pasadena I.S.D. y sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si quiere o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si usted piensa inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos y los costos correspondientes, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre la manera de obtener ayuda para tomar decisiones acerca de su cobertura de medicamentos recetados aparece al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- La cobertura de medicamentos recetados de Medicare fue puesta a la disposición de todas las personas con Medicare en el 2006. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrecela cobertura de medicamentos recetados. Todos los planesde medicamentos de Medicare proporcionan por lo menos un nivel estándarde cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer una cobertura más amplia por una prima mensual más alta.
- Pasadena I.S.D. ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida bajo el Plan de Beneficios de Bienestar para Empleados de Pasadena I.S.D. deberíapagar, como promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que la cobertura están dar de medicamentos recetados de Medicare, y por lo tanto, que es considerada como una Cobertura Acreditable. Como su cobertura actual es unaCobertura Acreditable, usted puede manteneresa cobertura y no tendrá que pagar una prima más alta (una penalidad) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿Cuándo puede usted inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de Diciembre. Sin embargo, si usted pierde su cobertura de medicamentos recetados acreditable actual, sin que medie culpa de su parte, también puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial(SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actualsi decide inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actualde Pasadena I.S.D.no será afectada. Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actualde Pasadena I.S.D.,tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura durante la próxima inscripción abierta.

¿Cuándo tendrá usted que pagar una primamás alta (penalidad) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted también debe saber que si anula o pierde su cobertura actual con Pasadena I.S.D. y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si usted lleva 63 o más días consecutivos sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, su prima mensual puede aumentar en por lo menos 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes para cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% másalta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además,es posible que tenga que esperar hasta el siguientemes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos recetadosactual:

Póngase en contactocon la persona que figuraa continuación para obtener más información. NOTA: Ustedrecibirá este avisocada año. Usted también lo recibirá antes del próximo período duranteel cual usted puedeinscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si hay algún cambio en la cobertura a través de Pasadena I.S.D. Usted también puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Póngase en contacto con la persona que figura a continuación para obtener más información.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare:

El manual "Medicare& You" (Medicarey Usted) contieneinformación adicional detalladasobre los planesde Medicare que ofrecen la cobertura de medicamentos recetados. Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. También puede que usted sea contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado ("State Health Insurance Assistance Program") (vea la contraportada interior de su copia del manual"Medicare & You" para el número de teléfono de dicho programa) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deberían llamar al 1.877.486.2048.
- Si usted tiene ingresos y recursos limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web de la Seguridad Social en www.socialsecurity.gov, o lláme al 1.800.772.1213 (TTY 1- 800.325.0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si usted decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, puede que tenga que presentar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable, y, por lo tanto, determinar si debe pagar o no una prima más alta (penalidad).

Fecha: 1 de Enero de 2017
Nombre de la Entidad/Remitente: Pasadena I.S.D.
Contacto-Cargo/Oficina: Departamento de Beneficios
Dirección: 3920Mickey Gilley Blvd.,Pasadena, Texas 77505
Número de Teléfono: (713) 740-0121

Información de Contacto

Ana Perez - Benefits Assistant
(Pasadena ISD On-Site Rep)
713-740-0992
Ana.Perez@ffga.com

Joe Quijada, Sr. Account Manager
281-690-8198 | Joe.Quijada@ffga.com

Curtis Grant, Sr. Account Executive
281-690-8198 | Curtis.Grant@ffga.com

Producto	Aseguradora	Sitio web	Teléfono
Cobertura Médica	Aetna	www.aetna.com	866-841-3541
Beneficios de Medicamentos Recetados	CVS Caremark	www.caremark.com	888-234-0781
Clínica de Bienestar de Pasadena ISD	H2U	www.pasadenaisdclinic.com	713-740-5300
Telemedicina	RediMD	www.redimd.com	866-989-CURE
Seguro Dental	Cigna	www.mycigna.com	800-244-6224
Seguro de Visión	VSP	www.vsp.com	800-877-7195
Cuentas de Gastos Flexibles	WEX	benefitslogin.wexhealth.com	844-561-1337
Seguro de Vida Temporal	Minnesota Life	www.lifebenefits.com	866-293-6047
Seguro por Discapacidad	The Standard	www.standard.com	888-937-4783
Seguro contra el Cáncer	Colonial	www.coloniallife.com	800-325-4368
Seguro contra Enfermedades Graves	Unum	www.unum.com	800-635-5597
Seguro de Vida Permanente	CHUBB	www.combinedinsurance.com	855-241-9891
Indemnizacion Hospitalaria	AFLAC	aflacgroupinsurance.com	800-433-3036

SITIO WEB DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS:
El Centro de Beneficios para Empleados (EBC) es una ventanilla única para que encuentre todo lo relacionado con los beneficios. En el sitio web, encontrará fechas de inscripción abierta y del año del plan, descripciones de beneficios, información de contacto de las aseguradoras, folletos de productos, formularios de reclamación y detalles de inscripción.
¡Visite https://benefits.ffga.com/pasadenaisd hoy mismo!