



DISTRITO DE EAGLE MOUNTAIN SAGINAW ISD GUÍA DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO

Año del Plan: 2023-2024

El Distrito Escolar Independiente (ISD) de Eagle Mountain Saginaw ofrece a los empleados elegibles un paquete de beneficios competitivos que incluye productos pagados por el distrito y productos voluntarios. Hemos trabajado muy estrechamente con First Financial (FFGA) para proveerle una variedad de beneficios y recursos para ayudarle a alcanzar sus necesidades de atención médica y jubilación. Puede encontrar detalles sobre todos los beneficios disponibles en el sitio web del Centro de Beneficios del Empleado, benefits.ffga.com/eaglemountainsaginawisd.

Asegúrese de leer las descripciones de los productos cuidadosamente para que este bien preparado antes de que comience la inscripción. Si tiene preguntas, póngase en contacto con su Agente de Cuentas de First Financial o con su departamento de Beneficios.

CONTENIDO

- INFORMACIÓN SOBRE ELEGIBILIDAD Y INSCRIPCIÓN
- PLANES MÉDICOS
- CLEVER RX (SUBSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO)
- PLANES DENTALES
- PLANES DE VISIÓN
- PRODUCTOS DE SEGUROS SUPLEMENTARIOS Y VOLUNTARIOS
 - DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO
 - SEGURO DE VIDA PERMANENTE
 - SEGURO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS
 - SEGURO DE VIDA A TÉRMINO
 - SEGURO SÓLO PARA ACCIDENTES
 - SEGURO DE HOSPITAL GAP
 - SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA
 - PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO
- CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) Y RECURSOS FSA Y HSA
 - COBRA
 - PLANES 403(b)
 - PLANES 457(b)
- INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS BENEFICIOS

Esta guía contiene un resumen de los beneficios ofrecidos por tu empleador. Si hubiese un conflicto entre los términos de este resumen de beneficios y los contratos reales, los términos del contrato prevalecerán.

Esta traducción del inglés a español es para su comodidad y sólo es informativa. En caso que haya cualquier diferencia en la interpretación, la versión en inglés sobrepasa la información proporcionada.

This translation from English is for your convenience and is informational only. In the event of any difference in interpretation, the English language version controls.

Eagle Mountain Saginaw ISD – Oficina de Beneficios
1200 Old Decatur Rd, Bldg 6, Forth Worth, TX 76179 | 817.232.0880

ELIGIBILIDAD

Los empleados elegibles deben estar trabajando activamente en las fechas de vigencia del plan para que los beneficios nuevos sean efectivos.

INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

CENTRO DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO

El Centro de Beneficios del Empleado (EBC) es una plataforma única donde encontrará todo lo que quiera saber en relación con los beneficios. En el sitio web están las fechas de la inscripción abierta y del año del plan, la descripción de los beneficios, la información de contacto de la aseguradora, los folletos de productos, los formularios de reclamo y los detalles de la inscripción.

¡Visite benefits.ffga.com/eaglemountainsaginawisd hoy mismo!

NUEVOS EMPLEADOS

Tiene 31 días a partir de la fecha de inicio del empleo activo hacer sus elecciones de beneficios. Sus elecciones de Inscripción para Empleados Nuevos se harán en el lugar <insert location>.

EMPLEADOS ACTUALES

Cuando sea el momento de inscribir sus beneficios, el Representante de Cuentas de First Financial estará en su localidad para ayudarle hacer sus elecciones. Tenga en cuenta que puede hacer sus elecciones en cualquier momento durante la inscripción abierta por medio del internet, usando su computadora del trabajo o de su casa. Antes de la inscripción, tómese tiempo de informarse acerca de los beneficios ofrecidos y cuáles son las mejores opciones para usted y su familia. ¿Cómo? Visitando el Centro de Beneficios del Empleado.

Inscripción por internet

INSCRÍBASE POR INTERNET

Para iniciar la inscripción por internet, visite <https://ffga.benselect.com/enroll/login>.

INICIE SESIÓN

- Inicio de sesión: su ID de Empleado o Número del Seguro Social (sin guiones).
- PIN (solo para el primer inicio de sesión): los cuatro últimos dígitos de su número social y los dos últimos números del año de su nacimiento (seis dígitos en total).
- Nuevo PIN: la primera vez que inicia sesión se le solicitará que cambie el PIN. Por favor, tome nota de su nuevo PIN ya que, en lo sucesivo, va a usar este PIN nuevo.

VEA LOS BENEFICIOS ACTUALES

Después de iniciar sesión, llegará a la pantalla de bienvenida. En esta pantalla encontrará sus beneficios actuales y las deducciones por beneficio electo.

VEA / AÑADE DEPENDIENTES

Haga clic en Next (Siguiente) para ver sus dependientes. Es muy importante que verifique si los números del seguro social y fechas de nacimiento estén correctos. Si planea agregar dependientes, necesitará sus números del seguro social y las fechas de nacimiento.

COMIENZE SUS ELECCIONES

Haga clic en Next otra vez para comenzar a elegir sus beneficios. Recuerde, no se pueden hacer cambios durante el año del plan a menos que tenga un cambio calificado a mitad de año bajo la Sección 125 o un evento de inscripción especial.

CAMBIO DE BENEFICIOS A MITAD DEL AÑO

Podrá agregar o cancelar la cobertura durante el año del plan si tiene cambio en la situación familiar. Debe notificar el cambio a su departamento de beneficios dentro de los 31 días posteriores al cambio.

LOS EVENTOS DE VIDA CALIFICADOS INCLUYEN:

- Cambios en el hogar, incluyendo matrimonio, divorcio, separación legal, anulación, muerte de un cónyuge, nacimiento, adopción, colocación en guarda para adopción, o muerte de un hijo dependiente.
- La pérdida de la cobertura médica, atribuible al empleo de su cónyuge, la pérdida de cobertura existente, incluyendo planes basados en el trabajo, individuales y estudiantiles, la pérdida de elegibilidad de Medicare, Medicaid o CHIP, cumplir 26 años o perder la cobertura a través del plan de uno de los padres.

COBERTURA DE DECLINACIÓN

Si es elegible para beneficios, pero desea DECLINAR la cobertura, por favor complete la inscripción por internet, desde la computadora del trabajo o de su casa. En cada opción, deberá seleccionar “waive” [declinar]. **Aun así, deberá completar la información del beneficiario.**

INFORMACIÓN Y REGLAS DEL PLAN DEL ARTICULO 125

El Plan del Artículo 125 proporciona la manera de ahorrar impuestos para pagar gastos médicos o de cuidado de dependientes elegibles. Los fondos se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos.

Así es Como Funciona

El Plan del Artículo 125 reduce sus impuestos y aumenta sus ingresos al que permite deducir el costo de los beneficios elegibles de sus ganancias antes de impuestos. Además, el plan esta disponible sin costo alguno, y ya es elegible, todo lo que tiene que hacer es inscribirse.

¿Es adecuado para mí?

Los ahorros que podrá ver al participar en El Plan del Artículo 125 se describen en el ejemplo siguiente. Por ejemplo, usted potencialmente podría llevar a casa alrededor de \$70 más cada mes si participa en el Plan del Artículo 125 de su empleador, jeso es un ahorro de \$840 al año!

Usted no podrá cambiar sus elecciones de beneficios en el año del plan participante, a menos que notifique por escrito a su empleador dentro de los 31 días del cambio de estado. Si su empleador no es notificado dentro de los 31 días del cambio de estado, no podrá hacer ningún cambio de beneficios hasta la siguiente inscripción abierta anual.

Los cambios especificados por el IRS en el cambio de estado incluyen:

- Cambio en el estado legal de casados
- Cambio en el número de dependientes
- Terminación o inicio del empleo
- El dependiente satisface o deja de satisfacer los requisitos de elegibilidad de dependientes
- Cambio de residencia o lugar de empleo que afecta elegibilidad de la cobertura

EL PLAN DE ARTICULO 125 – EJEMPLO DE CHEQUE DE PAGO*

	SIN EL PLAN §125	CON EL PLAN §125
Salario Mensual	\$2,000	\$2,000
Menos Deducciones Médicas	-N/A	-\$250
Ingreso Bruto Imponible	\$2,000	\$1,750
Menos Impuestos (Federal/Estado al 20%)	-\$400	-\$350
Menos impuestos de FICA Estimado (7.65%)	-\$153	-\$133
Menos Deducciones Médicas	-\$250	-N/A
Pago Que Se Lleva a Casa	\$1,197	\$1,267

¡USTED PODRÍA AHORRAR \$70 POR MES EN IMPUESTOS AL PAGAR SUS BENEFICIOS ANTES DE IMPUESTOS!

**Las cifras de la muestra de cheque representadas son para ilustración solamente*

Cobertura Médica



TRS-ACTIVECARE

Los planes médicos del distrito se ofrecen a través de TRS. Desde opciones dentro y fuera de la red hasta cobertura integral de medicamentos recetados y programas especiales de salud y bienestar, TRS-Activecare ha sido diseñado para satisfacer de manera flexible las necesidades de casi medio millón de empleados de educación pública.

Administrado por BCBSTX

Blue Cross Blue Shield of Texas | <https://www.bcbstx.com/trsactivecare/> | 1.866.355.5999

TRS-ActiveCare Primario

- Copagos por visitas al médico y recetas genéricas antes de cumplir con el deducible
- Red estatal
- Los participantes deben seleccionar un médico primario que haga referencias a especialistas
- No hay cobertura fuera de la red

TRS-ActiveCare HD

- Debe cumplir con el deducible antes de que el plan pague por la atención que no es preventivo
- Beneficios dentro y fuera de la red: deducible fuera de la red por separado / desembolso máximo fuera de la red
- Red nacional
- El deducible se aplica a medicamentos y farmacia
- No hay requisito para PCP o necesidad de referencias
- Compatible con la cuenta de ahorros de salud (HSA)

TRS-ActiveCare Primario +

- Copagos para muchos servicios y medicamentos
- Red estatal
- Los participantes deben seleccionar un médico primario que haga referencias a especialistas
- No hay cobertura fuera de la red

TRS-ActiveCare 2 – CERRADO A NUEVOS EMPLEADOS

- Copagos para muchos servicios y medicamentos
- Red nacional con cobertura fuera de la red

TRS-Activecare Beneficios de recetas

Express Scripts | <https://www.express-scripts.com/trsactivecare> | 1.844.367.6108

Cuando se inscribe en un plan PPO BCBSTX, automáticamente recibe cobertura de medicamentos recetados a través de Express Scripts, lo que le da acceso a una gran red nacional de farmacias

Planes de HMO

Baylor Scott & White HMO | trs.swhp.org | 800.321.7947

- Copagos por visitas al médico y recetas genéricas antes de cumplir con el deducible
- Cobertura solo adentro de la red – no hay cobertura fuera de la red

Para obtener más información, consulte el sitio web de TRS-ActiveCare.

<https://www.trs.texas.gov/Pages/healthcare-trsactivecare-2023-24-plans.aspx>

Eagle Mountain-Saginaw ISD

TRS Medical Rates 2023-2024

(Effective 09/01/2023- 08/31/2024)

12 Pay

20 Pay

Bi-Weekly

TRS ACTIVECARE Primary	Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
Employee Only	\$461	\$300	\$161	\$96.60	\$74.31
Employee & Child(ren)	\$784	\$300	\$484	\$290.40	\$223.38
Employee & Spouse	\$1,245	\$300	\$945	\$567.00	\$436.15
Employee & Family	\$1,568	\$300	\$1,268	\$760.80	\$585.23

TRS ACTIVECARE HD	Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
Employee Only	\$475	\$300	\$175	\$105.00	\$80.77
Employee & Child(ren)	\$808	\$300	\$508	\$304.80	\$234.46
Employee & Spouse	\$1,283	\$300	\$983	\$589.80	\$453.69
Employee & Family	\$1,615	\$300	\$1,315	\$789.00	\$606.92

ACTIVECARE Primary +	Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
Employee Only	\$541	\$300	\$241	\$144.60	\$111.23
Employee & Child(ren)	\$920	\$300	\$620	\$372.00	\$286.15
Employee & Spouse	\$1,407	\$300	\$1,107	\$664.20	\$510.92
Employee & Family	\$1,786	\$300	\$1,486	\$891.60	\$685.85

ACTIVECARE 2	Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
Employee Only	\$1,013	\$300	\$713	\$427.80	\$329.08
Employee & Child(ren)	\$1,507	\$300	\$1,207	\$724.20	\$557.08
Employee & Spouse	\$2,402	\$300	\$2,102	\$1,261.20	\$970.15
Employee & Family	\$2,841	\$300	\$2,541	\$1,524.60	\$1,172.77

Scott & White HMO	Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
Employee Only	\$596.96	\$300	\$296.96	\$178.18	\$137.06
Employee & Child(ren)	\$960.68	\$300	\$660.68	\$396.41	\$304.93
Employee & Spouse	\$1,501.90	\$300	\$1,201.90	\$721.14	\$554.72
Employee & Family	\$1,728.86	\$300	\$1,428.86	\$857.32	\$659.47

Where the west begins is where TRS-ActiveCare rides with you on your health care journey.



TRS-ActiveCare Plan Highlights 2023-24



Learn the Terms.

- **Premium:** The monthly amount you pay for health care coverage.
- **Deductible:** The annual amount for medical expenses you're responsible to pay before your plan begins to pay its portion.
- **Copay:** The set amount you pay for a covered service at the time you receive it. The amount can vary by the type of service.
- **Coinsurance:** The portion you're required to pay for services after you meet your deductible. It's often a specified percentage of the costs; i.e. you pay 20% while the health care plan pays 80%.
- **Out-of-Pocket Maximum:** The maximum amount you pay each year for medical costs. After reaching the out-of-pocket maximum, the plan pays 100% of allowable charges for covered services.

2023-24 TRS-ActiveCare Plan Highlights

Sept. 1, 2023 – Aug. 31, 2024



How to Calculate Your Monthly Premium

Total Monthly Premium

– Your District and State Contributions

= **Your Premium**

Ask your Benefits Administrator for your district's specific premiums.

All TRS-ActiveCare participants have **three plan options**. Each includes a wide range of wellness benefits.

This plan is closed and not accepting new enrollees. If you're currently enrolled in TRS-ActiveCare 2, you can remain in this plan.

	TRS-ActiveCare Primary	TRS-ActiveCare Primary+	TRS-ActiveCare HD
Plan Summary	<ul style="list-style-type: none"> Lowest premium of all three plans Copays for doctor visits before you meet your deductible Statewide network Primary Care Provider (PCP) referrals required to see specialists Not compatible with a Health Savings Account (HSA) No out-of-network coverage 	<ul style="list-style-type: none"> Lower deductible than the HD and Primary plans Copays for many services and drugs Higher premium Statewide network PCP referrals required to see specialists Not compatible with a Health Savings Account (HSA) No out-of-network coverage 	<ul style="list-style-type: none"> Compatible with a Health Savings Account (HSA) Nationwide network with out-of-network coverage No requirement for PCPs or referrals Must meet your deductible before plan pays for non-preventive care

TRS-ActiveCare 2	
<ul style="list-style-type: none"> Closed to new enrollees Current enrollees can choose to stay in plan Lower deductible Copays for many services and drugs Nationwide network with out-of-network coverage No requirement for PCPs or referrals 	

Monthly Premiums	Total Premium	Your Premium	Total Premium	Your Premium
Employee Only	\$461	\$	\$475	\$
Employee and Spouse	\$1,245	\$	\$1,283	\$
Employee and Children	\$784	\$	\$808	\$
Employee and Family	\$1,568	\$	\$1,615	\$

Total Premium	Your Premium
\$1,013	\$
\$2,402	\$
\$1,507	\$
\$2,841	\$

Plan Features	
Type of Coverage	In-Network Coverage Only
Individual/Family Deductible	\$2,500/\$5,000
Coinsurance	You pay 30% after deductible
Individual/Family Maximum Out of Pocket	\$7,500/\$15,000
Network	Statewide Network
PCP Required	Yes

In-Network	Out-of-Network
\$1,000/\$3,000	\$2,000/\$6,000
You pay 20% after deductible	You pay 40% after deductible
\$7,900/\$15,800	\$23,700/\$47,400
Nationwide Network	Nationwide Network
No	No

Doctor Visits	
Primary Care	\$30 copay
Specialist	\$70 copay

\$30 copay	You pay 40% after deductible
\$70 copay	You pay 40% after deductible

Immediate Care	
Urgent Care	\$50 copay
Emergency Care	You pay 30% after deductible
TRS Virtual Health-RediMD™	\$0 per medical consultation
TRS Virtual Health-TeleDoc®	\$12 per medical consultation

\$50 copay	You pay 40% after deductible
You pay a \$250 copay plus 20% after deductible	
\$0 per medical consultation	
\$12 per medical consultation	

Prescription Drugs	
Drug Deductible	Integrated with medical
Generics (31-Day Supply/90-Day Supply)	\$15/\$45 copay; \$0 copay for certain generics
Preferred	You pay 30% after deductible
Non-preferred	You pay 50% after deductible
Specialty (31-Day Max)	\$0 if SaveOnSP eligible; You pay 30% after deductible
Insulin Out-of-Pocket Costs	\$25 copay for 31-day supply; \$75 for 61-90 day supply

\$200 deductible per participant (brand drugs only)	Integrated with medical
\$15/\$45 copay; \$0 copay for certain generics	You pay 20% after deductible; \$0 coinsurance for certain generics
Preferred	You pay 25% after deductible
Non-preferred	You pay 50% after deductible
Specialty (31-Day Max)	\$0 if SaveOnSP eligible; You pay 30% after deductible
Insulin Out-of-Pocket Costs	\$25 copay for 31-day supply; \$75 for 61-90 day supply

Wellness Benefits at No Extra Cost*

Being healthy is easy with:

- \$0 preventive care
- 24/7 customer service
- One-on-one health coaches
- Weight loss programs
- Nutrition programs
- Ovia™ pregnancy support
- TRS Virtual Health
- Mental health benefits
- And much more!

*Available for all plans. See the benefits guide for more details.

New Rx Benefits!

- Express Scripts is your new pharmacy benefits manager! CVS pharmacies and most of your preferred pharmacies and medication are still included.
- Certain specialty drugs are still \$0 through SaveOnSP.

What's New and What's Changing



This table shows you the changes between 2022-23 premium price and this year's 2023-24 regional price for your Education Service Center.

	2022-23 Total Premium	New 2023-24 Total Premium	Change in Dollar Amount	Key Plan Changes
TRS-ActiveCare Primary	Employee Only	\$417	\$461	<ul style="list-style-type: none"> Individual maximum-out-of-pocket decreased by \$650. Previous amount was \$8,150 and is now \$7,500. Family maximum-out-of-pocket decreased by \$1,300. Previous amount was \$16,300 and is now \$15,000. Teladoc virtual mental health visit copay decreased from \$70 to \$0.
	Employee and Spouse	\$1,176	\$1,245	
	Employee and Children	\$751	\$784	
	Employee and Family	\$1,405	\$1,568	
TRS-ActiveCare HD	Employee Only	\$429	\$475	<ul style="list-style-type: none"> Individual maximum-out-of-pocket increased by \$450 to match IRS guidelines. Previous amount was \$7,050 and is now \$7,500. Family maximum-out-of-pocket increased by \$900 to match IRS guidelines. Previous amount was \$14,100 and is now \$15,000. These changes apply only to in-network amounts.
	Employee and Spouse	\$1,209	\$1,283	
	Employee and Children	\$772	\$808	
	Employee and Family	\$1,445	\$1,615	
TRS-ActiveCare Primary+	Employee Only	\$525	\$541	<ul style="list-style-type: none"> Family deductible decreased by \$1,200. Previous amount was \$3,600 and is now \$2,400. Primary care provider and mental health copays decreased from \$30 to \$15. Teladoc virtual mental health visit copay decreased from \$70 to \$0.
	Employee and Spouse	\$1,284	\$1,407	
	Employee and Children	\$845	\$920	
	Employee and Family	\$1,614	\$1,786	
TRS-ActiveCare 2 (closed to new enrollees)	Employee Only	\$1,013	\$1,013	<ul style="list-style-type: none"> No changes. This plan is still closed to new enrollees.
	Employee and Spouse	\$2,402	\$2,402	
	Employee and Children	\$1,507	\$1,507	
	Employee and Family	\$2,841	\$2,841	

At a Glance			
	Primary	HD	Primary+
Premiums	Lowest	Lower	Higher
Deductible	Mid-range	High	Low
Copays	Yes	No	Yes
Network	Statewide network	Nationwide network	Statewide network
PCP Required?	Yes	No	Yes
HSA-eligible?	No	Yes	No

Effective: Sept. 1, 2023

Compare Prices for Common Medical Services

REMEMBER:

Call a Personal Health Guide (PHG) any time 24/7 to help you find the best price for a medical service. Reach them at **1-866-355-5999**.

Benefit	TRS-ActiveCare Primary	TRS-ActiveCare Primary+	TRS-ActiveCare HD		TRS-ActiveCare 2	
	In-Network Only	In-Network Only	In-Network	Out-of-Network	In-Network	Out-of-Network
Diagnostic Labs*	Office/Independent Lab: You pay \$0	Office/Independent Lab: You pay \$0	You pay 30% after deductible	You pay 50% after deductible	Office/Independent Lab: You pay \$0	You pay 40% after deductible
	Outpatient: You pay 30% after deductible	Outpatient: You pay 20% after deductible			Outpatient: You pay 20% after deductible	
High-Tech Radiology	You pay 30% after deductible	You pay 20% after deductible	You pay 30% after deductible	You pay 50% after deductible	You pay 20% after deductible + \$100 copay per procedure	You pay 40% after deductible + \$100 copay per procedure
Outpatient Costs	You pay 30% after deductible	You pay 20% after deductible	You pay 30% after deductible	You pay 50% after deductible	You pay 20% after deductible (\$150 facility copay per incident)	You pay 40% after deductible (\$150 facility copay per incident)
Inpatient Hospital Costs	You pay 30% after deductible	You pay 20% after deductible	You pay 30% after deductible	You pay 50% after deductible (\$500 facility per day maximum)	You pay 20% after deductible (\$150 facility copay per day)	You pay 40% after deductible (\$500 facility per day maximum)
Freestanding Emergency Room	You pay \$500 copay + 30% after deductible	You pay \$500 copay + 20% after deductible	You pay \$500 copay + 30% after deductible	You pay \$500 copay + 50% after deductible	You pay \$500 copay + 20% after deductible	You pay \$500 copay + 40% after deductible
Bariatric Surgery	Facility: You pay 30% after deductible	Facility: You pay 20% after deductible	Not Covered	Not Covered	Facility: You pay 20% after deductible (\$150 facility copay per day)	Not Covered
	Professional Services: You pay \$5,000 copay + 30% after deductible	Professional Services: You pay \$5,000 copay + 20% after deductible			Professional Services: You pay \$5,000 copay + 20% after deductible	
	Only covered if rendered at a BDC+ facility	Only covered if rendered at a BDC+ facility			Only covered if rendered at a BDC+ facility	
Annual Vision Exam (one per plan year; performed by an ophthalmologist or optometrist)	You pay \$70 copay	You pay \$70 copay	You pay 30% after deductible	You pay 50% after deductible	You pay \$70 copay	You pay 40% after deductible
Annual Hearing Exam (one per plan year)	\$30 PCP copay \$70 specialist copay	\$30 PCP copay \$70 specialist copay	You pay 30% after deductible	You pay 50% after deductible	\$30 PCP copay \$70 specialist copay	You pay 40% after deductible

**Pre-certification for genetic and specialty testing may apply. Contact a PHG at 1-866-355-5999 with questions.*

www.trs.texas.gov

2023-24 Health Maintenance Organization (HMO) Plans and Premiums for Select Regions of the State

REMEMBER: Remember that when you choose an HMO, you're choosing a regional network.

TRS contracts with HMOs in certain regions to bring participants in those areas additional options. HMOs set their own rates and premiums. They're fully insured products who pay their own claims.

	Central and North Texas Baylor Scott & White Health Plan <i>Brought to you by TRS-ActiveCare</i>	Blue Essentials - South Texas HMO <i>Brought to you by TRS-ActiveCare</i>	Blue Essentials - West Texas HMO <i>Brought to you by TRS-ActiveCare</i>
	<p>You can choose this plan if you live in one of these counties: Austin, Bastrop, Bell, Blanco, Bosque, Brazos, Burleson, Burnet, Caldwell, Collin, Coryell, Dallas, Denton, Ellis, Erath, Falls, Freestone, Grimes, Hamilton, Hays, Hill, Hood, Houston, Johnson, Lampasas, Lee, Leon, Limestone, Madison, McLennan, Milam, Mills, Navarro, Robertson, Rockwall, Somervell, Tarrant, Travis, Walker, Waller, Washington, Williamson</p>	<p>You can choose this plan if you live in one of these counties: Cameron, Hildalgo, Starr, Willacy</p>	<p>You can choose this plan if you live in one of these counties: Andrews, Armstrong, Bailey, Borden, Brewster, Briscoe, Callahan, Carson, Castro, Childress, Cochran, Coke, Coleman, Collingsworth, Comanche, Concho, Cottle, Crane, Crockett, Crosby, Dallam, Dawson, Deaf Smith, Dickens, Donley, Eastland, Ector, Fisher, Floyd, Gaines, Garza, Glasscock, Gray, Hale, Hall, Hansford, Hartley, Haskell, Hemphill, Hockley, Howard, Hutchinson, Irion, Jones, Kent, Kimble, King, Knox, Lamb, Lipscomb, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, McCulloch, Menard, Midland, Mitchell, Moore, Motley, Nolan, Ochiltree, Oldham, Parmer, Pecos, Potter, Randall, Reagan, Reeves, Roberts, Runnels, San Saba, Schleicher, Scurry, Shackelford, Sherman, Stephens, Sterling, Stonewall, Sutton, Swisher, Taylor, Terry, Throckmorton, Tom Green, Upton, Ward, Wheeler, Winkler, Yoakum</p>

Total Monthly Premiums	Total Premium	Your Premium	Total Premium	Your Premium	Total Premium	Your Premium
Employee Only	\$596.96	\$	N/A	\$	N/A	\$
Employee and Spouse	\$1,501.90	\$	N/A	\$	N/A	\$
Employee and Children	\$960.68	\$	N/A	\$	N/A	\$
Employee and Family	\$1,728.86	\$	N/A	\$	N/A	\$

Plan Features			
Type of Coverage	In-Network Coverage Only	N/A	N/A
Individual/Family Deductible	\$2,400/\$4,800	N/A	N/A
Coinsurance	You pay 25% after deductible	N/A	N/A
Individual/Family Maximum Out of Pocket	\$8,150/\$16,300	N/A	N/A

Doctor Visits			
Primary Care	\$20 copay	N/A	N/A
Specialist	\$70 copay	N/A	N/A

Immediate Care			
Urgent Care	\$40 copay	N/A	N/A
Emergency Care	\$500 copay after deductible	N/A	N/A

Prescription Drugs			
Drug Deductible	\$200 (excl. generics)	N/A	N/A
Days Supply	30-day supply/90-day supply	N/A	N/A
Generics	\$14/\$35 copay	N/A	N/A
Preferred Brand	You pay 35% after deductible	N/A	N/A
Non-preferred Brand	You pay 50% after deductible	N/A	N/A
Specialty	You pay 35% after deductible	N/A	N/A

www.trs.texas.gov

Clever RX



Clever RX | <https://partner.cleverrx.com/ffga> | 1.800.873.1195

Clever RX lo ayuda a ahorrar gracias a su tarjeta de ahorro para medicamentos de venta bajo receta. Clever RX se asoció con la comunidad médica para brindar a los participantes herramientas de ahorro de primera línea. Usted podrá ahorrar hasta un 80% en medicamentos de venta bajo receta, lo cual, por lo general, supera el promedio de los copagos. Además, es totalmente gratuita. Gracias a Clever RX, ya no volverá a pagar de más por los medicamentos recetados.

ASPECTOS DEFINIDOS

- Uso 100% GRATIS.
- Obtenga descuentos en miles de medicamentos.
- Ahorre hasta un 80% en medicamentos de venta bajo receta. ¡Por lo general, supera su copago!
- Descargue la aplicación Clever RX usando la información que figura en su tarjeta (abajo) para obtener ahorros exclusivos en más de 60.000 farmacias de todo el país.
- ¡Disponible para usarla ahora!

Use Clever RX cada vez que pague un medicamento y obtenga ahorros instantáneos. Descargue la aplicación o visite el sitio para conocer el precio de un medicamento: <https://partner.cleverrx.com/ffga>.

C L E V E R **RX** PRESCRIPTION SAVINGS CARD C L E V E R **RX** CLEVERRX.COM

SAVE UP TO 80% on prescription drugs at virtually all U.S. pharmacies!

BIN: 610378
PCN: SC 1
Group: 1062
Member ID: 1000

For even greater savings,
download the app for **FREE!**

Download on the **App Store** **GET IT ON Google play**

Pharmacist Help Line: 800-974-3135
Customer Help Line: 800-873-1195

THIS CARD IS NOT INSURANCE

This card valid exclusively at CVS, Target, Longs Drugs, Walmart, Kroger, Fry's, Harris Teeter, Walgreens, and Duane Reade. For thousands more pharmacies, download the [Clever RX App](#).



Compassion. Care. Excellence.
Your health is our priority.

Now Partnering To Better Your Health Needs!



Azle Clinic Address:
721 Southeast Pkwy,
Azle, TX 76020

Keller Clinic Address:
3800 North Tarrant
Parkway, Suite 210,
Fort Worth, TX 76244

Hours:

Monday – Friday, 8am–5pm
Wednesdays, open until 7pm

P R I M A R Y C A R E C L I N I C

SERVICES OFFERED FOR AGES 16 YEARS AND ABOVE:



Sick Visits –
Same or Next Day Appointments



Physical Exams,
Well Women Exams (pap smears)



Weight Loss Management -
IDEAL PROTEIN



Complex /Chronic disease management
such as diabetes, hypertension, thyroid
disorder, depression & anxiety, etc.



In clinic services such as vaccines,
injections, EKG, urine test, etc.



Pre-Surgical Clearance and
Post-op assessments



EMS ISD LIAISON KARINA MARTINEZ

Karina works solely as a liaison for EMS ISD
and is available to book appointments for EMS ISD
employees directly. Karina is at the Keller location,
but is available to employees who wish to be seen
at the Azle location as well.

SCHEDULE YOUR APPOINTMENT TODAY!

682-593-1211



MEET OUR TEAM



Dr. Radhika Vayani
Board Certified in Internal Medicine



Dr. Joshua Richard



Eric Bash, PA

Your Benefits

Insured employees

Annual physical is covered by your TRS health plan
Annual routine labs are covered under your TRS health plan, but any
extra lab work ordered by the physician outside of the routine labs
will be an additional cost to the employee billed by Quest
Diagnostics.

Identify yourself as an EMS ISD employee and receive \$75 gift card
for completion of you annual physical

Uninsured employees

\$35 co-pay for physical exam and routine labs. Any extra lab work
ordered by the physician will be an additional cost to the employee
billed by Quest Diagnostics. Cost of these services outside of this
partnership is approximately \$300.

Same-day or Next-day Appointments - This is with a scheduled
appointment. Walk-ins may see a longer wait time as they have to be
worked into the already scheduled appointments. This includes
appointments for sick care or maintenance of chronic/complex
health conditions.

Insured employees

District covers first \$200 of out-of-pocket cost
There is a charge for new patients that is above normal office visit if
the patient is not an already established patient. We encourage
everyone to have their annual physical exam done before they are
seen to eliminate this additional new patient set-up fee.

Uninsured employees

District covers cost of the appointment - up to two appointments per
year. Labs and prescriptions are the responsibility of the employee.

Weight Loss Program

Ideal Protein, a medically developed and doctor-supervised weight
loss program that includes a 4-phase approach with weekly
individual coaching sessions. Only offered with support from a
medical office.

Program costs include:

- Introductory education session
- Meals & snacks
- Weekly coaching visits

Daily online videos for questions and support



Atención de urgencias virtual

Evite las salas de espera y las molestias de ir a la consulta del médico. Visite a su médico por teléfono, vídeo seguro o una aplicación.

\$0
Copago

Los primeros pasos

Active

01

Acceda a su beneficio de Recuro Care mediante:

Aplicación móvil: **Android** o **Apple**
Teléfono: **1.855.673.2876**

En línea: www.mwgtelemedicine.com

Cree su inicio de sesión

02

Cree sus credenciales de acceso introduciendo su correo electrónico, nombre y fecha de nacimiento, y luego cree su nombre de usuario y contraseña.

Solicite una consulta

03

Ahora está listo para solicitar una consulta con un médico.



Activar ahora

Escanee aquí o busque "Recuro Care" en tu tienda de aplicaciones.

O Visite:

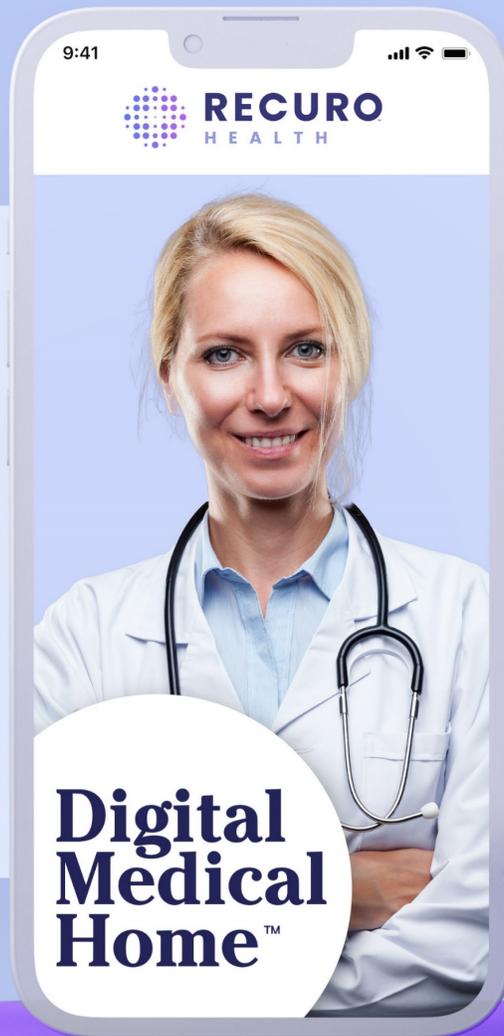
["www.mwgtelemedicine.com"](http://www.mwgtelemedicine.com)

Ejemplo de afecciones que tratamos

- Acné / erupción cutánea
- Alergias
- Resfriado / gripe
- Problemas gastrointestinales
- Problemas de oído
- Fiebre
- Náuseas
- Picaduras de insectos
- Conjuntivitis
- Problemas respiratorios
- Infecciones del tracto urinario
- Pero eso no es todo...



¡Descargue nuestra aplicación!



Configuraciones

Cuenta

- Perfil >
- Cuenta WellVia >
- Apariencia >

Soporte

- Deje un comentario >
- Envíe una sugerencia >
- Llame a Servicios para miembros 24/7 >

Notificaciones

- Correo de noticias
- Correo de consultas
- Comentarios

Dr. Lilly Patterson

Proveedor

Especialidades	Médico
Calificación	9.8/10

Horario disponible para consultas

- Sábado 18 de junio a las 7:30 a. m. >
- Sábado 18 de junio a las 12:00 p. m. >
- Sábado 18 de junio a las 9:30 a. m. >

Información del proveedor

La doctora Patterson, se graduó en un doctorado en medicina veterinaria en la prestigiosa Universidad estatal de Oklahoma, obteniendo el primer lugar en su clase.

Al poco tiempo descubrió que el pago era terrible...



Escanee el código QR

Para descargar para Apple o Android



Inicie sesión en línea o en la aplicación



Solicite una consulta



Hable con un médico

¿Necesita ayuda inmediata?

Los médicos de Recuro están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, por teléfono, la aplicación móvil o en línea.



customerservice@recurohealth.com | 855.6RECURO | Escanee el código QR para descargar



Activar



Inscribirse



Iniciar sesión



Seguridad



Sentirse mejor



Disponible 24/7/365



Llame al 1.855.6RECURO



Visite www.recurohealth.com



Descargue GRATIS
la aplicación de
Recuro para
dispositivos Apple
y Android

Acceso las 24 horas
del día, los 7 días
de la semana, los
365 días del año+
a médicos con
licencia estatal y
certificados por
la Junta

\$0

Tarifa por consulta
¡Para toda la
familia!



Acceso a atención médica sin cita 24 horas los 7 días de la semana

No espere para hablar con un médico,
obtenga la atención cuando la necesite

Enfermarse nunca está planeado. Aquí en Recuro
brindamos atención de calidad las 24 horas del día
para adaptarse a su ajetreado estilo de vida.



Llame al 1.855.6RECURO

¡Llámenos o descargue
nuestra aplicación para hablar
con un médico hoy!



Visítenos
En línea



Hable con
un agente



Descargue
nuestra
aplicación

Afecciones comunes tratadas



Dolor de garganta



Congestión



Tos



Resfriado y gripe



Infecciones por candida



Picaduras de insectos



Alergias



Más





Fácil, conveniente, asequible

Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a médicos con licencia estatal y certificados por la Junta de los Estados Unidos

- ➔ Atención primaria
- ➔ Pediatría
- ➔ Atención de urgencia



Teléfono Llame



Portal en línea



Aplicación móvil

Atención médica razonable

Tipo de consulta	Costo promedio
Atención primaria	\$100
Atención de urgencia	\$150
Sala de urgencia	\$1,400
 \$0	
Encuesta del Panel de Gastos Médicos 2013 / MEPS	

Afecciones comunes tratadas

- Reflujo gástrico
- Infección de la vejiga
- Alergias
- Erupciones cutáneas
- Asma
- Afecciones de los senos paranasales
- Náuseas
- Dolor de garganta
- Bronquitis
- Afecciones de la tiroides
- Resfriado y gripe
- ITU
- Infecciones
- Y más...



Llame al 1.855.6RECURO



Visite www.recurohealth.com

Responsabilidades: Los servicios proporcionados por Recuro son solo para afecciones que no son de emergencia. Recuro no reemplaza al médico de atención primaria, los servicios no se consideran un seguro o un plan de salud calificado según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los médicos de Recuro no prescriben sustancias controladas por la DEA (lista I-IV) y no garantiza que se hará una receta. Para obtener información completa actualizada, visite www.recurohealth.com



Seguro Odontológico



Metlife | www.askmetlife.com | 1.800.942.0854

Cuidar de su salud oral no es un lujo, es una necesidad para gozar de una salud óptima a largo plazo. El seguro dental puede reducir enormemente los costos cuando se trata de procedimientos preventivos, restauradores o de emergencia. Examine las ventajas del plan para ver qué opciones dentales son mejores para usted y de su familia. Hay una serie de procedimientos cubiertos. Por ejemplo:

- Exámenes generales
- Limpiezas
- Radiografías
- Empastes
- Extracciones
- Anestesia general
- Coronas
- Conductos

COSTO MENSUALES DENTALES		
	PPO ALTO	PPO BAJO
EMPLEADO SOLO	\$54.04	\$28.00
EMPLEADO + 1	\$96.55	\$51.64
EMPLEADO + FAMILIA	\$152.09	\$79.71

Resumen del plan de seguro dental de MetLife

Eagle Mountain Saginaw ISD

Red: PDP Plus

Tipo de cobertura	OPCIÓN DEL PLAN 1 Alto seguro		OPCIÓN DEL PLAN 2 Bajo seguro	
	Dentro de la red % del honorario negociado*	Fuera de la red % del importe programado**	Dentro de la red % del honorario negociado*	Fuera de la red % del importe programado**
Tipo A: Preventivo (limpiezas, exámenes, radiografías)	100%	100%	100%	100%
Tipo B: Restauraciones básicas (empastes, extracciones)	80%	80%	80%	80%
Tipo C: Restauraciones mayores (puentes, dentaduras)	50%	50%	50%	50%
Tipo D: Ortodoncia	50%	50%	50%	50%
Deducible[†]				
Individual	\$50	\$50	\$50	\$50
Familiar	\$150	\$150	\$150	\$150
Beneficio máximo anual				
Por persona	\$2,000	\$2,000	\$1,000	\$1,000
Máximo de por vida por ortodoncia				
Por persona	\$1,000	\$1,000	\$750	\$750

La elegibilidad de los hijos para la cobertura dental abarca desde el nacimiento hasta los 26 años de edad.

Período de espera por inscripción tardía: hay un período de espera de un año para todos los servicios después de la fecha de solicitud.

* “Tarifas negociadas” se refiere a las tarifas que los dentistas participantes acordaron como pago total por los servicios cubiertos, sujeto a cualquier copago, deducible, costo compartido y límite máximo de beneficios. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios.

**El reembolso por servicios fuera de la red se basa en el valor inferior entre la tarifa real del dentista y el cargo máximo permitido (Maximum Allowable Charge, MAC). El cargo máximo permitido fuera de la red es un importe programado establecido por MetLife.

[†]Se aplica a los servicios de tipo A, B y C.

Costo mensual

Los siguientes costos mensuales estarán en vigencia hasta el Agosto 31, 2023. Sus primas se pagarán a través de la comodidad de la deducción por nómina. Los costos mensuales cubren a todos los hijos elegibles.

Alto seguro

Empleado únicamente	\$54.04		
Empleado + uno	\$96.55	Empleado + familia	\$152.09

Bajo seguro

Empleado únicamente	\$28.00		
Empleado + uno	\$51.64	Empleado + familia	\$79.71

Lista de los servicios primarios cubiertos y limitaciones

Las categorías de servicio y las limitaciones del plan que se mostraron representan una perspectiva general de su Plan de beneficios. Este documento presenta la mayoría de los servicios dentro de cada categoría, pero no es una descripción completa del plan.

Opción 1 del plan: Alto seguro

Opción 2 del plan: Bajo seguro

Tipo A: Preventivo	Cantidad y frecuencia	Tipo A: Preventivo	Cantidad y frecuencia
Profilaxis (limpiezas) :	• Dos por año calendario o una cada seis meses .	Profilaxis (limpiezas) :	• Dos por año calendario o una cada seis meses .
Exámenes orales	▪ Dos exámenes por año calendario	Exámenes orales	▪ Dos exámenes por año calendario
Aplicaciones tópicas de fluoruro	• Un tratamiento de fluoruro por año calendario para hijos dependientes hasta que cumplan 19 años de edad	Aplicaciones tópicas de fluoruro	▪ Un tratamiento de fluoruro por año calendario para hijos dependientes hasta que cumplan 19 años de edad
Radiografías	• Radiografías de la boca completa: una cada 60 meses ▪ Radiografías de aleta mordida: una serie por año calendario para adultos; dos por año calendario para niños.	Radiografías	▪ Radiografías de la boca completa: una cada 60 meses ▪ Radiografías de aleta mordida: una serie por año calendario para adultos; dos por año calendario para niños.
Selladores	▪ Una aplicación de material sellador cada 5 años del calendario para el primer y segundo molar sin caries que no se hayan restaurado para los hijos dependientes hasta que cumplan 16 años de edad.	Selladores	▪ Una aplicación de material sellador cada 5 años del calendario para el primer y segundo molar sin caries que no se hayan restaurado para los hijos dependientes hasta que cumplan 16 años de edad.
Tipo B: Restauraciones básicas	Cantidad y frecuencia	Tipo B: Restauraciones básicas	Cantidad y frecuencia
Empastes	1 reemplazo por superficie en 24 meses	Empastes	1 reemplazo por superficie en 24 meses
Reparación/nueva cementación de coronas, dentaduras postizas y puentes	1 en 12 meses	Reparación/nueva cementación de coronas, dentaduras postizas y puentes	1 en 12 meses
Anestesia general	• Cuando sea odontológicamente necesario con relación a una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos	Anestesia general	▪ Cuando sea odontológicamente necesario con relación a una cirugía bucal, extracciones u otros servicios dentales cubiertos

Tipo C: Restauraciones mayores	Cantidad y frecuencia	Tipo C: Restauraciones mayores	Cantidad y frecuencia
Implantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Reemplazo: una vez cada 5 años del calendario. 	Implantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Reemplazo: una vez cada 5 años del calendario.
Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación inicial para sustituir uno o más dientes naturales que se hayan perdido durante el período de cobertura del plan. Sustitución de dentaduras postizas y puentes: una cada 5 años del calendario ▪ Sustitución de una dentadura postiza completa temporal existente si la dentadura temporal no puede repararse y la dentadura permanente se coloca en un plazo de 12 meses después de haberse colocado la dentadura temporal 	Puentes y dentaduras postizas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocación inicial para sustituir uno o más dientes naturales que se hayan perdido durante el período de cobertura del plan. Sustitución de dentaduras postizas y puentes: una cada 5 años del calendario ▪ Sustitución de una dentadura postiza completa temporal existente si la dentadura temporal no puede repararse y la dentadura permanente se coloca en un plazo de 12 meses después de haberse colocado la dentadura temporal
Coronas, incrustaciones y recubrimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Sustitución una vez cada 5 años del calendario 	Coronas, incrustaciones y recubrimientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sustitución una vez cada 5 años del calendario
Endodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del canal radicular limitado a uno por diente cada 12 meses 	Endodoncia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento del canal radicular limitado a una vez por diente por vida
Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Raspado periodontal y alisado radicular una vez por cuadrante, cada 24 meses • Cirugía periodontal una vez por cuadrante, cada 36 meses 	Periodoncia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raspado periodontal y alisado radicular una vez por cuadrante, cada 24 meses ▪ Cirugía periodontal una vez por cuadrante, cada 36 meses ▪ La cantidad total de tratamientos de mantenimiento periodontológico y profiláctico no puede pasar de dos por año calendario.
Tipo D: Ortodoncia	Cantidad y frecuencia	Tipo D: Ortodoncia	Cantidad y frecuencia
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus hijos, hasta los 19 años de edad, están cubiertos mientras el seguro dental está vigente. ▪ Todos los procedimientos dentales que se realicen en relación con un tratamiento de ortodoncia se reembolsarán como ortodoncia. Los pagos se realizarán de forma repetitiva ▪ En la colocación inicial del aparato se considerará un 20 % del Máximo de por vida por ortodoncia y se pagará en función del nivel de coseguro de beneficios del plan para la ortodoncia según se define en el resumen del plan ▪ Los beneficios de ortodoncia acaban cuando se cancela la cobertura 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus hijos, hasta los 19 años de edad, están cubiertos mientras el seguro dental está vigente. ▪ Todos los procedimientos dentales que se realicen en relación con un tratamiento de ortodoncia se reembolsarán como ortodoncia. Los pagos se realizarán de forma repetitiva ▪ En la colocación inicial del aparato se considerará un 20 % del Máximo de por vida por ortodoncia y se pagará en función del nivel de coseguro de beneficios del plan para la ortodoncia según se define en el resumen del plan ▪ Los beneficios de ortodoncia acaban cuando se cancela la cobertura

Preguntas frecuentes

¿Quién es un dentista participante?

Un dentista participante es un dentista general o especialista que ha acordado aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios cubiertos prestados a los miembros del plan. Las tarifas negociadas, normalmente, oscilan entre un 30 y un 45 % por debajo de las tarifas promedio que cobra la comunidad de dentistas por el mismo servicio o por uno considerablemente similar.†

¿Cómo encuentro a un dentista participante?

Existen miles de dentistas generales y especialistas en todo el país, de modo que, seguramente, podrá encontrar uno que cubra sus necesidades. Puede obtener una lista de estos dentistas participantes en línea en www.metlife.com/mybenefits, o llame al 1-800-942-0854 para que le envíen una lista por fax o por correo.

¿Qué servicios cubre este plan?

El/la certificado de seguro/descripción resumida del plan establece los servicios cubiertos del plan. Consulte la lista de beneficios del plan que se adjunta para obtener más información.

¿Puedo elegir a un dentista no participante?

Sí. Siempre tiene la libertad de seleccionar al dentista que desee. No obstante, si elige a un dentista no participante, su desembolso directo será más alto.

¿Mi dentista puede solicitar inscribirse en la red?

Sí. Si el dentista que lo atiende actualmente no es miembro de la red, y usted quiere alentarlos para que se inscriba, pídale que visite www.metdental.com o que llame al 1-866-PDP-NTWK para presentar la solicitud††. El sitio web y el número de teléfono son únicamente para uso de dentistas profesionales.

¿Cómo se procesan los reclamos?

Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, es decir que usted, prácticamente, no tendrá que hacer trámites. Puede rastrear sus reclamos en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando se haya procesado uno. Si necesita un formulario de reclamo, visite www.metlife.com/mybenefits o solicite uno llamando al 1-800-942-0854.

¿Puedo obtener un estimado de lo que serán mis gastos de desembolso directo antes de recibir un servicio?

Sí. Puede solicitar un cálculo estimativo antes del tratamiento. Generalmente, el dentista general o especialista le envían a MetLife un plan para su cuidado y solicitan un cálculo estimativo de los beneficios. El cálculo le ayuda a prepararse para afrontar el costo de los servicios dentales. Le recomendamos que pida una estimación previa al tratamiento para cualquier servicio que supere los \$300. Tan solo pida a su dentista que envíe una solicitud en línea en www.metdental.com o que llame al 1-877-MET-DDS9. Usted y su dentista recibirán un cálculo de los beneficios para la mayoría de los procedimientos mientras todavía se encuentre en el consultorio. Los pagos reales pueden variar según los máximos, los deducibles, las frecuencias máximas del plan y otras condiciones vigentes al momento del pago.

¿MetLife me puede ayudar a buscar un dentista fuera de los EE. UU. si estoy de viaje?

Sí. A través de los servicios de asistencia dental para viajes internacionales*, puede obtener una derivación a un dentista local llamando al +1-312-356-5970 (por cobrar) cuando esté fuera de los EE. UU. para recibir asistencia inmediata hasta que pueda consultar a su dentista. La cobertura se considerará según los beneficios fuera de la red**. Recuerde conservar todos los recibos para enviar un reclamo dental.

¿Cómo coordina MetLife los beneficios con otros planes de seguro? Las disposiciones de coordinación de beneficios en los planes de beneficios dentales consisten en un conjunto de reglas que se aplican cuando un paciente está cubierto por más de un plan de beneficios dentales. Estas reglas determinan el orden en el que los diferentes planes pagarán los beneficios. Si el plan de beneficios dentales de MetLife es el primario, MetLife pagará el importe total de los beneficios que, normalmente, estarían disponibles con el plan, sujeto a la ley aplicable. Si el plan de beneficios dentales de MetLife es secundario, la mayoría de las disposiciones de coordinación de beneficios estipulan que MetLife debe determinar los beneficios una vez que el plan primario los haya determinado. Es posible que el importe que deba pagar MetLife en concepto de beneficios sea menor debido al pago de beneficios del plan primario, sujeto a la ley aplicable.

¿Necesito una tarjeta de identificación?

No. Usted no necesita presentar una tarjeta de identificación para confirmar que es elegible. Debe informar a su dentista que está inscrito en el Programa Dentista Preferido de MetLife. Su dentista puede verificar fácilmente la información acerca de su cobertura a través de un sistema gratuito de respuesta automática de voz computerizada.

† Basado en el análisis interno de MetLife. Tarifas negociadas se refiere a las tarifas que los dentistas dentro de la red han acordado como pago total por los servicios cubiertos, sujeto a cualquier copago, deducible, costo compartido y límite máximo de beneficios. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios.

†† Debido a los requisitos del contrato, MetLife no puede solicitar a algunos proveedores.

* AXA Assistance USA, Inc. presta, únicamente, servicios de derivación dental. AXA Assistance no está asociado a MetLife, y los servicios y los beneficios que proporciona son separados e independientes del seguro proporcionado por MetLife. Los servicios de remisión no se encuentran disponibles en todas las ubicaciones.

** Consulte el resumen de su plan de beneficios dentales para conocer su cobertura dental fuera de la red.

Exclusiones

Este plan no cubre los siguientes servicios, tratamientos ni suministros:

- Servicios que no son odontológicamente necesarios, aquellos que no aceptan estándares de atención generalmente aceptados para el tratamiento de la afección dental particular, o que consideramos experimentales.
- Servicios que usted no estaría obligado a pagar si no tuviera el seguro dental.
- Servicios o suministros recibidos por usted o su Dependiente antes de comenzar con el seguro dental para esa persona.
- Servicios que son principalmente para fines estéticos (para los residentes de Texas, consulte la sección de la página de avisos en Certificado).
- Servicios que no son realizados ni son suscritos por un dentista a excepción de aquellos servicios de un higienista dental con licencia que son supervisados y facturados por un dentista y que son para:
 - Eliminación del sarro y pulido de dientes.
 - O tratamientos de fluoruro.
- Servicios o aparatos que restauran o alteran la oclusión o la dimensión vertical.
- Restauraciones de la estructura del diente dañada por desgaste, abrasión o erosión.
- Restauraciones o aparatos utilizados para fines de ferulización periodontal.
- Asesoramiento o recomendaciones sobre higiene oral, control de placa, nutrición y tabaco.
- Dispositivos o suministros personales que incluyen, entre otros: irrigadores dentales, cepillos de diente o hilo dental.
- Decoración, personalización o grabado de cualquier diente, dispositivo, aparato, corona u otro trabajo dental.
- Cita a la que no asistió.
- Servicios:
 - Cubiertos según cualquier ley de compensación al trabajador o ley de enfermedad ocupacional.
 - Cubiertos según cualquier ley de responsabilidad del empleador.
 - Para los que el empleador de la persona que recibe estos servicios no está obligado a pagar.
 - Recibidos en un centro mantenido por el empleador, el sindicato, la asociación de beneficios mutuos o el hospital de veteranos.
- Servicios cubiertos según alguna otra cobertura proporcionada por el empleador.
- Restauraciones temporales o provisionales.
- Aparatos temporales o provisionales.
- Medicamentos recetados.
- Servicios para los que la documentación presentada indica un mal pronóstico.

- Lo siguiente cuando lo cobra el dentista por separado:
 - Llenado del formulario de reclamación.
 - Control de infecciones como guantes, máscaras y esterilización de los suministros.
 - O anestesia local, sedación consciente no intravenosa o analgesia, como óxido de dinitrógeno.
- Servicios dentales que surgen debido a lesiones accidentales en los dientes y las estructuras de soporte, a excepción de lesiones en los dientes por masticar o morder alimentos.
- Pruebas de riesgo de caries.
- Colocación inicial de una dentadura postiza fija y permanente para sustituir uno o más dientes naturales que faltaban antes de que la persona estuviera cubierta con el seguro dental, a excepción de dientes naturales faltantes por motivos congénitos. Otros servicios protésicos de dentadura postiza fija no descritos en otra sección del certificado. Accesorios de precisión, excepto cuando el accesorio de precisión está relacionado con prótesis de implantes. Colocación inicial de una dentadura postiza completa o removible para sustituir uno o más dientes naturales que faltaban antes de que la persona estuviera cubierta con el seguro dental, a excepción de dientes naturales faltantes por motivos congénitos. Adición de dientes a una dentadura postiza parcial removible para reemplazar uno o más dientes naturales que faltaban antes de que la persona estuviera cubierta con el seguro dental, a excepción de dientes naturales faltantes por motivos congénitos. Ajuste de una dentadura postiza en el término de 6 meses después de la instalación por el mismo dentista que la instaló.
- Prótesis implantosoportadas para sustituir uno o más dientes naturales que faltaban antes de que la persona estuviera cubierta con el seguro dental, a excepción de dientes naturales faltantes por motivos congénitos.
- Aparatos fijos y removibles para la corrección de hábitos perjudiciales. Aparatos o tratamientos para el bruxismo (frotamiento de los dientes), incluidas, entre otras, placas oclusivas y placas nocturnas.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos articulares temporomandibulares (TMJ).
- Reparación o sustitución de un dispositivo de ortodoncia.
- Duplicado de aparatos o dispositivos de ortodoncia.
- Sustitución de aparato perdido o robado, restauraciones fundidas o dentadura.

Limitaciones

Beneficios alternativos: ante un problema dental para el que existan dos o más tratamientos profesionalmente aceptables, el reembolso se calculará de acuerdo con la alternativa de tratamiento menos costosa. Si usted y su dentista acuerdan realizar un tratamiento más costoso que aquel en el que se basa su plan de beneficios, los pagos adicionales correrán por su cuenta. Para evitar malentendidos, le sugerimos analizar las opciones de tratamiento con su dentista antes de la prestación del servicio y obtener una estimación de los beneficios previa al tratamiento, antes de recibir ciertos servicios de alto costo, como coronas, puentes o prótesis. Usted y su dentista recibirán una Explicación de los beneficios (Explanation of Benefits, EOB) en la que se indicarán los servicios brindados, el reembolso de su plan por esos servicios y sus gastos de desembolso directo. Los esquemas de costos de los procedimientos están sujetos a modificación cada año del plan. Puede obtener un esquema actualizado de los costos de los procedimientos para su área por fax llamando al 1-800-942-0854 y utilizando el Servicio de Información Dental Automática de MetLife. Los pagos reales pueden variar con respecto a la estimación previa al tratamiento según los límites máximos anuales, los límites de frecuencia del plan, los deducibles y otros límites aplicables al momento del pago.

Cancelación/finalización de los beneficios: La cobertura se brinda conforme a una póliza de seguro grupal (formulario de póliza GPNP99 / G.2130-S) emitida por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife). La cobertura finaliza cuando cesa su membresía, cuando cesan sus contribuciones dentales o cuando el titular de la póliza o MetLife anulan la póliza colectiva. La póliza grupal finaliza por la falta de pago de la prima y puede finalizar si no se cumplen los requisitos de participación o si el titular de la póliza no cumple con alguna de las obligaciones estipuladas en la póliza. Los siguientes servicios que estén en curso mientras la cobertura tenga vigencia se pagarán luego de la finalización de la cobertura si la cuota correspondiente o el tratamiento se terminan dentro de los 31 días posteriores a la finalización individual de la cobertura: finalización de un dispositivo protésico, una corona o un tratamiento de conducto.

Este plan de beneficios dentales se ofrece a través de un acuerdo autofinanciado. MetLife administra este plan de beneficios dentales, pero no brinda seguro para financiar los beneficios.

Como la mayoría de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios ofrecidos por MetLife y sus filiales contienen determinadas exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, períodos de espera y plazos para que se mantengan vigentes. Para obtener más información acerca de la cobertura y la disponibilidad, consulte el certificado de seguro o comuníquese con MetLife.



Seguro Oftalmológico



Metlife | www.askmetlife.com | 1.800.942.0854

El cuidado adecuado del visón es esencial para su bienestar general. Los exámenes oculares regulares a cualquier edad ayudaran a prevenir la enfermedad ocular y a mantener la visión fuerte durante los años venideros.

Su empleador le ofrece un plan de visión para atender sus necesidades y las de su familia. Usted debe inscribirse en el plan de visión cada año del plan, el costo es generalmente deducido de su salario. Aquí vera algunas de las áreas donde ahorrara dinero con su plan selecto:

- Examen de la vista
- Lentes de contacto
- Corrección de la visión
- Anteojos
- Cirugías de ojos

COSTO MENSUALES DE VISIÓN	
PLAN VSP CHOICE	
EMPLEADO SOLO	\$9.88
EMPLEADO + 1	\$16.82
EMPLEADO + FAMILIA	\$24.71

Resumen del plan de la vista

Con su Plan de Organización de proveedores preferidos para la atención de la vista, puede:

- Consultar a cualquier especialista en oftalmología con licencia y recibir cobertura. Solo recuerde que obtiene más de sus dólares de beneficios cuando permanece dentro de la red.
- Elija entre una amplia red de oftalmólogos, optometristas y ópticos, desde consultorios privados hasta minoristas como Costco® Optical y Visionworks.
- Aproveche nuestro acuerdo de servicio con Walmart y Sam's Club; ellos comprueban su elegibilidad y procesan sus reclamos a pesar de que están fuera de la red.

Características de valor añadido dentro de la red:

Mejoras adicionales a las lentes: Además de las mejoras a las lentes estándar, disfrute un promedio de 20 a 25 % de ahorro en todas las demás mejoras a las lentes.¹

Ahorro en anteojos y anteojos de sol: Obtenga un 20 % de ahorro en pares adicionales de anteojos graduados y anteojos de sol sin receta, incluidas mejoras de lentes. En ocasiones, otras ofertas promocionales también pueden estar disponibles.¹

Corrección de la vista con láser:² Ahorro promedio de 15 % de descuento

Estamos aquí para ayudarlo

Encuentre un proveedor de la vista en www.metlife.com/vision

Descargue un formulario de reclamo en www.metlife.com/mybenefits

Si tiene preguntas generales visite www.metlife.com/mybenefits o llame al **1-855-MET-EYE1** (1-855-638-3931)

Metropolitan Life Insurance Company

Beneficios dentro de la red

No necesita presentar un reclamo cuando consulta a un especialista en oftalmología dentro de la red. Simplemente pague su copago y, en caso de que corresponda, cualquier cantidad en exceso de su asignación en el momento del servicio.

Frecuencia

Examen de la vista

Una vez cada **12** meses

Examen de salud de los ojos, dilatación, receta y refracción para anteojos: Con cobertura total después de **\$10** de copago.

Imágenes de diagnóstico de retina: Hasta un copago de **\$39** en las pruebas de detección de problemas en la retina de rutina cuando las realiza un consultorio privado.

Montura

Una vez cada **24** meses

Asignación: **\$150**

Costco: **asignación de \$85**

Usted recibirá un ahorro adicional del **20%** en la cantidad que paga por encima de su asignación. Esta oferta está disponible en todos los centros participantes, excepto Costco.

Antojos correctivos estándar

Una vez cada **12** meses

Monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria, lenticulares: Con cobertura total después de un copago de **\$25** para anteojos.

Mejoras de lentes estándar¹

Una vez cada **12** meses

Policarbonato (niños hasta los 18 años de edad), **y revestimiento ultravioleta (UV)** Con cobertura total. Progresivo, policarbonato (adulto), fotocromico, antirreflectivo y recubrimientos resistentes al rayado y tintes: Su costo se limitará a un copago que MetLife ha negociado para usted. Puede consultar estos copagos después de su inscripción en metlife.com/mybenefits.

Lentes de contacto (en lugar de anteojos)

Una vez cada **12** meses

Ajuste y evaluación de los lentes de contacto: Con cobertura total con un copago máximo de **\$60**.

Lentes electivos: **Asignación de \$150**.

Lentes necesarios: Con cobertura total después de un copago de \$25 para anteojos.

Reembolso fuera de la red

Usted paga por los servicios prestados y luego presenta una reclamo de reembolso. Se aplican las mismas frecuencias de beneficios que para aquellos dentro de la red.

Una vez inscrito, visite www.metlife.com/mybenefits para obtener información detallada sobre los beneficios fuera de la red.

• Examen ocular: hasta \$45	• Lentes monofocales: hasta \$30	• Lentes trifocales con línea divisoria: hasta \$65
• Monturas: hasta \$70	• Lentes bifocales con línea divisoria: hasta \$50	• Lentes progresivos: hasta \$50
	• Lentes de contacto:	• Lentes lenticulares: hasta \$100
	- Electivos hasta \$105	
	- Necesarias hasta \$210	

Limitaciones y exclusiones de beneficios

Este plan no cubre los siguientes servicios, materiales y tratamientos

SERVICIOS Y ANTEOJOS

- Servicios y/o materiales no incluidos específicamente en la Descripción general de beneficios del plan para la visión (Lista de beneficios).
- Cualquier parte de un cargo que excede el beneficio máximo permitido o reembolso indicado en la Lista de beneficios.
- Cualquier examen ocular o lentes correctivos necesarios como una condición de empleo.
- Servicios y suministros que usted o su dependiente hayan recibido antes del comienzo del Seguro de la visión.
- Citas perdidas.
- Servicios o materiales originados por la ocupación regular remunerada o lucrativa de una persona con cobertura, o durante dicha ocupación, para los cuales la persona con cobertura tiene derecho a beneficios en conformidad con cualquier ley de compensación de los trabajadores, ley de responsabilidad del empleador o ley similar. Usted debe reclamar con prontitud y notificar a la Compañía de todos estos beneficios.
- Impuestos locales, estatales y/o federales, excepto cuando la ley le exija su pago a MetLife.

- Servicios o materiales recibidos como resultado de enfermedad, defecto o lesión debido a una guerra o a un acto de guerra (declarada o no), mientras forma parte de un disturbio o en una insurrección, o mientras se comete o intenta cometer un delito grave.
- Servicios y materiales recibidos mientras está fuera de los Estados Unidos, a excepción de la atención de la vista de emergencia.
- Servicios, procedimientos o materiales por los cuales no se habría cobrado un cargo en ausencia de un seguro.
- Servicios: (a) para los que no se requiere el pago del empleador de la persona que recibe este tipo de servicios; o (b) recibidos en un centro mantenido por el empleador, sindicato, asociación de beneficios mutuas u hospital de la Administración de Veteranos (VA).
- Servicios, en la medida que tales servicios, o beneficios por tales servicios estén disponibles bajo un Plan del Gobierno. Esta exclusión se aplica ya sea que la persona que recibe los servicios esté inscrita o no en el Plan del Gobierno. No excluiríamos el pago de los beneficios para tales servicios si el Plan del Gobierno requiere que se pague primero el Seguro de visión de la Póliza Colectiva. Plan del Gobierno hace referencia a cualquier plan, programa o cobertura que se establezca bajo las leyes o regulaciones de cualquier gobierno. El término no incluye ningún plan, programa o cobertura provistos por un gobierno como empleador o Medicare.

- Lentes planos (lentes con corrección refractiva inferior a ± 0.50 dioptrías).
- Dos pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- inicial (90 días).
- El plan ofrece el reemplazo de lentes, monturas y/o lentes de contacto suministrados en función del mismo cuando los pierde, se los roban o resultan dañados, excepto en los intervalos normales cuando los Beneficios del plan están disponibles de otra manera.
- Pólizas de seguro y acuerdos de servicio con respecto a lentes de contacto.
- Nueva adaptación de lentes de contacto después del período de adaptación
- Modificación, pulido y limpieza de lentes de contacto.

TRATAMIENTOS

- Ortóptica o entrenamiento visual y cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico y quirúrgico del ojo o de los ojos.

MEDICAMENTOS

- Medicamentos recetados y sin receta.

¹ Todas las mejoras de lentes están disponibles en consultorios privados participantes. Los copagos y precios máximos están sujetos a cambios sin previo aviso. Consulte con su proveedor para obtener más información y los copagos aplicables a su elección de lentes. Póngase en contacto con su Costco local para confirmar la disponibilidad de mejoras de lentes y precios antes de recibir los servicios. Es posible que descuentos adicionales no estén disponibles en algunos estados.

² La cobertura de LASIK personalizado solo está disponible cuando se utiliza la tecnología de frente de onda con el dispositivo quirúrgico microqueratomo. Otros procedimientos LASIK se pueden realizar a un costo adicional para el miembro. Los ahorros adicionales sobre cuidado de la visión con láser solo están disponibles en los centros participantes.

Importante: Si usted o algún miembro de su familia cuenta con cobertura por parte de más de un plan de atención médica, es posible que no pueda cobrar beneficios de ambos planes. Cada plan le puede exigir que siga sus reglas o utilice médicos y hospitales específicos, y es posible que no pueda cumplir con ambos planes al mismo tiempo. Antes de inscribirse en este plan, lea todas las reglas con mucho cuidado y compárelas con las reglas de cualquier otro plan que le provea cobertura a usted o a su familia.

NOMBRE DEL PLAN M150D-10/25

Los beneficios de MetLife Vision cuentan con la protección por parte de Metropolitan Life Insurance Company, New York, NY. Algunos reclamos y servicios de administración de la red se prestan a través de Vision Service Plan (VSP), Rancho Cordova, CA. VSP no está afiliada a Metropolitan Life Insurance Company y sus afiliadas.

Como la mayoría de los programas de beneficios colectivos, los programas de beneficios ofrecidos por MetLife y sus filiales contienen determinadas exclusiones, excepciones, reducciones, limitaciones, períodos de espera y plazos para que se mantengan vigentes.

Comuníquese con MetLife

o con el administrador de su plan para informarse sobre los costos y obtener más detalles.

Costo mensual

Los siguientes costos mensuales estarán en vigencia hasta el Agosto 31, 2023. Sus primas se pagarán a través de la comodidad de la deducción por nómina. Los costos mensuales cubren a todos los hijos elegibles.

Empleado únicamente	\$9.88		
Empleado + uno	\$16.82	Empleado + familia	\$24.71



Seguro de Vida



UNUM | www.unum.com | 1.866.679.3054

SEGURO DE VIDA A TÉRMINO VOLUNTARIO

El seguro de vida voluntario es una cobertura a término que usted puede comprar además del plan de vida básico que le ofrece su empleador. Este seguro lo cubre durante un período determinado mientras está empleado. Las cantidades del plan se ofrecen en niveles para que usted pueda elegir la cantidad de cobertura que mejor funcione para usted y su familia. Como se trata de un plan grupal, el costo suele ser más económico para ganar la tranquilidad que brinda un seguro de vida. Se aplican limitaciones. Consulte los detalles en la póliza. Visite el Centro de Beneficios del Empleado, donde encontrará más detalles.

PureLife-plus — Standard Risk Table Premiums — Non-Tobacco — Express Issue

Issue Age (ALB)	Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown									GUARANTEED PERIOD Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
17-20		13.05	23.85	34.65	45.45	67.05	88.65	110.25	131.85	75
21-22		13.33	24.40	35.48	46.55	68.70	90.85	113.00	135.15	74
23		13.60	24.95	36.30	47.65	70.35	93.05	115.75	138.45	75
24-25		13.88	25.50	37.13	48.75	72.00	95.25	118.50	141.75	74
26		14.43	26.60	38.78	50.95	75.30	99.65	124.00	148.35	75
27-28		14.70	27.15	39.60	52.05	76.95	101.85	126.75	151.65	74
29		14.98	27.70	40.43	53.15	78.60	104.05	129.50	154.95	74
30-31		15.25	28.25	41.25	54.25	80.25	106.25	132.25	158.25	73
32		16.08	29.90	43.73	57.55	85.20	112.85	140.50	168.15	74
33		16.63	31.00	45.38	59.75	88.50	117.25	146.00	174.75	74
34		17.45	32.65	47.85	63.05	93.45	123.85	154.25	184.65	75
35		18.55	34.85	51.15	67.45	100.05	132.65	165.25	197.85	76
36		19.10	35.95	52.80	69.65	103.35	137.05	170.75	204.45	76
37		19.93	37.60	55.28	72.95	108.30	143.65	179.00	214.35	77
38		20.75	39.25	57.75	76.25	113.25	150.25	187.25	224.25	77
39		22.13	42.00	61.88	81.75	121.50	161.25	201.00	240.75	78
40	10.75	23.50	44.75	66.00	87.25	129.75	172.25	214.75	257.25	79
41	11.52	25.43	48.60	71.78	94.95	141.30	187.65	234.00	280.35	80
42	12.40	27.63	53.00	78.38	103.75	154.50	205.25	256.00	306.75	81
43	13.17	29.55	56.85	84.15	111.45	166.05	220.65	275.25	329.85	82
44	13.94	31.48	60.70	89.93	119.15	177.60	236.05	294.50	352.95	83
45	14.71	33.40	64.55	95.70	126.85	189.15	251.45	313.75	376.05	83
46	15.59	35.60	68.95	102.30	135.65	202.35	269.05	335.75	402.45	84
47	16.36	37.53	72.80	108.08	143.35	213.90	284.45	355.00	425.55	84
48	17.13	39.45	76.65	113.85	151.05	225.45	299.85	374.25	448.65	85
49	18.12	41.93	81.60	121.28	160.95	240.30	319.65	399.00	478.35	85
50	19.22	44.68	87.10	129.53	171.95					86
51	20.54	47.98	93.70	139.43	185.15					87
52	21.97	51.55	100.85	150.15	199.45					88
53	23.07	54.30	106.35	158.40	210.45					88
54	24.17	57.05	111.85	166.65	221.45					88
55	25.38	60.08	117.90	175.73	233.55					89
56	26.48	62.83	123.40	183.98	244.55					89
57	27.80	66.13	130.00	193.88	257.75					89
58	29.01	69.15	136.05	202.95	269.85					89
59	30.33	72.45	142.65	212.85	283.05					89
60	31.18	74.58	146.90	219.23	291.55					90
61	32.61	78.15	154.05	229.95	305.85					90
62	34.37	82.55	162.85	243.15	323.45					90
63	36.13	86.95	171.65	256.35	341.05					90
64	38.00	91.63	181.00	270.38	359.75					90
65	40.09	96.85	191.45	286.05	380.65					90
66	42.40									90
67	44.93									91
68	47.68									91
69	50.43									91
70	53.29									91

CHILDREN AND GRANDCHILDREN (NON-TOBACCO)
with Accidental Death Rider
Grandchild coverage available through age 18.

Issue Age	Premium		Guaranteed Period
	\$25,000	\$50,000	
15D-1	9.25	16.25	81
2-4	9.50	16.75	80
5-8	9.75	17.25	79
9-10	10.00	17.75	79
11-16	10.25	18.25	77
17-20	12.25	22.25	75
21-22	12.50	22.75	74
23	12.75	23.25	75
24-25	13.00	23.75	74
26	13.50	24.75	75

Indicates Spouse Coverage Available

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

Form ICC18-PRFNG-NI-18, Form Series PRFNG-NI-18 or PRFNG-NI-20-OHIO

Accelerated Death Benefit for Chronic Illness Rider Form ICC15-ULABR-CI-15, ULABR-CI-15 or CA-ULABR-CI-18

Accidental Death Benefit Form ICC 07-ULCL-ADB-07 or Form Series ULCL-ADB-07

PureLife-plus – Standard Risk Table Premiums – Tobacco – Express Issue

Issue Age (ALB)	Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown									GUARANTEED PERIOD Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
17-20		18.55	34.85	51.15	67.45	100.05	132.65	165.25	197.85	71
21-22		19.38	36.50	53.63	70.75	105.00	139.25	173.50	207.75	71
23		20.20	38.15	56.10	74.05	109.95	145.85	181.75	217.65	72
24-25		20.75	39.25	57.75	76.25	113.25	150.25	187.25	224.25	71
26		21.30	40.35	59.40	78.45	116.55	154.65	192.75	230.85	72
27-28		21.85	41.45	61.05	80.65	119.85	159.05	198.25	237.45	71
29		22.13	42.00	61.88	81.75	121.50	161.25	201.00	240.75	71
30-31		24.88	47.50	70.13	92.75	138.00	183.25	228.50	273.75	72
32		25.70	49.15	72.60	96.05	142.95	189.85	236.75	283.65	72
33		25.98	49.70	73.43	97.15	144.60	192.05	239.50	286.95	72
34		26.25	50.25	74.25	98.25	146.25	194.25	242.25	290.25	71
35		28.18	54.10	80.03	105.95	157.80	209.65	261.50	313.35	72
36		29.00	55.75	82.50	109.25	162.75	216.25	269.75	323.25	72
37		30.93	59.60	88.28	116.95	174.30	231.65	289.00	346.35	73
38		31.75	61.25	90.75	120.25	179.25	238.25	297.25	356.25	73
39		33.95	65.65	97.35	129.05	192.45	255.85	319.25	382.65	74
40	16.14	36.98	71.70	106.43	141.15	210.60	280.05	349.50	418.95	76
41	17.13	39.45	76.65	113.85	151.05	225.45	299.85	374.25	448.65	77
42	18.34	42.48	82.70	122.93	163.15	243.60	324.05	404.50	484.95	78
43	19.88	46.33	90.40	134.48	178.55	266.70	354.85	443.00	531.15	80
44	20.65	48.25	94.25	140.25	186.25	278.25	370.25	462.25	554.25	80
45	21.75	51.00	99.75	148.50	197.25	294.75	392.25	489.75	587.25	81
46	22.63	53.20	104.15	155.10	206.05	307.95	409.85	511.75	613.65	81
47	23.73	55.95	109.65	163.35	217.05	324.45	431.85	539.25	646.65	82
48	24.72	58.43	114.60	170.78	226.95	339.30	451.65	564.00	676.35	82
49	26.15	62.00	121.75	181.50	241.25	360.75	480.25	599.75	719.25	83
50	27.36	65.03	127.80	190.58	253.35					83
51	28.57	68.05	133.85	199.65	265.45					83
52	30.33	72.45	142.65	212.85	283.05					84
53	31.87	76.30	150.35	224.40	298.45					85
54	33.30	79.88	157.50	235.13	312.75					85
55	34.84	83.73	165.20	246.68	328.15					85
56	36.60	88.13	174.00	259.88	345.75					85
57	38.36	92.53	182.80	273.08	363.35					86
58	40.23	97.20	192.15	287.10	382.05					86
59	42.10	101.88	201.50	301.13	400.75					86
60	43.28	104.83	207.40	309.98	412.55					86
61	45.81	111.15	220.05	328.95	437.85					86
62	48.23	117.20	232.15	347.10	462.05					87
63	50.65	123.25	244.25	365.25	486.25					87
64	53.07	129.30	256.35	383.40	510.45					87
65	55.71	135.90	269.55	403.20	536.85					87
66	58.57									88
67	61.65									88
68	64.84									88
69	68.25									88
70	71.88									89

CHILDREN AND GRANDCHILDREN (TOBACCO)
 with Accidental Death Rider
 Grandchild coverage available through age 18.

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

Form ICC18-PRFNG-NI-18, Form Series PRFNG-NI-18 or PRFNG-NI-20-OHIO
 Accelerated Death Benefit for Chronic Illness Rider Form ICC15-ULABR-CI-15, ULABR-CI-15 or CA-ULABR-CI-18
 Accidental Death Benefit Form ICC 07-ULCL-ADB-07 or Form Series ULCL-ADB-07

23Mo14-C-M FFGA-T 1012 (exp0325)

Issue Age	Premium		Guaranteed Period
	\$25,000	\$50,000	
17-20	17.25	32.25	71
21-22	18.00	33.75	71
23	18.75	35.25	72
24-25	19.25	36.25	71
26	19.75	37.25	72

Indicates Spouse Coverage Available

Resumen del plan del Seguro de Enfermedades

Eagle Mountain Saginaw ISD

OPCIONES DE COBERTURA

Seguro de Enfermedades Graves		
Persona Elegible	Beneficio inicial	Requisitos
Empleado	\$5,000 incrementos hasta \$50,000	Se garantiza la cobertura siempre y cuando se encuentre trabajando activamente. ³
Cónyuge /pareja de hecho ¹	50% del beneficio inicial del empleado	Se garantiza la cobertura siempre y cuando el empleado esté trabajando activamente y la pareja de hecho o el cónyuge no esté sujeto a alguna restricción médica como se establece en el formulario de inscripción y en el Certificado. ³
Hijos dependientes ²	50% del beneficio inicial del empleado	Se garantiza la cobertura siempre y cuando el empleado esté trabajando activamente y el dependiente no esté sujeto a alguna restricción médica como se establece en el formulario de inscripción y en el Certificado. ³

PAGO DE BENEFICIOS

El **beneficio inicial** proporciona un pago de beneficio global luego del primer diagnóstico de una afección cubierta. Su plan paga un Beneficio de Recurrencia⁴ para las siguientes afecciones cubiertas, según se define en su certificado: Ataque al corazón, derrame cerebral, injerto de derivación de arteria coronaria, beneficio completo para tratamiento contra el cáncer, beneficio parcial para tratamiento contra el cáncer y beneficio para todos los demás tipos de cáncer. El Beneficio de recurrencia está disponible únicamente si se ha pagado un Beneficio inicial para la Afección cubierta. Además, hay un período de suspensión de beneficios entre recurrencias.

El monto máximo que puede recibir a través de su plan de seguro por enfermedad grave se conoce como el **beneficio total** y equivale a 3 veces el monto del beneficio inicial. Esto significa que puede recibir varios pagos de beneficio inicial y beneficio de recurrencia hasta que alcance el máximo del 300%.

Consulte la siguiente tabla para conocer el porcentaje del beneficio para cada afección cubierta.

Afecciones cubiertas	Beneficio inicial	Beneficio de recurrencia
Beneficio completo para tratamiento contra el cáncer ⁵	100 % del beneficio inicial	50 % del beneficio inicial
Beneficio parcial para tratamiento contra el cáncer ⁵	25 % del beneficio inicial	12.5 % del beneficio inicial
Ataque al corazón	100 % del beneficio inicial	50 % del beneficio inicial
Derrame cerebral ⁶	100 % del beneficio inicial	50 % del beneficio inicial
Injerto de bypass de arteria coronaria ⁷	100 % del beneficio inicial	50 % del beneficio inicial
Insuficiencia renal	100 % del beneficio inicial	No corresponde
Enfermedad de Alzheimer ⁸	100 % del beneficio inicial	No corresponde
Beneficio de trasplante de órgano vital	100 % del beneficio inicial	No corresponde
22 afecciones incluidas en la lista	25 % del beneficio inicial	No corresponde

22 afecciones incluidas en la lista

El seguro por enfermedad grave de MetLife pagará el 25 % del monto del beneficio inicial cuando a una persona con cobertura se le diagnostica una de las 22 afecciones incluidas en la lista. Una persona cubierta puede recibir solo un pago para una afección incluida en la lista durante toda su vida. Las afecciones incluidas en la lista son la enfermedad de Addison (hipofunción suprarrenal); esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig); meningitis cerebrospinal (bacterial); parálisis cerebral; fibrosis quística; difteria; encefalitis; enfermedad de Huntington (corea de Huntington); enfermedad del legionario; malaria; esclerosis múltiple (diagnóstico definitivo); distrofia muscular; miastenia gravis; fascitis necrotizante; osteomielitis; poliomiélitis; rabia; anemia de células falciformes (excluido el rasgo de células falciformes); lupus eritematoso sistémico (SLE); esclerosis sistémica (esclerodermia); tétanos y tuberculosis.

Ejemplo de pagos de beneficios iniciales y de recurrencia

El ejemplo que se muestra a continuación representa el caso de un empleado que optó por un beneficio inicial de \$15,000 y que cuenta con un beneficio total de 3 veces el monto del beneficio inicial o \$45,000.

Enfermedad: afección cubierta	Pago	Beneficio total restante
Ataque al corazón: primer diagnóstico	Pago de beneficio inicial de \$15,000 o 100 %	\$30,000
Ataque al corazón: segundo diagnóstico, dos años después	Pago de beneficio de recurrencia de \$15,000/\$7,500 o 100/50 %	\$15,000/\$22,500
Insuficiencia renal: primer diagnóstico, tres años después	Pago de beneficio inicial de \$15,000 o 100 %	\$0/\$7,500

En la mayoría de los estados, existe una limitación por afecciones preexistentes. Si se procura, recomienda, indica o recibe consejos, tratamiento o atención durante los tres meses anteriores a la fecha efectiva de cobertura, no pagaremos beneficios si la enfermedad se produce durante los primeros seis meses de cobertura. La limitación por afecciones preexistentes no se aplica a VIH por exposición laboral, ataque al corazón o derrame cerebral.

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS

MetLife proporciona cobertura para los Beneficios complementarios incluidos a continuación. Esta cobertura se otorgará además del monto del beneficio total que se paga por las afecciones cubiertas antes mencionadas.

Beneficio de exámenes de detección precoz¹⁰

MetLife proporciona un beneficio anual de \$75 por año calendario para realizarse uno de los procedimientos de detección precoz/preventivos elegibles. MetLife pagará solo un beneficio de detección precoz de salud por persona cubierta y por año calendario.

Los procedimientos de detección precoz/preventivos pueden incluir los siguientes:

• examen físico anual	• sigmoidoscopia flexible
• biopsias para detección de cáncer	• sangre oculta en heces
• análisis de sangre para determinar colesterol total	• hemoglobina A1C
• análisis de sangre para determinar triglicéridos	• vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)
• exámenes de médula ósea	• análisis de lípidos
• resonancia magnética de mamas	• mamografía
• ecografía de mamas	• examen de detección precoz para cáncer bucal
• sonograma de mamas	• examen de papanicolau o citología en medio líquido
• antígeno cancerígeno 15-3 – análisis de sangre para detectar cáncer de mama (CA 15-3)	• prueba de antígeno prostático (ASP)
• antígeno cancerígeno 125 – análisis de sangre para cáncer de ovario (CA 125)	• análisis de colesterol sérico para determinar niveles de LDL y HDL
• antígeno carcinoembrionario – análisis de sangre para cáncer de colon (CEA)	• electroforesis de proteína sérica
• ecografía Doppler de carótida	• biopsia para detectar cáncer de piel
• radiografías de tórax	• examen de detección precoz para cáncer de piel
• examen testicular clínico	• examen de piel
• colonoscopia	• prueba de esfuerzo en bicicleta o cinta sin fin
• tacto rectal (EDR)	• terminación exitosa de programas para dejar de fumar
• ecografía Doppler para detección de cáncer	• exámenes para detección de infecciones de transmisión sexual (ETS)
• ecografía Doppler para vasculopatía periférica	• termografía
• ecocardiograma	• prueba de glucosa en plasma a las dos horas de la carga
• electrocardiograma (EKG)	• ultrasonidos para detección de cáncer
• endoscopia	• ecografía de aorta abdominal para la detección precoz de aneurismas de aorta abdominal
• prueba de glucemia en ayunas	• colonoscopia virtual
• medición de glucosa en plasma en ayunas	



Tarifas del seguro

MetLife ofrece tarifas grupales y deducciones a través del sistema de deducciones salariales para que no tenga que preocuparse por extender un cheque ni por omitir un pago. A continuación se especifican sus tarifas como empleado.

Prima mensual/\$1,000 de cobertura (Sin Tabaco)

Edad de emisión	Solo empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Empleado + cónyuge + hijos
18-29	\$0.47	\$0.80	\$0.70	\$1.03
30-39	\$0.74	\$1.27	\$0.97	\$1.50
40-49	\$1.48	\$2.51	\$1.71	\$2.74
50-59	\$2.56	\$4.30	\$2.79	\$4.53
60-69	\$3.74	\$6.16	\$3.97	\$6.39
70+	\$4.89	\$8.01	\$5.12	\$8.24

Prima mensual/\$1,000 de cobertura (Tabaco)

Edad de emisión	Solo empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijos	Empleado + cónyuge + hijos
18-29	\$0.68	\$1.13	\$0.91	\$1.36
30-39	\$1.15	\$1.93	\$1.38	\$2.16
40-49	\$2.40	\$4.03	\$2.63	\$4.26
50-59	\$4.22	\$7.07	\$4.45	\$7.30
60-69	\$6.27	\$10.33	\$6.50	\$10.56
70+	\$8.35	\$13.71	\$8.58	\$13.94



PREGUNTAS Y RESPUESTAS

¿Cómo me inscribo?

Inscríbese para tener cobertura en <https://ffga.benselect.com/Enroll>.

¿Quién es elegible para inscribirse?

Los empleados activos de tiempo completo que trabajan activamente junto con su cónyuge/pareja de hecho e hijos dependientes pueden inscribirse en la cobertura de seguro por enfermedad grave de MetLife³.

¿Cómo pago la cobertura?

La cobertura se paga a través de deducciones salariales convenientes.

¿Aumentarán mis tasas?

La prima se basa en su Edad de emisión, lo cual significa que su tasa inicial se basa en su edad al momento de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura y sus tasas no aumentarán como resultado de la edad¹¹.

¿Cuál es la fecha de entrada en vigencia de la cobertura?

La cobertura entra en vigencia el 09/01/2017.

Si me desvinculo de la empresa, ¿puedo mantener mi cobertura?¹²

Si se desvincula de la empresa, usted puede mantener su cobertura solo en ciertas circunstancias. Una vez que se desvinculó de su empleador, debe efectuar un pedido por escrito dentro de un período de tiempo específico. También debe seguir pagando las primas para mantener su cobertura vigente.

¿A quién puedo llamar para solicitar ayuda?

Comuníquese con un representante de atención al cliente de MetLife llamando al 1-800 GET-MET8 (1-800-438-6388) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del Este.

Comuníquese con MetLife de forma directa llamando al 1-855-JOIN-MET (1-855-564-6638) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar del Este para hablar con un asesor de beneficios.

Notas al pie:

¹ La cobertura para parejas de hecho, de unión civil y beneficiarios recíprocos varía de un estado a otro. Para obtener más información, comuníquese con MetLife

² La cobertura para hijos dependientes varía de un estado a otro. Para obtener más información, comuníquese con MetLife.

³ Se garantiza la cobertura siempre y cuando (a) el colaborador esté trabajando activamente y (b) los dependientes no estén sujetos a restricciones médicas como se establece en el formulario de inscripción y en el Certificado. Algunos estados exigen que el asegurado tenga cobertura médica. Se aplican restricciones adicionales para los dependientes que sirven en las fuerzas armadas o que viven en el extranjero.

³ Se garantiza la cobertura siempre y cuando (1) el empleado esté desempeñando todas las tareas habituales y acostumbradas de su trabajo en el domicilio comercial de su empleador o en un lugar alternativo aprobado por su empleador y (2) los dependientes no estén sujetos a restricciones médicas como se establece en el formulario de inscripción y en el Certificado. Algunos estados exigen que el asegurado tenga cobertura médica. Se aplican restricciones adicionales para los dependientes que sirven en las fuerzas armadas o que viven en el extranjero.

⁴ No pagaremos un beneficio de recurrencia por la recurrencia de una afección cubierta que se produzca durante un período de suspensión de beneficios. No pagaremos un beneficio de recurrencia por un beneficio completo, parcial o para todos los demás tipos de cáncer para tratamiento, a menos que la persona cubierta no haya tenido síntomas para el beneficio completo, parcial o para todos los demás tipos de cáncer (aplicable para grupos que se presenten en NH y residentes de NH) para tratamiento o que no haya sido tratada para dichos beneficios para los cuales pagamos un beneficio inicial durante el período de suspensión de beneficios. En algunos estados, no pagaremos un Beneficio de Recurrencia por la recurrencia de una afección cubierta que se produzca en un plazo menor de 180 días después de otra ocurrencia de una afección cubierta por la cual pagamos un beneficio inicial.

⁵ Consulte la Declaración de divulgación o Descripción de la cobertura o el Documento de divulgación para obtener información específica sobre los beneficios para el tratamiento contra el cáncer. No todos los tipos de cáncer están cubiertos. El monto de cobertura de algunos tipos de cáncer es inferior al monto del beneficio inicial. Para los grupos que se presenten en NH y residentes de NH, existe un beneficio inicial de \$100 para todos los demás tipos de cáncer.

⁶ En algunos estados, la afección cubierta es derrame cerebral grave.

⁷ Para los casos que se presenten en NJ, la afección cubierta es la enfermedad de la arteria coronaria.

⁸ Consulte la Descripción de la cobertura para obtener información específica sobre la enfermedad de Alzheimer.



¹⁰ El beneficio por exámenes de detección precoz no se ofrece en todos los estados. Para obtener más información sobre los períodos de espera aplicables, consulte el certificado. Existe un beneficio de mamografía independiente para los residentes de MT y para los casos que se presenten en CA y MT. En la mayoría de los estados existe un período de espera de 30 días para el beneficio de exámenes de detección precoz.

¹¹ El plan está garantizado, es renovable y no puede cancelarse porque su edad aumente o porque cambie su estado de salud. Las tasas de prima sólo podrán elevarse como resultado de un cambio de tasas para toda la clase. Los beneficios se reducen en un 25 % a la edad de 65 y un 50 % a la edad de 70. Se garantiza la renovación de la cobertura siempre y cuando: (1) las primas se paguen como lo requiere el Certificado; y (2) la póliza colectiva finalice y no se reemplace por una póliza de enfermedad grave considerablemente similar tal cual se describe en el Certificado.

¹² La elegibilidad para la portabilidad mediante la Continuación del seguro con la provisión de Pagos de primas puede estar sujeta a ciertos requisitos de elegibilidad y a ciertas limitaciones. Para obtener más información, comuníquese con su representante de MetLife.

LA PÓLIZA DE SEGURO POR ENFERMEDAD GRAVE (CII) DE METLIFE ES UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE BENEFICIOS LIMITADOS. Al igual que la mayoría de las pólizas de accidentes y de seguro de salud colectivas, las pólizas de CII de MetLife contienen ciertas exclusiones, limitaciones y términos para mantenerlas en vigor. La disponibilidad y las características del producto pueden variar de un estado a otro. En la mayoría de los planes existe una exclusión por afecciones preexistentes. Para individuos (excepto aquellos cubiertos por certificados emitidos en Nueva York), luego de que se presente una afección cubierta, existe un período de suspensión de beneficios durante el cual no se pagan los beneficios para una recurrencia. El producto del CII de Edad de emisión de MetLife cuenta con renovación garantizada y puede estar sujeto a reducciones de beneficios que comienzan a partir de los 65 años de edad. Las tasas de primas para el CII de edad de emisión de MetLife se basan en la edad en el momento de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura inicial y no aumentarán debido a la edad; las tasas de las primas para los aumentos en cobertura, incluida la adición de cobertura para dependientes, según corresponda, se basarán en la edad de la persona cubierta en el momento de la fecha de entrada en vigencia de ese aumento. Todas las tasas están sujetas a cambios para el CII de edad de emisión de MetLife por clases. Puede encontrar una descripción más detallada de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones correspondientes al CII en la Declaración de divulgación, la Descripción de la cobertura o el Documento de divulgación correspondientes disponibles al momento de la inscripción. Para conocer los detalles completos de la cobertura y la disponibilidad, consulte el formulario de póliza colectiva GPNP14-CI o comuníquese con MetLife para obtener más información. Los beneficios están suscritos por Metropolitan Life Insurance Company, New York, New York.

El seguro por enfermedad grave de MetLife no tiene el propósito de sustituir la cobertura médica que proporciona beneficios para el tratamiento médico, incluidos los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios. El seguro por enfermedad grave de MetLife no proporciona reembolsos por dichos gastos.





Eagle Mountain Saginaw ISD

All Full-Time Employees

Policy #657259

Voluntary Term Life Insurance

Unum's Group Voluntary Term Life Insurance provides employees, spouses and children with the opportunity for an additional safeguard against financial worries.

- As employees, you can purchase from **\$10,000 up to 5 times your annual salary to a maximum of \$500,000**; spouses can purchase from \$5,000 up to \$100,000; and child coverage from \$1,000 up to \$10,000 (not to exceed 100% of the employee amount).
- Guarantee Issue is equal to, **\$200,000** for an Employee and **\$50,000** for a Spouse
- During your initial enrollment you can purchase up to the guarantee issue amount with **no medical underwriting required**. Benefit amounts can be increased at annual enrollment up to guarantee issue with no medical underwriting.
If you choose to purchase at the next annual enrollment, all benefit amounts elected are subject to medical underwriting.

Benefit Reduction Schedule – Coverage amounts will reduce to 65% of original amount at age 70 and 50% of original amount at age 75.

Delayed Effective Date of Coverage - Insurance will be delayed if you are not in active employment because of an injury, sickness, temporary layoff or leave of absence on the date that insurance would otherwise become effective.

Questions ? - This plan highlight is a summary provided to help you understand your insurance coverage from Unum. Some provisions may vary or not be available in all states. Please refer to your certificate booklet for your complete plan description. If the terms of this plan highlight summary or your certificate differ from your policy, the policy will govern. If you should have any questions about your coverage or how to enroll, please contact your Plan Administrator.

Underwritten by: **Unum Life Insurance Company of America**
2211 Congress Street, Portland, ME 04122
www.Unum.com

<i>Monthly Rates</i>		
<i>Age</i>	<i>Employee Rates per \$10,000</i>	<i>Spouse Rates per \$5,000</i>
15-24	\$0.60	\$0.30
25-29	\$0.60	\$0.30
30-34	\$0.80	\$0.40
35-39	\$1.10	\$.55
40-44	\$1.60	\$0.80
45-49	\$2.70	\$1.35
50-54	\$4.60	\$2.30
55-59	\$7.75	\$3.875
60-64	\$11.25	\$5.625
65-69	\$18.70	\$9.35
70-74	\$36.80	\$18.40
75+	\$36.80	\$18.40
Child Monthly Rates	Option 1: \$1,000 - \$0.20 Option 2: \$2,000 - \$0.39 Option 3: \$4,000 - \$0.78 Option 4: \$5,000 - \$0.98 Option 5: \$10,000 - \$1.96	

Group Life Plan
Features Include:

- Life Planning Financial and Legal Resources
- Accelerated Benefit
- Employee Life Insurance Premium Waiver
- Portability/Conversion



Seguro grupal por cáncer

Concéntrese en la pelea.

Un diagnóstico de cáncer puede ser agotador tanto física como emocionalmente. Pero gracias a los avances en medicina y procedimientos para tratar el cáncer, cada vez más personas están venciendo esta enfermedad. Sin embargo, con estos avances, también llega el continuo aumento en los costos del tratamiento para el cáncer.

El **seguro grupal por cáncer de beneficios limitados** ofrece una solución para ayudar a usted y a su familia a concentrarse en luchar contra la enfermedad.

¿Sabía que...?

Los casos nuevos de cáncer en Estados Unidos se diagnostican a una tasa de aproximadamente 5,255 por día.

American Cancer Society: Datos y cifras sobre el cáncer para 2022, P4

Puntos destacados de los beneficios del plan

- **Ayuda a cubrir gastos** para el tratamiento del cáncer, transporte, hospitalización, entre otros.
- **Los beneficios se le pagan directamente a usted** para que los use como considere mejor.
- **Portable para llevarlo con usted** incluso si deja su empleo.
- **Opciones de cobertura disponibles** para usted, su cónyuge y sus hijos menores de 26 años.

Beneficios diseñados para ayudar a cubrir los costos.

Con más de 25 beneficios específicamente diseñados para ayudarle con el impacto financiero de recibir el diagnóstico, el **seguro grupal por cáncer** puede ayudar a pagar gastos no cubiertos por su seguro médico principal.

Ejemplos:



Diagnóstico y prevención

Beneficio anual para ayudar a pagar pruebas de detección o de diagnóstico cubiertas. Este beneficio también califica para procesamiento rápido.



Gastos de traslado

Este beneficio puede ayudar a pagar el transporte y alojamiento calificados para el paciente y la familia.

Puntos destacados de los beneficios del plan

BENEFICIOS	BÁSICA	ENHANCED PLUS
Radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia Cargos reales por periodo de 12 meses	\$10,000	\$15,000
Trabajo administrativo/laboratorio por mes calendario	\$50	\$75
Terapia hormonal Por tratamiento por mes calendario, hasta un máximo de 12 por año calendario	\$50	\$50
Tratamiento experimental	Pagado de igual forma y bajo los mismos máximos que cualquier otro tratamiento	
Sangre, plasma y plaquetas Básica: por día, hasta \$10,000 por año calendario Enhanced Plus: por día, hasta \$15,000 por año calendario	\$200	\$300
Imágenes para diagnóstico médico por imagen hasta 2 por año calendario	\$200	\$300
Quirúrgico	\$20 unidad quirúrgica/máx. por operación: \$2,000	\$40 unidad quirúrgica/máx. por operación: \$4,000
Anestesia	25% del monto pagado por cirugía cubierta	
Segunda y tercera opinión quirúrgica por diagnóstico	\$300	\$300
Hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria Por día de cirugía	\$200	\$600
Trasplante de médula ósea o células madre suministrado por el paciente por año calendario	\$500	\$1,500
suministrado por donante por año calendario	\$1,500	\$4,500
Prótesis y dispositivos ortopédicos y servicios relacionados	\$1,000	\$2,000
Quirúrgico 1 por sitio, en la vida máx. de 2 dispositivos por persona con cobertura		
No quirúrgico 1 por sitio, en la vida máx. de 3 dispositivos por persona con cobertura	\$100	\$200
Prótesis de cabello una vez en la vida	\$100	\$200
Internación en el hospital por día		
Día 1-30	\$100	\$300
Día 31+	\$200	\$600
Beneficio de gobierno de EE.UU./Hospital de caridad Pagado en lugar de la mayoría de los beneficios por día Paciente hospitalizado y paciente ambulatorio	\$100	\$300
Instalación de cuidados extendidos por día, hasta la misma cantidad de días pagos de internación en un hospital	\$100	\$300
Atención de la salud en el hogar por día, hasta la misma cantidad de días pagos de internación en un hospital	\$100	\$300
Cuidados paliativos Básica: Por día, hasta \$18,000 por vida máx. Enhanced Plus: Por día, hasta \$54,000 por vida máx.	\$100	\$300
Servicios de enfermería especiales para pacientes internados por día	\$100	\$300

BENEFICIOS	BÁSICA	ENHANCED PLUS
Enfermedad catastrófica Por día mientras está internado en el hospital Día 1-30 Día 31+	\$100 \$200	\$300 \$600
Donante	\$1,000/donación	
Drogas y medicamentos Paciente hospitalizado por internación Paciente ambulatorio \$50 por receta hasta el máximo indicado por mes calendario	\$50 \$50	\$200 \$100
Médico responsable Mientras está internado en el hospital, por día	\$50	\$50
Transporte y alojamiento (Paciente y familia) Transporte \$1,500 máx por viaje de ida y vuelta; máx 12 viajes por año calendario Alojamiento por día hasta 90 días por año calendario	Precio del pasaje en autobús o \$0.50/milla en automóvil \$50	Precio del pasaje en autobús o \$0.50/milla en automóvil \$75
Ambulancia Terrestre Por viaje, hasta 2 por internación Aérea Por viaje, hasta 2 por internación	\$200 \$2,000	\$200 \$2,000
Terapia física o del habla por consulta, hasta 4 por mes calendario - máx de \$1,000 en la vida	\$50	\$50
Diagnóstico y prevención 1 por año calendario	\$25	\$75
Seguimiento de pruebas de detección de cáncer 1 por año calendario	\$25	\$75
Exención de prima Empleado solamente	Después de 90 días seguidos de discapacidad	
Diagnóstico de cáncer interno Uno por persona con cobertura por vida, los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años de edad	\$2,500	\$5,000
Diagnóstico de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular Uno por persona con cobertura por vida, los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años de edad	N/A	\$5,000
Unidad de cuidados intensivos en el hospital Por día hasta 30 días por internación; los beneficios se reducen en un 50% a los 70 años de edad Ambulancia		\$600 \$100

A menos que se indique lo contrario, los beneficios son para un monto de indemnización especificado listado en el programa que aparece arriba y están sujetos a máximos aplicables. Consulte las páginas siguientes para obtener descripciones más completas así como los límites de este plan.

PRIMAS MENSUALES	BÁSICA	ENHANCED PLUS
Individual	\$15.80	\$31.62
Familiar	\$26.86	\$53.80

La prima y los montos de los beneficios varían según el plan seleccionado.

Puntos destacados de los beneficios del plan

Solo pérdida por cáncer

A menos que se indique lo contrario, los beneficios son pagaderos solo por pérdida resultante de un diagnóstico o tratamiento definitivo contra el cáncer, incluyendo extensión directa, diseminación por metástasis o recurrencia. Se debe entregar un comprobante para apoyar cada reclamo. La póliza también cubre otras afecciones o enfermedades directamente causadas por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer. La póliza no cubre ninguna otra afección, enfermedad o discapacidad, incluso aunque después de contraer cáncer esta situación se haya agravado o visto afectada por el cáncer o el tratamiento contra el cáncer, a excepción de afecciones específicamente contempladas en el beneficio de enfermedad catastrófica; beneficio de unidad de cuidados intensivos en el hospital; o beneficio por ataque cardíaco o accidente cerebrovascular, si estuvieran incluidos.

El **cáncer** significa una enfermedad que se manifiesta por un crecimiento autónomo (maligno) en el cual existe un crecimiento, función o propagación (local o distante) sin control de células en alguna parte del cuerpo. Esto incluye cáncer in situ y melanoma maligno. No incluye otras afecciones que se podrían considerar precancerosas o que tienen potencial maligno tales como leucoplaquia; hiperplasia; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); policitemia; queratosis actínica; anemia aplásica; atipia; gamopatía monoclonal no maligna; o lesiones premalignas, tumores benignos o pólipos.

Tales diagnósticos de cáncer deben ser diagnosticados positivamente por un médico con licencia legal certificada por el American Board of Pathology (Consejo Estadounidense de Patología) o el American Board of Osteopathic Pathology (Consejo Estadounidense de Patología Osteopática). La interpretación patológica de la histología de las lesiones en la piel serán aceptadas por dermatólogos certificados por el American Board of Dermatopathology (Consejo Estadounidense de Dermatopatología). El diagnóstico debe ser según el examen microscópico de tejido fijo o preparaciones del sistema hematológico (ya sea durante la vida o postmortem). El patólogo que establece el diagnóstico deberá basar sus conclusiones exclusivamente en los criterios de malignidad según están aceptados por el American Board of Pathology o el Osteopathic Board of Pathology después de un estudio de la arquitectura o patrón histocitológico del tumor, tejido y/o muestra sospechada.

Beneficio de terapia de radiación, quimioterapia o inmunoterapia

Pagaremos los cargos reales hasta el beneficio listado en el programa por periodo de 12 meses. Si no se presenta una prueba de pérdida sobre cargos reales por tratamiento, pagaremos el monto diario indicado en su certificado para cada día en que se reciba tratamiento, hasta el máximo de cargos real por periodo de 12 meses. Una vez recibida la prueba de pérdida sobre cargos reales, pagaremos la diferencia hasta el máximo por periodo de 12 meses. Cargos reales son la cantidad pagada por la persona con cobertura, o en su nombre, y aceptada por el proveedor de los servicios prestados.

Este beneficio no cubre otros procedimientos relacionados tales como planificación de tratamiento, gestión o consulta sobre el tratamiento, diseño y construcción de dispositivos de tratamiento, cálculo de dosimetría de radiación, análisis de laboratorio, radiografías, tomografías, suministros médicos, y equipo usado en la administración (soluciones IV, agujas, vendajes, bombas, catéteres, etc.).

Beneficio de trabajo administrativo y laboratorio

Se paga si la persona con cobertura también está recibiendo beneficios por radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia durante el mismo mes calendario.

Beneficio de tratamiento de hormonas

Los fármacos y medicamentos cubiertos según el beneficio de fármacos y medicamentos o el beneficio de radioterapia/quimioterapia/inmunoterapia no están incluidos. Este beneficio no cubre procesos administrativos relacionados.

Beneficio de tratamiento experimental

Los beneficios por tratamiento experimental indicado por un médico para el tratamiento de cáncer serán suministrados al igual que el tratamiento no experimental. No se brinda cobertura para tratamientos recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Beneficio de sangre, plasma y plaquetas

Los procesos de laboratorio no están incluidos. Los factores estimuladores de colonias no están cubiertos. Solamente se brindan beneficios para sangre, plasma y plaquetas según este beneficio.

Beneficio de imágenes para diagnóstico médico

Pagadero para una persona con cobertura que ha sido diagnosticada con cáncer y se realiza una resonancia magnética; tomografía computarizada; tomografía axial computarizada; tomografía por emisión de positrones; o captación de yodo radiactivo (tiroideos) (RAIU, por sus siglas en inglés) a pedido de un médico.

Beneficio quirúrgico

Pagadero cuando se realiza una operación quirúrgica a una persona cubierta para

un diagnóstico cubierto de cáncer, cáncer de la piel o cirugía reconstructiva debido a un cáncer. Los beneficios se calculan hasta un beneficio máximo multiplicando el valor unitario quirúrgico asignado al procedimiento, tal como se muestra en la tabla de valores relativos más actual del médico, por el monto unitario en dólares mostrado en el programa del certificado. Dos o más procedimientos quirúrgicos realizados a través de la misma incisión se considerarán como una operación y los beneficios se limitarán al procedimiento más caro. Las cirugías de diagnóstico que tengan como resultado un diagnóstico negativo de cáncer no están cubiertas por este beneficio. Las cirugías de médula ósea, cirugías para implantar un dispositivo protésico permanente, las cirugías necesarias para la administración de radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia no están cubiertas por este beneficio.

Beneficio de anestesia

Los servicios de un anesesiólogo para cáncer de piel o implante de prótesis quirúrgica no están cubiertos.

Beneficio de segunda y tercera opinión quirúrgica

Pagadero una vez por diagnóstico de cáncer para una segunda opinión quirúrgica, y una tercera si la segunda está en desacuerdo con la primera. Las opciones quirúrgicas para cirugías reconstructivas, de cáncer de piel o de prótesis no están cubiertas.

Beneficio en hospital como paciente ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria

Los procedimientos quirúrgicos para el cáncer de piel no están cubiertos.

Beneficio de trasplante de médula ósea o células madre

La extracción de médula ósea o células madres de un donante no está cubierta según este beneficio.

Beneficio de prótesis y dispositivos ortopédicos y servicios relacionados

Pagadero por un dispositivo protésico u ortopédico y, si se requiere cirugía, su implante quirúrgico. Los insumos relacionados con la prótesis, tales como sostenes especiales o bolsas de ostomía e insumos no están cubiertos. Los beneficios para prótesis de cabello solo serán cubiertos bajo el beneficio de prótesis de cabello.

Los beneficios cubiertos según esta disposición se limitan al modelo más adecuado de prótesis o dispositivo ortopédico que cumpla adecuadamente con las necesidades médicas de la persona con cobertura según determine el médico a cargo del tratamiento o el podólogo de la persona con cobertura y el ortopedista, según corresponda. El beneficio de prótesis incluirá reparación y reemplazo de una prótesis o dispositivo ortopédico, a menos que la reparación o el reemplazo se requiera debido al uso incorrecto por parte de la persona con cobertura. "Dispositivo ortopédico" significa un dispositivo médico personalizado o fabricado a medida que se aplica a una parte del cuerpo humano para corregir una deformidad, mejorar la función o aliviar los síntomas de una enfermedad. "Prótesis" significa un dispositivo artificial diseñado para reemplazar, total o parcialmente, un brazo o una pierna.

Beneficio por internación hospitalaria

Paga cuando la persona con cobertura requiere una internación hospitalaria por al menos 18 horas seguidas. No pagaremos este beneficio por tratamiento ambulatorio o una estadía de menos de 18 horas en una unidad de observación o sala de emergencias. Un hospital no incluirá ninguna institución, ni parte de esta, utilizada por la persona con cobertura como lugar para rehabilitación; una unidad de cuidados paliativos, incluyendo toda cama designada como centro de cuidados paliativos o cama oscilante; un lugar para descansar o para personas mayores; un hogar de ancianos o para convalecientes; una unidad de enfermería a largo plazo o un pabellón geriátrico; ni un centro de atención extendida para la atención de pacientes convalecientes, ambulatorios o en rehabilitación.

Beneficio de hospital de caridad o del gobierno de EE.UU.

Pagadero cuando no está disponible una lista desglosada de servicios y la persona con cobertura está internada en un hospital de caridad o en un hospital que es propiedad del gobierno de EE. UU., u operado por este, como resultado del cáncer o una enfermedad catastrófica o cubierta por un grupo relacionado de diagnóstico donde no se hacen cargos por el tratamiento del cáncer o de la enfermedad catastrófica a la persona con cobertura. Este beneficio se pagará en lugar de la mayoría de los beneficios listados en el programa.

Beneficio de instalaciones de cuidados extendidos

Paga un beneficio diario por internación autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días después de una internación hospitalaria.

Beneficio de cuidado de salud en casa

Paga un beneficio diario por atención de enfermería privada autorizada por un médico que comienza dentro de los 14 días de una internación hospitalaria. Este beneficio no incluye asesoría sobre nutrición, servicios sociales médicos, insumos médicos, prótesis o aparatos ortopédicos, alquiler o compra de equipo médico duradero, medicamentos o fármacos, cuidado de los niños, servicios de comidas o de mantenimiento y limpieza del hogar, o terapia física o del habla.

Puntos destacados de los beneficios del plan(cont.)

Beneficio de cuidado en centro de cuidados paliativos

Paga un beneficio diario cuando un médico determina una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 6 meses o menos y aprueba cuidados paliativos en el hogar o en una instalación de cuidados paliativos. Este beneficio no incluye cuidado de bebé sano, servicios de voluntarios, alimentos, servicios de limpieza y mantenimiento del hogar, o apoyo familiar después de la muerte.

Beneficio de servicios de enfermería especial para paciente hospitalizado

Paga un beneficio diario cuando recibe atención de enfermería especial autorizada por un médico (distinta a la que brinda normalmente un hospital) de al menos 8 horas consecutivas durante un periodo de 24 horas.

Beneficio de enfermedad aterradora

Las enfermedades aterradoras cubiertas son: enfermedad de Addison; esclerosis lateral amiotrófica; fibrosis quística; difteria; encefalitis; epilepsia tónico-clónica generalizada (epilepsia de gran mal); enfermedad del legionario; meningitis; esclerosis múltiple; distrofia muscular; miastenia grave; enfermedad de Niemann-Pick; osteomielitis; poliomielitis; síndrome de reye; fiebre reumática; fiebre maculosa de las montañas Rocosas; anemia de células falciformes (drepanocitosis); lupus eritematoso sistémico; enfermedad de Tay-Sach; tétanos; necrólisis epidérmica tóxica; síndrome de shock tóxico; tuberculosis; tularemia; fiebre tifoidea; enfermedad de Whipple.

Beneficio de donante

Los gastos de donantes de sangre no están cubiertos.

Medicamentos y beneficio de medicinas

Paga un beneficio por medicamentos contra las náuseas y el dolor para el tratamiento contra el cáncer. No incluye procesos administrativos asociados, fármacos o medicamentos cubiertos bajo el beneficio de terapia de radiación, quimioterapia o inmunoterapia o el beneficio de terapia hormonal.

Beneficios de transporte y alojamiento

Paga un beneficio por transporte en autobús, avión o tren con horario, o en automóvil y alojamiento como paciente ambulatorio para recibir tratamiento de terapia de radiación, quimioterapia o inmunoterapia, trasplante de médula ósea o de células madre, o cirugía en un hospital no disponible localmente y al menos a 50 millas de la residencia de la persona con cobertura. Pagadero para la persona con cobertura y un familiar adulto. Si viaja en el mismo automóvil o se aloja en la misma habitación, el beneficio es pagadero solo para la persona con cobertura.

Beneficio de ambulancia

Si se requieren los servicios de ambulancia aérea y terrestre el mismo día, pagaremos solamente el monto más alto del beneficio. La persona con cobertura debe ser admitida como paciente hospitalizado e internado en el hospital durante al menos 18 horas seguidas.

Exención de prima

La prima queda exenta si usted está discapacitado debido al cáncer por más de 90 días consecutivos. Este beneficio no aplica si su cónyuge o hijo/a queda discapacitado. Requeriremos pruebas anualmente de que usted permanece discapacitado durante ese tiempo.

Beneficio de terapia física o del habla

La terapia debe ser realizada por un cuidador con licencia en terapia física o del habla.

Beneficio de diagnóstico y prevención

Paga por una prueba de detección de cáncer interno médica y generalmente reconocida. Este beneficio no es pagadero por ninguna prueba cubierta según el beneficio de imágenes para diagnóstico médico.

Beneficio de seguimiento de pruebas de detección de cáncer

Pagadero por una prueba de detección invasiva de seguimiento cuando una persona con cobertura recibe resultados anormales de una prueba de detección cubierta.

Este producto puede contener limitaciones, exclusiones y periodos de espera. Este producto no es adecuado para las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid. Esta es una descripción breve de la cobertura. Para conocer los beneficios completos y otras disposiciones, consulte su certificado. Las disposiciones y los beneficios de la póliza podrían variar si usted reside en un estado distinto al estado del domicilio de su empleador. Esta póliza se considera un plan de beneficios para el bienestar de los empleados y/o mantenido por una asociación o un empleador cuya intención es tener cobertura de ERISA, y será administrada y se hará cumplir de conformidad con ERISA. Las pólizas grupales emitidas para entidades gubernamentales pueden estar exentas de las directrices de ERISA.

Comercializado por:

Protegido y administrado por:



American Fidelity Assurance Company
americanfidelity.com

Para las pruebas que impliquen una incisión o cirugía, es pagadero solo para una prueba que resulte en un diagnóstico negativo de cáncer.

Beneficio por diagnóstico de cáncer interno

Pagadero si un médico diagnostica cáncer interno a la persona con cobertura después de que la cobertura esté activa para esa persona.

Beneficio por diagnóstico de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular

Pagadero si un médico diagnostica un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular a la persona con cobertura después de que la cobertura esté activa para esa persona. Este beneficio es pagadero solo por la primera ocurrencia de un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Limitaciones y exclusiones

Problema de salud preexistente significa una enfermedad específica para la cual la persona con cobertura: recibió un tratamiento; o recibió consejos de un médico durante el periodo de 12 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la persona con cobertura.

Limitación por un problema de salud preexistente

Ningún beneficio será pagadero por una pérdida causada por un problema de salud preexistente o que resulte de este problema que ocurra antes de que una persona con cobertura haya contado con cobertura continua según la póliza durante 12 meses consecutivos. Los problemas preexistentes nombrados o descritos específicamente tal como se excluyen en alguna parte de este contrato nunca están cubiertos. Los aumentos o cambios en la cobertura estarán sujetos a una limitación de problema de salud preexistente adicional.

Limitaciones de los beneficios de la unidad de cuidados intensivos en el hospital

No se pagarán beneficios durante los primeros dos años de cobertura para las internaciones hospitalarias causadas por un problema cardíaco cuando se haya diagnosticado o tratado antes de los 30 días después de la entrada en vigencia de la cobertura. (El problema cardíaco que causa la internación no necesariamente tiene que ser el mismo problema diagnosticado o tratado antes de la fecha de entrada en vigencia).

Exclusiones

No pagaremos beneficios que resulten o sean causados por:

- lesiones corporales autoinfligidas intencionales, suicidio o intento de suicidio, ya sean en estado de lucidez o demencia;
- alcoholismo o drogadicción;
- todo acto de guerra, declarada o no declarada, o todo acto relacionado con la guerra;
- servicio militar para cualquier país en guerra;
- participación en una actividad o evento mientras está intoxicado o bajo la influencia de algún narcótico, a menos que lo administre un médico o se tome de acuerdo con las instrucciones del médico; o
- participación o intento de participación en un delito grave, disturbio o insurrección (Un delito grave está definido por las leyes de la jurisdicción en la cual se realice la acción).

Tampoco son pagaderos los beneficios por servicios realizados por un médico que esté relacionado con la persona con cobertura.

Terminación del seguro

Su cobertura podrá continuar hasta por 1 año durante una licencia aprobada por escrito por su empleador. La cobertura continuará siempre y cuando la póliza grupal siga en vigencia, las primas estén pagas y usted siga siendo elegible para la cobertura según la póliza. Su cobertura terminará cuando usted ya no califique como asegurado, se jubile, no esté en trabajo activo, su empleo termine, o muera. La cobertura de sus dependientes terminará si termina su cobertura, no se pagan las primas, ya no cumplen con la definición de dependiente o la póliza se modifica para excluir dependientes. Su cobertura puede cancelarse en cualquier fecha de vencimiento de la prima con una notificación con 31 días de anticipación. Si el valor de las primas aumenta, se lo notificaremos con 60 días de anticipación.

Resumen del plan de seguro de accidentes de MetLife

Eagle Mountain Saginaw ISD

Período de inscripción: Septiembre 1, 2022 a Agosto 31, 2023

BENEFICIOS DEL SEGURO DE ACCIDENTES

Con MetLife, tendrá la opción de elegir entre dos planes integrales que brindan pagos como complemento de otros pagos de seguros que usted reciba. Estos son algunos de los eventos y servicios cubiertos.

Tipo de beneficio ¹	Plan básico El Seguro de accidentes de MetLife le paga a USTED	Plan de mayor cobertura El Seguro de accidentes de MetLife le paga a USTED
Lesiones		
Fracturas ²	\$100 – \$6,000	\$150 – \$9,000
Dislocaciones ²	\$100 – \$6,000	\$150 – \$9,000
Quemaduras de segundo y tercer grado	\$100– \$10,000	\$150 – \$15,000
Conmociones cerebrales	\$400	\$600
Cortes/Laceraciones	\$50 – \$400	\$75 – \$600
Lesiones oculares	\$300	\$400
Servicios y tratamientos médicos		
Servicio de ambulancia	\$300 – \$1,000	\$400 – \$1,500
Atención de emergencia	\$50 – \$100	\$100 – \$150
Atención de casos que no sean de emergencia	\$50	\$50
Seguimiento médico	\$75	\$100
Servicios de terapia (incluye fisioterapia)	\$25	\$35
Beneficios de exámenes médicos	\$200	\$300
Aparatos médicos	\$100– \$1,000	\$200 – \$1,500
Cirugía de pacientes hospitalizados	\$200 – \$2,000	\$300 – \$3,000
Cobertura hospitalaria³ (accidente)		
Admisión	\$1,000 (sin UCI) – \$2,000 (en UCI) por accidente	\$2,000 (sin UCI) – \$4,000 (en UCI) por accidente
Reclusión	\$200 por día (sin UCI) – hasta 365 días	\$400 por día (sin UCI) – hasta 365 días
	\$400 por día (en UCI) – hasta 365 días	\$800 por día (en UCI) – hasta 365 días
Pacientes hospitalizados en rehabilitación (pagado por accidente)	\$200 por día – hasta 15 días	\$300 por día – hasta 15 días
Tipo de beneficio¹	Plan básico El Seguro de accidentes de MetLife le paga a USTED	Plan de mayor cobertura El Seguro de accidentes de MetLife le paga a USTED
Muerte accidental		
El empleado recibe el 100% del monto que se muestra, el cónyuge recibe el 50% y los hijos reciben el 20% del monto que se muestra.	\$50,000 \$150,000 por transporte público ⁵	\$50,000 \$150,000 por transporte público ⁵



ADF# AI664.14

Metropolitan Life Insurance Company | 200 Park Avenue | New York, NY 10166

L0419514414[exp1223][All States] © 2022 MetLife Services and Solutions, LLC

Desmembramiento, pérdida y parálisis		
Desmembramiento, pérdida y parálisis	\$500 – \$50,000 por lesión	\$500 – \$50,000 por lesión
Otros beneficios		
Alojamiento ⁶ : paga por el alojamiento de un acompañante durante un máximo de 31 noches por año calendario.	\$200 por noche, hasta 31 noches	\$300 por noche, hasta 31 noches
Beneficio por exámenes de detección precoz ⁷ : beneficio brindado si el asegurado cubierto se realiza uno de los exámenes preventivos/detección precoz cubiertos	\$100 A pagar 1 por año calendario	\$100 A pagar 1 por año calendario

EJEMPLO DE PAGO DE BENEFICIOS

Molly, la hija de Kathy, juega fútbol en el equipo de la escuela secundaria. En un partido reciente, chocó con una jugadora rival, quedó inconsciente y la ambulancia la llevó a la sala de emergencias local para recibir tratamiento. El médico de urgencias le diagnosticó una conmoción cerebral y un diente roto. Ordenó que le realizaran una tomografía computarizada para comprobar si tenía, además, fracturas faciales, ya que la cara de Molly estaba muy hinchada. Molly fue remitida a su médico de cabecera para que le realizara el seguimiento, y su dentista le arregló el diente roto con una corona. Según cuál sea el seguro de salud, los costos de bolsillo de Kathy podrían ser de cientos de dólares para cubrir gastos como los copagos y deducibles del seguro. Los pagos del seguro de accidentes colectivo de MetLife pueden usarse para ayudar a cubrir estos gastos inesperados.

Evento cubierto¹	Monto del beneficio⁸
Ambulancia (terrestre)	\$300
Atención de emergencia	\$100
Seguimiento médico (\$75 x 2)	\$150
Examen médico	\$200
Conmoción cerebral	\$400
Diente roto (reparado con corona)	\$200
Beneficios que paga el Seguro de accidentes colectivo de MetLife	\$1,350

¹ Los servicios y tratamientos cubiertos solo se brindan en caso de accidentes cubiertos, según se define en el certificado o la póliza colectiva. Vea su Declaración de divulgación o la Descripción de la cobertura/el Documento de divulgación para conocer los detalles completos.

² Las fracturas por avulsión se pagan al 25% del beneficio de fractura, y las dislocaciones parciales se pagan al 25% del beneficio de dislocación.

³ El término "hospital" no incluye ciertos establecimientos, como hogares de ancianos, centros de convalecencia o de cuidados prolongados. Vea la Declaración de divulgación de MetLife o la Descripción de la cobertura/el Documento de divulgación para conocer los detalles completos.

⁴ El beneficio de enfermedad hospitalaria puede no estar disponible en los siguientes estados: NH, VT and WA. Vea su Declaración de divulgación o la Descripción de la cobertura/el Documento de divulgación para conocer los detalles completos.

⁵ Transporte público se refiere a aviones, trenes, autobuses, tranvías, metro y barcos. Se aplican determinadas condiciones. Vea su Declaración de divulgación o la Descripción de la cobertura/el Documento de divulgación para conocer los detalles específicos. Para obtener más detalles sobre los beneficios del plan, las tarifas mensuales y otros términos y condiciones, asegúrese de revisar otra información que se encuentre en este folleto.

⁶ El beneficio de alojamiento no se ofrece en todos los estados. Ofrece un beneficio para el acompañante de un asegurado cubierto mientras este último se encuentra hospitalizado, siempre y cuando el alojamiento esté a 50 millas por lo menos del lugar de residencia principal del asegurado.

⁷ El beneficio por exámenes de detección precoz no se ofrece en todos los estados. Para las pólizas emitidas en Texas y residentes de Texas cubiertos por pólizas de otros estados, cuando el Beneficio por exámenes de detección precoz está incluido en un plan de Solo Accidentes, los exámenes cubiertos incluyen: examen físico, análisis bioquímico de sangre, recuento globular completo (CBC), radiografías de tórax, electrocardiograma (EKG) y electroencefalograma (EEG).]

⁸ El monto del beneficio se basa en un ejemplo de diseño de plan de MetLife. El diseño del plan real y los beneficios del plan pueden variar.

⁹ Se garantiza la cobertura siempre y cuando (1) el empleado esté trabajando activamente y (2) los dependientes que obtendrán cobertura no estén sujetos a restricciones médicas, como se establece en el formulario de inscripción y en el Certificado. Algunos estados exigen que el asegurado tenga cobertura médica. Se aplican restricciones adicionales para los dependientes que sirven en las fuerzas armadas o que viven en el extranjero.

¹⁰ La elegibilidad para la portabilidad mediante la Continuación del seguro con la provisión de Pagos de primas puede estar sujeta a ciertos requisitos de elegibilidad y ciertas limitaciones. Para obtener más información, comuníquese con su representante de MetLife.

EL SEGURO DE ACCIDENTES DE METLIFE ES UNA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE BENEFICIOS LIMITADOS. La póliza no pretende reemplazar una cobertura médica y es posible que ciertos estados requieran que el asegurado cuente con cobertura médica para poder inscribirse y obtener la cobertura. La póliza o sus disposiciones pueden variar o no estar disponibles en algunos estados. Existe una limitación por afecciones preexistentes para los beneficios hospitalarios por enfermedad, si corresponde. El Seguro de Accidentes de MetLife puede estar sujeto a reducciones de beneficios que comienzan a los 65 años de edad. Además, al igual que la mayoría de las pólizas de accidentes y de seguro de salud colectivas, las pólizas que ofrece MetLife pueden incluir ciertas exclusiones, limitaciones y términos para mantenerlas en vigor. Para conocer los detalles completos de la cobertura y la disponibilidad, consulte el formulario de póliza colectiva GPNP12-AX o comuníquese con MetLife. Los beneficios están suscritos por Metropolitan Life Insurance Company, New York, New York.

Tarifas del seguro

MetLife ofrece tarifas grupales y deducción salarial para que no tenga que preocuparse por extender un cheque ni por fallar en un pago. A continuación se especifican sus tarifas como empleado.

Seguro de accidentes	Costo mensual que paga usted	
Opciones de cobertura	Plan básico	Plan de mayor cobertura
Empleado	\$13.07	\$17.23
Empleado y cónyuge	\$26.24	\$35.53
Empleado e hijo(s)	\$26.67	\$36.27
Empleado y cónyuge/hijo(s)	\$33.46	\$45.40



HOJA DE TARIFAS

Las tarifas que se muestran se basan en deducciones mensual. Sus deducciones de nómina se tomarán después de impuestos.



Plan de Indemnización hospitalaria

Usted puede inscribirse en una sola opción

<u>Bajo</u>		<u>Costo</u>	<u>Alto</u>		<u>Costo</u>
Sólo para usted		\$11.42	Sólo para usted		\$17.62
Usted mismo y su cónyuge		\$23.41	Usted mismo y su cónyuge		\$35.25
Usted mismo más niño(s)		\$20.30	Usted mismo más niño(s)		\$31.40
Usted y su familia		\$33.74	Usted y su familia		\$51.65

ESTOS PLANES NO CUENTAN COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO AL SEGURO MÉDICO Y NO UN SUSTITUTO PARA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

Los planes están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Los planes de seguro contienen exclusiones y limitaciones. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y los beneficios pueden variar según la ubicación. Los planes de salud suplementarios proporcionan beneficios limitados. Los pagos de beneficios no pretenden cubrir el costo total de la atención médica. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Este material es solo para fines informativos y no es una oferta o invitación a contratar. Se cree que la información es precisa a partir de la fecha de producción; sin embargo, está sujeta a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte www.aetna.com.

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras: si la cobertura provista por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE. UU., la cobertura se considerará inmediatamente inválida. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar por atención médica u otros reclamos o servicios si infringe un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o en un país en virtud de sanción por parte de los Estados Unidos, salvo que esté permitido bajo una licencia válida y por escrito de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Assets Control u OFAC). Para obtener más información acerca de la OFAC, visite el sitio de Internet en <http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Los números de los formularios de póliza emitidos en Oklahoma e Idaho incluyen: AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.





Menos estrés

Plan de indemnización hospitalaria de Aetna

Esté preparado para lo que vendrá

Quizá usted anticipa que pasará una internación... o quizá no. De cualquier manera, puede prepararse para contar con una protección financiera adicional.

¿Qué es el plan de indemnización hospitalaria?

Con este plan, se pagan beneficios cuando hay una internación planeada o imprevista debido a una enfermedad, lesión, cirugía o parto. Se paga un beneficio en una suma única por el ingreso y un beneficio diario por la internación cubierta en el hospital. Puede usar los beneficios para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o sus gastos personales.

¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Con los planes médicos, se ayuda a pagarles a los proveedores los servicios y tratamientos. Sin embargo, no se cubren los costos inesperados que podría haber en caso de una internación en el hospital.

Con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna, se le pagan beneficios directamente a **usted**, brindándole dinero adicional cuando más lo necesita. Puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

Aetna.com

57.03.509.2 (02/21)

¿Cómo puede usar los beneficios de dinero en efectivo?

Es su decisión. Usted puede usar el dinero de la forma que quiera, por ejemplo, para lo siguiente:

- deducibles o copagos;
- hipoteca o alquiler;
- alimentos o facturas de servicios.

O puede usarlo para cualquier otra cosa que usted elija.

Fácil de usar

Con las herramientas en línea, gestionar su plan es fácil. Presente un reclamo en 90 segundos, o menos, si lo ingresan en un hospital y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.



Es algo que sucede...

En 2016, **más de 35 millones** de estadounidenses fueron hospitalizados¹. La internación promedio en los Estados Unidos cuesta **\$10,700**².



Preparado... o no

Carter* trabaja mucho, por lo que no siempre baja el ritmo para prestar atención a las señales del cuerpo. Sin darse cuenta, un poco de tos se convirtió en neumonía, y terminó internado.

Afortunadamente, contaba con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna. Presentó su reclamo, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Ese dinero lo ayudó a compensar el tiempo que no trabajó durante su recuperación y a pagar parte de su deducible. Ahora puede enfocarse más en su salud.

A Simplified Claims Experience™

Regístrese en la aplicación **My Aetna Supplemental** o en el portal para miembros, **Myaetnasupplemental.com**. Podrá ver los documentos del plan, enviar reclamos y hacerles un seguimiento, y registrarse para el servicio de depósito directo.

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en "Report New Claim" (Registrar nuevo reclamo), responda algunas preguntas breves y suba el archivo o una fotografía de su factura médica. También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans.



¹ Asociación Americana de Hospitales. "Fast facts on U.S. hospitals, 2018". Febrero de 2018. Disponible en aha.org/research/rc/stat-studies/fastfacts.shtml. Consultado el 25 de abril de 2018.

² Michaels, M. "The 35 most expensive reasons you might have to visit a hospital in the US — and how much it costs if you do". Business Insider. 1.º de marzo de 2018. Disponible en businessinsider.com/most-expensive-health-conditions-hospitalcosts-2018-2. Consultado el 25 de abril de 2018.

* Este es un ejemplo ficticio de cómo podría funcionar el plan.

ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por internación en el hospital. Se ofrecen beneficios limitados a través de este plan. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. Mediante el pago de estos beneficios no se pretende cubrir el costo total del cuidado médico. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que usted tenga. Este material solo tiene fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos. La cobertura está sujeta a las leyes y reglamentaciones vigentes, incluidas las sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características, las tarifas, los requisitos que se deben cumplir y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, visite **Aetna.com**.

Las formas de póliza emitidas en Misuri y Oklahoma incluyen las siguientes: GR-96172 01, AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.

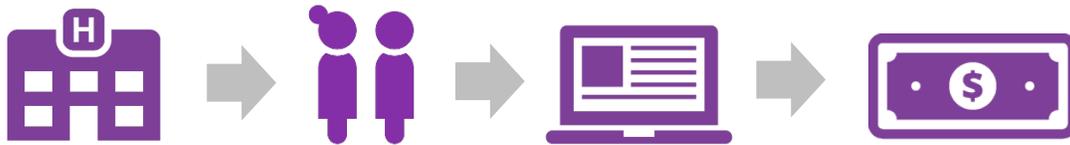
Resumen de Beneficios

Eagle Mountain-Saginaw Independent School District
802765

Indemnización hospitalaria de Aetna

Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company.

Aquí hay un ejemplo de cómo el plan puede ayudarlo:



Tiene un evento inesperado y debe ir al hospital.

Es internado en el hospital y pasa dos días allí.

Usted presenta su reclamo de hospital a Aetna.

Aetna paga los beneficios directamente a usted. .

A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y limitaciones son por cada persona cubierta.

El Plan de Indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por confinamiento en el hospital con otros beneficios de indemnización fijos. ESTES PLANES NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO DEL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYEN LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. Estos planes proporcionan beneficios limitados; estos beneficios pagan los servicios cubiertos con sumas fijas en dólares independientemente de los cargos reales emitidos por el proveedor médico. Estos pagos por beneficios no pretenden cubrir la totalidad del costo de la atención médica. Usted es responsable de asegurarse de que las facturas del proveedor se salden. Estos beneficios se pagan en adición a cualquier otra cobertura médica que usted tenga.

ESTO NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si es o será elegible para recibir Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare gratuita disponible en www.medicare.gov. **Este es un resumen de sus beneficios. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura.**

Esta póliza, en sí, no cumple con las normas de Cobertura mínima comprobable de Massachusetts.

Beneficios de paciente hospitalizado	Bajo	Alto
<p>Admisión hospitalaria: admisión Paga el beneficio de una suma global por el día inicial de su admisión en un centro médico designado por el empleador. Máximo de 1 admisión hospitalaria por año del plan</p>	\$1,000	\$2,000
<p>Estadía hospitalaria: diario Paga un beneficio diario a partir del día uno de su estadía en una habitación que no sea de la UCI de un hospital. Máximo de 30 días por año del plan</p>	\$200	\$200
<p>Estadía hospitalaria: diario (UCI) Paga un beneficio diario a partir del día uno de su estadía en una habitación de la UCI de un hospital. Máximo de 30 días por año del plan</p>	\$200	\$200

Nota importante:

Todas las estadías para pacientes hospitalizados cuentan para el máximo del año del plan.

Portabilidad

Si deja de trabajar, y como resultado termina su cobertura bajo la póliza, usted puede optar por continuar con su cobertura permitiendo la disposición de portabilidad en su cobertura. Dicha cobertura estará disponible para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos.

Renuncia de la prima

Si su estadía en un hospital dura más de 30 días consecutivos, vamos a renunciar a la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que se produce después del día 30 de su estadía, durante los próximos 6 meses de cobertura. Durante esta estadía, usted debe permanecer empleado con el asegurado.

Exclusiones y limitaciones

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza actual y el folleto certificado para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos y en qué medida. La siguiente, es una lista parcial de servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. **No obstante, el plan puede contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan adquirido. No se pagarán beneficios por ningún servicio por una enfermedad o lesión accidental relacionada con lo siguiente:**

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas, incluyendo, pero sin limitación: montar en globo, salto bungee, paracaidismo, salto libre
2. Cualquier concurso atlético competitivo semi-profesional o profesional, incluyendo oficial o entrenar, para el cual usted recibe pago
3. Acto de guerra, motín, guerra
4. Dirigiendo, aprendiendo a operar o servir como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, motorizada o no
5. Asalto, delito, ocupación ilegal u otro acto criminal;
6. Cuidado prestado por un cónyuge, padre o madre, hijo, hermano o cualquier otro integrante del hogar;
7. Servicios estéticos y cirugía plástica con ciertas excepciones;
8. Cuidado de custodia
9. Servicios paliativos, salvo lo dispuesto específicamente en los beneficios bajo la sección de su plan del certificado
10. Daño propio, suicidio, excepto cuando resulte de un trastorno diagnosticado;
11. La violación de cualquier ley de uso del dispositivo celular del estado en el que ocurrió el accidente, mientras se conduce un vehículo de motor
12. Cuidado o servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o de sus territorios;
13. Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación;
14. Servicios de educación, formación o volver a entrenar o pruebas
15. Tratamiento para el abuso de sustancias en un hospital o centro de tratamiento de abuso de sustancias;
16. Lesión accidental sufrida mientras está intoxicado o bajo la influencia de cualquier intoxicante de drogas;
17. Exámenes excepto como se proporcionan específicamente en los Beneficios bajo la sección de su plan del certificado
18. Cuidado y tratamiento dental y de ortodoncia
19. Servicios de planificación familiar
20. Cualquier cuidado, medicamentos bajo receta y medicamentos relacionados con la infertilidad
21. Suplementos nutricionales, incluyendo sin limitaciones: alimentos, fórmulas infantiles, vitaminas
22. Rehabilitación cognitiva ambulatoria, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla por cualquier motivo
23. Cuidado relacionado con la visión

Preguntas frecuentes sobre los planes de indemnización hospitalaria

¿Tengo que estar activamente en el trabajo para inscribirme en la cobertura?

Sí, debe estar activamente en el trabajo a fin de inscribirse y para que la cobertura esté en vigor. Usted está activamente en el trabajo si está trabajando, o está disponible para trabajar, y cumple con los criterios establecidos por su empleador para ser elegible para inscribirse.

¿Puedo inscribirme en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna aunque tenga una Cuenta de ahorros médica (en inglés. HSA)?

Sí, aún puede inscribirse en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna si tiene una Cuenta de ahorros médicos.

¿Qué se considera una estadía de hospital?

Una estadía es un período durante el cual usted es admitido como paciente hospitalizado; y está confinado en un hospital, un centro médico residencial no hospitalario; y se cobra por habitación, comida y servicios generales de enfermería. Una estadía no incluye el tiempo en el hospital debido a necesidades de custodia o personales que no requieren habilidades médicas o capacitación. Una estadía excluye específicamente el tiempo en el hospital para observación o en la sala de emergencias a menos que esto conduzca a una estadía en el hospital.

Si pierdo mi empleo, ¿me puedo llevar el Plan de Indemnización hospitalaria conmigo?

Si usted pierde su empleo, puede continuar la cobertura bajo la disposición de Portabilidad. Usted tendrá que pagar las primas directamente a Aetna.

¿Cómo presento un reclamo?

Ingrese a myaetnasupplemental.com y seleccione "Iniciar sesión" o "Registrarse", dependiendo de si ha configurado su cuenta. Haga clic en el botón "Crear un nuevo reclamo" y responda a unas preguntas rápidas. Incluso puede guardar su reclamo para finalizar más tarde. También puede imprimir o enviar por correo los formularios a: Aetna Voluntary Plans, PO Box 14079, Lexington, KY 40512-4079, o puede solicitarnos que le enviemos un formulario impreso.

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea directa de emergencia local, o vaya directamente a un centro médico de atención de emergencia.

¿Qué ocurre si no entiendo algo que he leído aquí, o tengo más preguntas?

Llámenos. Queremos que entienda estos beneficios antes de decidir a inscribirse. Puede comunicarse con uno de nuestros representantes de Servicios al cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., llamando al número sin cargo **1-800-607-3366**. Estamos aquí para responder preguntas antes y después de inscribirse.

Información importante acerca de sus beneficios

PARA QUE LOS BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA SEAN PAGADEROS, EL DÍA INICIAL DE SU ESTADÍA Y OTROS SERVICIOS DEBEN SER POSTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

Quejas y apelaciones

Díganos si usted no está satisfecho con la respuesta que recibió de nosotros o con la forma en que hacemos negocios. Llame a Servicios al Miembro para presentar una queja verbal o para pedir la dirección de correo postal para enviar una queja por escrito. También puede enviar un correo electrónico a Servicios al Miembro a través del sitio de Internet seguro del miembro. Si usted no está satisfecho después de hablar con un representante de Servicios al Miembro, puede pedirnos que enviemos su problema al departamento correspondiente.

Si usted no está de acuerdo con una denegación de reclamo, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la carta o la declaración de explicación de beneficios que explica que su reclamo fue denegado. La carta también le dice lo que necesitamos de usted y qué tan pronto le responderemos.

Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal frente al uso ilegal. Por "información personal", nos referimos a la información que le puede identificar como una persona, así como su información financiera y de la salud. La información personal no incluye lo que está disponible para el público. Por ejemplo, toda persona puede acceder a la información acerca de lo que cubre el plan. También no incluye informes que no le identifican a usted.

Cuando sea necesario para su atención o tratamiento, la administración de nuestros planes de salud u otras actividades relacionadas, usamos la información personal dentro de nuestra empresa, la compartimos con nuestras afiliadas y podemos divulgarla a: sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores, otras aseguradoras, proveedores de suministros, departamentos gubernamentales y administradores de terceros (TPA, por sus siglas en inglés).

Obtenemos información de muchas fuentes diferentes, en particular de usted, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, si corresponde, otras aseguradoras, organizaciones de mantenimiento de la salud o TPA, y los proveedores de atención médica.

Dichas partes están obligados a mantener su información privada como lo requiere la ley. Algunas de las formas en las cuales podemos utilizar su información son: pagar los reclamos, tomar decisiones acerca de lo que el plan cubre, coordinación de los pagos con otras aseguradoras, evaluación de calidad, actividades para mejorar nuestros planes y auditorías.

Consideramos estas actividades clave para la administración de nuestros planes. Cuando lo permite la ley, utilizamos y divulgamos su información personal de las maneras descritas anteriormente sin su permiso. Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las maneras en que usamos y divulgamos su información. También explica cuando necesitamos su permiso para usar o divulgar su información.

Estamos obligados a darle acceso a su información. Si piensa que hay algo mal o falta de su información personal, usted puede pedir que se cambie. Debemos completar su solicitud dentro de un plazo razonable. Si no estamos de acuerdo con el cambio, puede presentar una apelación. Si desea una copia de nuestro aviso de privacidad, llame al **1-800-607-3366** o visítenos en **www.aetna.com**.

Seguro de Discapacidad



American Fidelity | www.americanfidelity.com | 1.800.654.8489

¿Se ha preguntado alguna vez qué pasaría con sus ingresos si tuviera una lesión por accidente, sufriera una enfermedad o embarazo? Por estas razones necesita una cobertura por discapacidad. Para reemplazar una parte de sus ingresos durante el tiempo que no puede trabajar por estos motivos. Puede elegir la cantidad del beneficio, que es la cantidad de sus ingresos a reemplazar, y el período de espera después del cual empieza a recibir los pagos.

¿Cómo decide si necesita un seguro de discapacidad? Considere estas preguntas al tomar su decisión:

- ¿Cuánto permiso de ausencia le da su empleador?
- ¿Tiene ahorros?
- ¿Tiene otros ingresos a los que recurrir, por ejemplo: los de su cónyuge o la pensión de mantenimiento?
- ¿Cuánto le falta para jubilarse?
- ¿Puede hacer uso del Seguro de Discapacidad del Seguro Social o de la Jubilación por Discapacidad?
- ¿Cuáles son sus otras fuentes de ingreso?

Seguro GAP



TransAmerica | www.transamerica.com | 1.800.797.9176

Tal vez crea que el seguro médico principal es suficiente para cubrir sus necesidades médicas pero la realidad es que muchos planes cubren solo una parte de sus gastos generales. Es importante protegerse en caso de una internación o hospitalización repentina.

El plan de Seguro Hospital Gap le paga los beneficios directamente a usted y está diseñado para ayudarlo a cubrir el hueco entre lo que cubre su plan médico tradicional y los gastos de bolsillo que deberá pagar. El plan puede incluir beneficios que sirvan para pagar estancias hospitalarias y cirugías, tratamientos en consultorio y estudios diagnósticos.

Con el Seguro Hospital Gap puede tener la tranquilidad de saber que los gastos médicos inesperados no serán una carga financiera para usted y sus familiares.

Programa de Asistencia al Empleado



Support Linc | www.supportlinc.com | 1.800.475.3327

La vida nos manda en diferentes direcciones. Entre los niños, las relaciones personales, las actividades extracurriculares y la vida en familia, parece que no tenemos tiempo suficiente para que quepa todo lo que hay que hacer en un día. Cuando la vida lo estrese, llame a la línea de asistencia al empleado que le brinda su empleador. A través de ella, puede acceder a profesionales que lo ayudarán a hacer frente a sus problemas emocionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

El programa de asistencia al empleado, o EAP, es un programa voluntario y gratuito ofrecido por el empleador. Con una llamada telefónica, tendrá acceso a asistencia psicológica de corto plazo y evaluaciones confidenciales cuando tenga problemas personales o relacionados con el trabajo.

Los programas de asistencia al empleado se dirigen a una amplia gama de problemas, incluidos el bienestar mental y emocional, el abuso de sustancias y la aflicción. Los *consejeros* cuentan con los más altos estándares de ética profesional y están formados para mantener la confidencialidad de su situación. Trabajan con usted para encontrar la mejor manera de dirigirse sus necesidades y orientarlo en una dirección positiva.

Es como tener un médico de guardia cada vez que necesita asesoramiento profesional. Para acceder no hay más que llamar o hacer clic.

Seguro de Indemnización Hospitalaria



Aetna | www.myaetnasupplemental.com | 1.855.800.3862

Las estadías hospitalarias son costosas. Si usted o un miembro de su familia tiene que internarse en un hospital por un accidente o enfermedad repentina, es posible que se le presenten complicaciones financieras aunque tenga un buen plan médico. Con un plan de indemnización hospitalaria puede estar seguro de que esos gastos extras no van a significar una carga financiera.

A diferencia de los planes médicos, con un plan de indemnización hospitalaria no hay que hacer frente a deducibles. En cuanto tenga lugar un evento calificado, podrá presentar un reclamo y empezar a recibir los beneficios.

El plan paga un beneficio consistente en una suma global determinada con anterioridad. El dinero puede usarse para gastos médicos, deducibles del seguro, alimentos, transporte, guardería. ¡Usted elige!



¿SABÍA QUÉ?

25 MILLONES DE **PERSONAS**

son enviadas a urgencias por ambulancia terrestre o aérea cada año.

Es posible que las compañías de seguros **no** cubran todos los gastos de las ambulancias aéreas y terrestres, lo que puede dar lugar a gastos de bolsillo dentro de la red**.

Los gastos de transporte en ambulancia terrestre **fuera de la red pueden ser incluso más elevados que los de la red.**



BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA EMERGENT PLUS

Una membresía de MASA MTS proporciona la máxima tranquilidad a un precio accesible para los gastos de asistencia de transporte terrestre y aéreo de emergencia dentro de los Estados Unidos continentales, Alaska, Hawái, y mientras se viaja en Canadá, independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de su red de beneficios de atención médica colectiva. Después de que su plan de salud colectivo pague su parte, MASA trabaja con los proveedores para asegurarse de que nuestros miembros no tengan que pagar de su bolsillo por la asistencia de transporte de emergencia en ambulancia y otros servicios relacionados.

Cobertura de Ambulancia Aérea de Emergencia¹

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo relacionados con el transporte aéreo de emergencia a un centro médico en caso de emergencias médicas graves que se consideren médicamente necesarias para usted o para un familiar dependiente.

Cobertura de Ambulancia Terrestre de Emergencia¹

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo relacionados con el transporte terrestre de emergencia a un centro médico en caso de emergencias médicas graves que se consideren médicamente necesarias para usted o para un familiar dependiente.

Cobertura de Ambulancia de Hospital a Hospital¹

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo que usted o un familiar dependiente puedan incurrir por traslados hospitalarios, debido a una emergencia grave, al centro médico más cercano y apropiado cuando el centro médico actual no pueda proporcionar el nivel requerido de atención especializada por medio de una ambulancia aérea que incluya un helicóptero médicamente equipado o un avión de ala fija.

Cobertura de Repatriación a un Hospital Cerca de Casa¹

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo para la coordinación del transporte no urgente de un Miembro por una ambulancia aérea o terrestre médicamente equipada en caso de hospitalización a más de cien (100) millas del domicilio del Miembro si el médico tratante y el Director Médico de MASA MTS dicen que es médicamente apropiado y posible trasladar al Miembro a un hospital más cercano a su domicilio para que continúe su cuidado y recuperación.

Contacte a su representante para más información:



Medical Air Services Association, Inc. hace negocios como MASA MTS con su sede principal en 1250 S. Pine Island Road, Suite 500, Plantation, FL 33324. La información proporcionada en esta hoja informativa sobre el producto tiene únicamente fines informativos. Los beneficios enumerados y las descripciones de los mismos no representan la totalidad de los términos y condiciones aplicables para su uso y pueden ofrecerse sólo en algunas membresías. Las primas y los beneficios varían en función de los beneficios seleccionados. Por favor, consulte el acuerdo de servicio de miembros aplicable para obtener una lista completa de beneficios, primas y todos los términos, condiciones y restricciones. MASA MTS utiliza a terceros proveedores de servicios de transporte para todos los servicios de transporte. MASA Global, MASA MTS y MASA TRS son marcas de servicio registradas de MASA Holdings, Inc. una sociedad de Delaware.

~Si el asegurado tiene un plan médico de deducible alto que es compatible con una cuenta de ahorros médicos, los beneficios pueden estar disponibles bajo la póliza MASA MTS para gastos incurridos por atención médica (según se define en el Código de Rentas Internas ("IRC" SoU VuV VLJODV en LnJOpV) sección 213(d)) una vez que el asegurado cumpla con el deducible mínimo legal aplicable según la sección 223(c) del IRC para cobertura de plan médico con deducible alto que sea compatible con una cuenta de ahorros médicos.

TERRITORIOS DE COBERTURA:

1. Sólo en Estados Unidos y Canadá: los beneficios de Cobertura de Ambulancia Aérea de Emergencia, Cobertura de Ambulancia Terrestre de Emergencia y Cobertura de Ambulancia de Hospital a Hospital sólo se proporcionarán en Estados Unidos y Canadá.

FUENTES:

*CDC, 2022

*** Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible; Aviso del HHS sobre los Parámetros de Beneficios y Pagos para 2022 y Normas del Gestor de Beneficios de Farmacia. 5 de mayo de 2021.



1250 S. Pine Island Rd., Suite 500,
Plantation, FL 33324

800-643-9023 | www.masamts.com



¿SABÍA QUÉ?

25 MILLONES DE PERSONAS

son enviadas a urgencias por ambulancia terrestre o aérea cada año.*

Es posible que las compañías de seguros **no** cubran todos los gastos de las ambulancias aéreas y terrestres, lo que puede dar lugar a gastos de bolsillo dentro de la red**.

Los gastos de transporte en ambulancia terrestre **fuera de la red pueden ser incluso más elevados que los de la red.**



BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA PLATINUM

Una membresía de MASA MTS proporciona la máxima tranquilidad a un precio accesible para los gastos de asistencia de transporte terrestre y aéreo de emergencia dentro de los Estados Unidos continentales, Alaska, Hawái, y mientras se viaja en Canadá, independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de su red de beneficios de atención médica colectiva. Después de que su plan de salud colectivo pague su parte, MASA trabaja con los proveedores para asegurarse de que nuestros miembros no tengan que pagar de su bolsillo por la asistencia de transporte de emergencia en ambulancia y otros servicios relacionados.

Cobertura de Ambulancia Aérea de Emergencia³

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo relacionados con el transporte aéreo de emergencia a un centro médico en caso de emergencias médicas graves que se consideren médicamente necesarias para usted o para un familiar dependiente.

Cobertura de Ambulancia Terrestre de Emergencia³

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo relacionados con el transporte terrestre de emergencia a un centro médico en caso de emergencias médicas graves que se consideren médicamente necesarias para usted o para un familiar dependiente.

Cobertura de Ambulancia de Hospital a Hospital³

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo que usted o un familiar dependiente puedan incurrir por traslados hospitalarios, debido a una emergencia grave, al centro médico más cercano y apropiado cuando el centro médico actual no pueda proporcionar el nivel requerido de atención especializada por medio de una ambulancia aérea que incluya un helicóptero médicamente equipado o un avión de ala fija.

Cobertura de Repatriación a un Hospital Cerca de Casa¹

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo para la coordinación del transporte no urgente de un Miembro por una ambulancia aérea o terrestre médicamente equipada en caso de hospitalización a más de cien (100) millas del domicilio del Miembro si el médico tratante y el Director Médico de MASA MTS dicen que es médicamente apropiado y posible trasladar al Miembro a un hospital más cercano a su domicilio para que continúe su cuidado y recuperación.

Cobertura de Transporte de Regreso del Paciente¹

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo asociados con la coordinación del transporte de un Miembro cuando está hospitalizado a más de cien (100) millas de su casa, después de ser dado de alta del centro médico, por una aerolínea comercial regularmente programada hasta el aeropuerto comercial más cercano al hogar del Miembro.

BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA PLATINUM

Cobertura de Transporte de Acompañante²

MASA MTS proporciona servicios asociados a la coordinación del transporte del cónyuge, otro familiar o acompañante del Miembro para acompañar el transporte de emergencia del Miembro en una aeronave rotatoria (es decir, helicóptero) o de ala fija, equipada médicamente, dando la debida prioridad al personal y/o equipo médico y al bienestar y seguridad del paciente.

Cobertura de Transporte de Visitantes al Hospital ²

MASA MTS proporciona servicios para cubrir el costo de transporte aéreo asociado con la coordinación de un pasaje aéreo comercial de ida y vuelta, regularmente programado, para que el cónyuge del Miembro, otro miembro de la familia o acompañante, se reúna con el Miembro en caso de hospitalización de más de cien (100) millas terrestres desde el hogar del Miembro.

Cobertura de Transporte de Regreso de Menores²

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo asociados con el transporte de regreso de un menor a un padre, tutor legal u otra persona que pueda ser responsable del menor si éste se encuentra desatendido como resultado de las coberturas de Ambulancia Aérea o Terrestre de Emergencia, Ambulancia de Hospital a Hospital, Repatriación a Hospital Cerca de Casa o Transporte de Restos Mortales del Miembro. MASA MTS también prevé que un asistente cualificado acompañe al menor durante el viaje cuando la edad y/o el estado médico del menor puedan requerir dicha atención.

Cobertura de Regreso de Vehículos y RVs²

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo asociados con el transporte de regreso de un (1) auto, camioneta, furgoneta, motocicleta, remolque de viaje o autocaravana en condiciones seguras de funcionamiento hasta el domicilio del Miembro. Este servicio está disponible cuando el Miembro utiliza las coberturas de Ambulancia Aérea o Terrestre de Emergencia, Ambulancia de Hospital a Hospital, Repatriación a Hospital Cerca de Casa, Transporte de Regreso del Paciente o Transporte de Restos Mortales. MASA MTS se hace cargo de los gastos de combustible, aceite y conductor.

Cobertura de Transporte de Regreso de Mascotas²

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo para el transporte de regreso al domicilio del Miembro de hasta dos (2) mascota(s) pertenecientes al Miembro, incluyendo un perro, gato u otro(s) animal(es) pequeño(s). Este servicio está disponible cuando el Miembro utiliza las coberturas de Ambulancia Aérea o Terrestre de Emergencia, Ambulancia de Hospital a Hospital, Repatriación a Hospital Cerca de Casa, Transporte de Regreso del Paciente o Transporte de Restos Mortales.

Cobertura de Transporte de Recuperación de Órganos y Receptor de Órganos⁴

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de transporte aéreo asociados con la coordinación del transporte de un órgano cuando el Miembro requiere un trasplante de órgano. MASA MTS también proporcionará servicios y cubrirá los gastos de transporte del Miembro y su cónyuge, otro familiar o un acompañante en caso de que el Miembro tenga que viajar al lugar donde se realizará el procedimiento. Si es médicamente necesario, el órgano será transportado por un avión de ala fija médicamente equipado; de lo contrario, el órgano será entregado por una aerolínea comercial hasta el aeropuerto adecuado más cercano al lugar de la operación.

Cobertura de Transporte de Restos Mortales¹

MASA MTS cubre los gastos de transporte aéreo de los restos mortales del Miembro en caso de su fallecimiento cuando éste se produzca a más de cien (100) millas terrestres de su domicilio. Los restos mortales son transportados por una línea aérea comercial regular hasta el aeropuerto comercial más cercano al domicilio del Miembro.

Contacte a su representante para más información.



Medical Air Services Association, Inc. hace negocios como MASA MTS con su sede principal en 1250 S. Pine Island Road, Suite 500, Plantation, FL 33324. La información proporcionada en esta hoja informativa sobre el producto tiene únicamente fines informativos. Los beneficios enumerados y las descripciones de los mismos no representan la totalidad de los términos y condiciones aplicables para su uso y pueden ofrecerse sólo en algunas membresías. Las primas y los beneficios varían en función de los beneficios seleccionados. Por favor, consulte el acuerdo de servicio de miembros aplicable para obtener una lista completa de beneficios, primas y todos los términos, condiciones y restricciones. MASA MTS utiliza a terceros proveedores de servicios de transporte para todos los servicios de transporte. MASA Global, MASA MTS y MASA TRS son marcas de servicio registradas de MASA Holdings, Inc. una sociedad de Delaware.

~Si el asegurado tiene un plan médico de deducible alto que es compatible con una cuenta de ahorros médicos, los beneficios pueden estar disponibles bajo la póliza MASA MTS para gastos incurridos por atención médica (según se define en el Código de Rentas Internas ("IRC" SoU VuV VLJODV en LnJOpV) sección 213(d)) una vez que el asegurado cumpla con el deducible mínimo legal aplicable según la sección 223(c) del IRC para cobertura de plan médico con deducible alto que sea compatible con una cuenta de ahorros médicos.

TERRITORIOS DE COBERTURA:

1. Sólo en Estados Unidos y Canadá: los beneficios de Cobertura de Ambulancia Aérea de Emergencia, Cobertura de Ambulancia Terrestre de Emergencia y Cobertura de Ambulancia de Hospital a Hospital sólo se proporcionarán en Estados Unidos y Canadá.

FUENTES:

*CDC, 2022

*** Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible; Aviso del HHS sobre los Parámetros de Beneficios y Pagos para 2022 y Normas del Gestor de Beneficios de Farmacia. 5 de mayo de 2021.



1250 S. Pine Island Rd., Suite 500,
Plantation, FL 33324

800-643-9023 | www.masamts.com

SUPPORTLINC

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO PARA WAXAHACHIE ISD

RECURSOS PRÁCTICOS PARA IMPULSAR SU BIENESTAR Y EQUILIBRIO DE VIDA PARA USTED Y SUS MIEMBROS DE FAMILIA

En algún momento de nuestras vidas, cada uno de nosotros enfrentaremos un problema o una situación que es difícil de resolver. Cuando se presentan estas situaciones, SupportLinc estará presente para ayudar. El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) es un recurso confidencial que le ayudara a enfrentar los desafíos de la vida y las demandas que vienen con encontrar el balance entre el trabajo y el hogar. SupportLinc proporciona referencias confidenciales y profesionales, y hasta seis (6) sesiones de consejería cara-a-cara sobre una variedad de preocupaciones, como:

**ANSIEDAD • DEPRESIÓN • PROBLEMAS DE MATRIMONIO O PAREJA • DUELO Y PÉRDIDA
ABUSO DE SUSTANCIAS • CONTROL DE LA IRA • PRESIÓN LABORAL • ESTRÉS**

REFERENCIAS EXPERTAS Y CONSULTAS

Si usted es un padre nuevo, cuida a personas o niños, está vendiendo su casa o en busca de asesoramiento presupuesto, es probable que necesite orientación y referencias a recursos de expertos.

- **ASISTENCIA LEGAL:** Consulta legal gratuita en persona o por teléfono
- **ASISTENCIA FINANCIERA:** Planificación financiera experta y consulta
- **ASISTENCIA FAMILIAR:** Consulta y servicios de referencia para temas de la vida cotidiana, incluyendo cuidado de dependientes, reparo de autos, cuidado de mascotas, y mejoramiento del hogar

CONFIDENCIALIDAD

SupportLinc se adhiere a estándares estrictos de confidencialidad. Nadie tendrá conocimiento de que usted ha utilizado el programa a menos que usted de su permiso escrito o comparta una preocupación que nos obligue legalmente a divulgar la información.

SUPPORT  LINC

EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAMS



EMPEZAR



1-800-475-3EAP (3327)



WWW.SUPPORTLINC.COM

Usuario: waxahachieisd

ELIJA CÓMO OBTENER ASISTENCIA

APOYO AL MOMENTO

- Comuníquese con un consejero licenciado por teléfono 24/7/365

PORTAL WEB

- Explore la capacitación a pedido (adiestramientos a la carta) y recursos prácticos para impulsar su bienestar y equilibrio de vida
- Utilice motores de búsqueda, calculadoras financieras y recursos profesionales
- Encuentre membresías de gimnasio descontadas
- Acceda al portal seguro de consejería por video
- Contenido en inglés y español

APLICACIÓN MÓVIL ECONNECT®

- Programa de apoyo y recursos al alcance de su mano, incluyendo el chat en vivo con un consejero licenciado y experto, contenido buscable

TERAPIA DE TEXTO

- Intercambie mensajes de texto, notas de voz y recursos, de lunes a viernes, con un consejero licenciado a través de la aplicación de escritorio y móvil Textcoach®

ANIMO

- Fortalezca su salud mental y bienestar general utilizando contenido autoguiado, recursos prácticos e inspiración diaria para fomentar un cambio de comportamiento significativo y duradero

NAVEGADOR

- Elimine las conjeturas de su aptitud emocional. Haga clic en el icono del navegador en el portal web o la aplicación móvil y complete un breve cuestionario. Reciba orientación personalizada para acceder a la asistencia y los recursos del programa.

AMERICAN FIDELITY 
a different opinion

Cuentas de Gastos Flexibles



First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | 1.866.853.3539

P.O. Box 161968 | Altamonte Springs, FL 32716

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES DE SALUD

Una Cuenta de Gastos Flexibles de Salud (Health FSA) es un programa aprobado por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) para ayudarle a ahorrar impuestos y pagar gastos médicos fuera de bolsillo no cubiertos por su plan médico. Si su plan incluye la opción de un período de plazo fijo, usted tiene más tiempo para reclamar los fondos no utilizados en el año nuevo del plan.

Recuerde que los fondos sobrantes después del periodo agotado del plazo se perderán en acuerdo con la regla “utilice o pierda”.

La cantidad máxima de contribución para 20223 es de \$3,050.

ASPECTOS DEFINIDOS

- 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.
- La elección completa estará disponible al principio del año del plan.
- Sea conservador. cualquier dinero que quede en su cuenta al final del año del plan se perderá.
- Use la tarjeta de beneficios para pagar gastos calificados por adelantado y así no tendrá que gastar dinero de bolsillo.
- Guarde todos sus recibos por si a acaso necesite justificar reclamos a fin de año fiscal.

NOTA: El Servicio de Impuestos Internos (IRS) requiere prueba de que los gastos so elegibles.

Guarde todos los recibos en caso de que necesite justificar un reclamo con objetivos fiscales. Los recibos deben incluir: fecha de compra o de servicio, costo que tuvo que pagar después del seguro, descripción del producto o servicio, nombre del comerciante o proveedor y nombre del paciente.

FSA PARA CUIDADO DEL DEPENDIENTE

Con una Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidado de Dependientes, usted puede reservar parte de su salario antes de impuestos para pagar gastos de cuidado de los dependientes elegibles tales como cuidado del niños, niñera y centro de día para adultos.

Podrá contribuir hasta \$5,000 por año fiscal para el reembolso de los servicios de cuidado de dependiente. Si está casado y presenta su declaración de impuestos en forma separada, el límite es de \$2,500.

ASPECTOS DEFINIDOS

- Los dependientes elegibles deberán reclamarse como exención en la declaración de impuestos.
- Los dependientes elegibles deberán ser niños menores de 13 años o un adulto dependiente incapaz de cuidarse a sí mismo.
- Las contribuciones no se cargan por adelantado. Los fondos están disponibles ya que las contribuciones son hechas a su cuenta.
- Guarde todos sus recibos por si a acaso necesite justificar reclamos a fin de año fiscal.
- El dinero restante se perderá al finalizar el período de extensión [*runoff*] o de plazo fijo.

RECURSOS DE LAS CUENTAS DE FSA

TARJETA DE BENEFICIOS

La Tarjeta de Beneficios de First Financial está disponible para todos los empleados que participen en Medical FSA y/o FSA para Cuidado del Dependiente. Una vez que las contribuciones estén en su cuenta, la tarjeta proporcionará acceso inmediato a sus fondos en el momento de su compra. Las tarjetas están disponibles para los empleados participantes, su cónyuge y los dependientes elegibles mayores de 18 años.

- **El IRS exige la validación de la mayoría de las transacciones.** Usted debe enviar los recibos para la validación de gastos cuando se lo soliciten. Si no justifica los gastos mediante el envío del recibo a First Financial dentro de los 90 días de la compra o la fecha de servicio, se le suspenderá la tarjeta hasta que se reciba el necesario recibo o explicación de los beneficios de su proveedor de seguros.
- **Las contribuciones de FSA para cuidado del dependiente no se cargan por adelantado.** Los fondos están disponibles ya que las contribuciones son hechas a su cuenta.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES. CONTINUACIÓN

PORTAL DE FSA

Los participantes de las Cuentas de Gastos Flexibles pueden conectarse con el portal de internet de FSA para revisar fondos disponibles en su cuenta, verificar los reclamos, enviar recibos y ver otros detalles de su cuenta. Visite <https://ffga.com/individuals> para iniciar sesión o establecer una cuenta.

FF FLEX MOBILE APP

Administrar sus cuentas de beneficios dondequiera que esté es fácil con **FF FlexMobile App**. Esta potente e intuitiva aplicación móvil le ofrece acceso para ver los fondos disponibles de sus cuentas, actualizar su perfil, enviar un reclamo y mucho más.

Desde su dispositivo Android o Apple.

- Acceda a la información de sus cuentas.
- Vea los detalles de la tarjeta y la información del perfil.
- Envíe reclamos de FSA usando un formulario de reclamo electrónico.
- Vea los reclamos pendientes.
- Suba recibos y documentación.
- Reciba alertas.
- Renueve la información de los depósitos directos.



FSA STORE

First Financial se ha asociado con la FSA Store para ofrecerle una tienda en línea fácil de usar para entender y administrar mejor su FSA. Un mercado por internet que conecta a los consumidores con los productos elegibles de FSA, ofertas especiales y recursos de soporte de cuenta tales como guías de inscripción abierta y videos educativos.

Visite <http://www.ffga.com/fsaextras> donde encontrará más detalles y ofertas especiales

- Compre en la tienda algunos productos elegibles, desde vendas hasta sillas de ruedas y miles de otros productos.
- Eche un vistazo o busque la lista de productos y servicios elegibles usando la Lista de Elegibilidad [Eligibility List].
- Visite el Centro de Aprendizaje [Learning Center] para encontrar las respuestas a las preguntas que se le puedan presentar acerca de su cuenta.

Cuentas de Ahorro de Gastos de Salud



First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | 1.866.853.3539

P.O. Box 161968 | Altamonte Springs, FL 32716

Una Cuenta de Ahorro de Gastos de Salud, o HSA, es una excelente manera de ayudarlo a controlar sus gastos de atención médica. La cuenta trabaja en conjunto con su Plan de Salud de Alto Deducible (HDHP) para facilitar ahorros libres de impuestos para gastos médicos calificados. Una cuenta HSA le permite reservar dinero para pagar deducibles más altos asociados con la prima mensual más baja de un plan de atención médica de alto deducible. El dinero que usted ahorra en primas mensuales del seguro es reservado para los gastos médicos elegibles que pueda utilizar en el futuro. Los gastos elegibles incluyen costos como copagos y deducibles, recetas, gastos de visión, atención dental, suministros médicos e incluso terapia.

ASPECTOS DEFINIDOS

- Las contribuciones se traspasan de un año a otro y a su vez generan intereses.
- La cuenta es portátil, lo que significa que la mantiene aún si deja o cambie el empleo.
- La cuenta ofrece ventajas significativas fiscales y ofrece oportunidades para invertir en fondos mutuos. Esta es otra manera de aumentar potencialmente sus ahorros para los costos futuros de atención médica o la jubilación.
- Pague los gastos con una tarjeta de débito, una vez que las contribuciones estén en su cuenta, la tarjeta proporcionará acceso inmediato a sus fondos en el momento de su compra.
- A través de nuestro portal de internet, los gastos también pueden reinvertirse, se pueden pagar las facturas directamente a su proveedor o enviar un formulario de solicitud de distribución.
- No hace falta presentar recibos para obtener un reembolso, pero consérvelos igualmente para la declaración de impuestos e invertir fondos.

RECURSOS DE LAS HSA

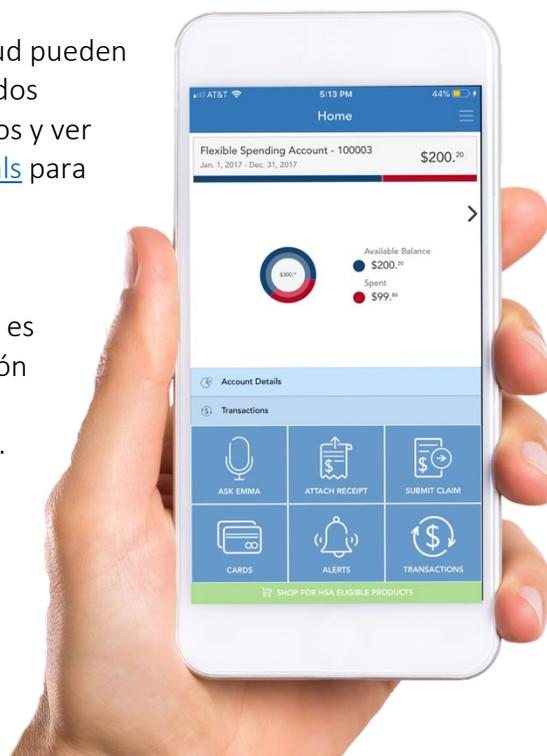
PORTAL DE HSA

Los participantes de las Cuentas de Ahorro de Gastos de Salud pueden conectarse con el portal de internet de HSA para revisar fondos disponibles en su cuenta, verificar los reclamos, enviar recibos y ver otros detalles de su cuenta. Visite <https://ffga.com/individuals> para iniciar sesión o establecer una cuenta.

FF FLEX MOBILE APP

Administrar sus cuentas de beneficios dondequiera que esté es fácil con **FF FlexMobile App**. Esta potente e intuitiva aplicación móvil le ofrece acceso para ver los fondos disponibles de sus cuentas, actualizar su perfil, enviar un reclamo y mucho más. Desde su dispositivo Android o Apple.

- Solicitar distribuciones.
- Invertir en fondos HSA.
- Hacer más contribuciones.
- Pagar a un proveedor o reembolso.
- Descargar formularios para impuestos.



HSA STORE

First Financial se ha asociado con la HSA Store para ofrecerle una tienda en línea fácil de usar para entender y administrar mejor su HSA. Un mercado por internet que conecta a los consumidores con los productos elegibles de FSA, ofertas especiales y recursos de soporte de cuenta tales como una base de datos nacionales de proveedores y un Centro de Aprendizaje de HSA.

Visite <http://www.ffga.com/fsaextras> donde encontrará más detalles y ofertas especiales.

- Compre en la tienda algunos productos elegibles, desde vendas hasta sillas de ruedas y miles de otros productos.
- Eche un vistazo o busque la lista de productos y servicios elegibles usando la Lista de Elegibilidad [Eligibility List].
- Visite el Centro de Aprendizaje [Learning Center] para encontrar las respuestas a las preguntas que se le puedan presentar acerca de su cuenta.

	2022	2023
HSA Límite de contribución	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado Solo: \$3,650 • Family: \$7,300 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado Solo: \$3,850 • Family: \$7,750
HDHP Deducibles Mínimos	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado Solo: \$1,400 • Familia: \$2,800 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado Solo: \$1,500 • Familia: \$3,000
<i>Contribuciones de recuperación de \$1,000 (mayores de 55 años)</i>		

COBRA

First Financial Administrators, Inc. | www.cobrapoint.benaissance.com | 1.800.523.8422, option 4

La vida está llena de eventos inesperados que pueden impactar en su cobertura de seguro de salud. De acuerdo con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), más conocida como COBRA, usted tiene el derecho de continuar su cobertura grupal de salud, como por ejemplo el seguro médico, odontológico, oftalmológico y las cuentas de gastos flexibles durante un período limitado.

ASPECTOS DEFINIDOS

- Continuación transitoria de la cobertura, que generalmente dura 18 meses, motivada por la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo, un divorcio, un fallecimiento o un hijo que ya no califica como dependiente. Determinados eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden hacer que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.
- Usted o un miembro de su familia tiene la responsabilidad de notificar a su empleador, dentro de los 60 días del evento, que se produjo un divorcio, separación legal o pérdida de la situación de dependiente de un hijo. En caso de terminación del empleo, fallecimiento o reducción de las horas de trabajo, su empleador será responsable de comunicar al prestador que usted tiene el derecho de continuar la cobertura de COBRA.
- Los beneficios seguirán siendo idénticos a los que tenía mientras estaba empleado. Sin embargo, el pago de la prima completa más los honorarios que correspondan serán responsabilidad suya.

Planes de Jubilación 403(b)



US Omni | www.omni403b.com | 1.877.544.6664

El plan 403(b) puede ser una excelente manera de ahorrar dinero para la jubilación. Puede servir para complementar un plan de pensión tradicional u otro plan o planes de jubilación, o como plan único. El 403(b) es un plan de jubilación con diferimiento impositivo disponible para los empleados de instituciones educativas y determinadas organizaciones sin fines de lucro, según lo estipulado por el Código de Impuestos Internos en su artículo 501(c)(3). Las contribuciones y las ganancias por inversiones de un plan 403(b) crecen con diferimiento impositivo hasta que son retirados (supuestamente en la jubilación), en cuyo momento son gravados como cualquier otro ingreso. El 403(b) recibe el nombre del artículo del código de IRS que lo rige.

CÓMO FUNCIONA EL 403(b)

Los empleados se inscriben y participan a través de su empleador. al 403(b) se hacen antes de impuestos a través de un Acuerdo de Reducción del Salario. Se trata de un acuerdo en el que el empleado participante acepta que se le realice un descuento en su salario. La cantidad de la reducción se direcciona a las inversiones ofrecidas a través del empleador y seleccionadas por el empleado. Estos aportes se denominan diferimientos electivos y están excluidos de los ingresos imponibles del empleado. Las contribuciones crecen con diferimiento impositivo hasta el momento de la jubilación, momento en el que los retiros se gravan como cualquier otro ingreso.

BENEFICIOS

- Crecimiento con diferimiento impositivo: no hay imposición anual sobre las ganancias.
- Opciones de inversión: anualidades fijas, anualidades variables o fondos comunes de inversión.
- Tasas de interés competitivas.
- Flexibilidad: empiece, termine y ajuste sus aportes según se lo permita el plan de su empleador.
- Reciba resúmenes de cuenta periódicos.

LÍMITES DE LAS CONTRIBUCIONES

Los participantes pueden contribuir hasta \$22,500 para 2023

Los participantes de 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario pueden contribuir \$7,500 adicionales en 2023.

Planes de Jubilación 457(b)



US Omni | www.omni403b.com | 1.877.544.6664

El Plan 457(b) es un Plan de Jubilación con Diferimiento Impositivo para los empleados de agencias gubernamentales estatales y locales, incluidos los de las escuelas públicas. Se parece al plan 401k porque le permite colocar un porcentaje de su salario en un plan patrocinado por el empleador que le sirve para ahorrar para la jubilación. Usted no tendrá que pagar impuestos sobre lo que contribuye o sobre las ganancias generadas, hasta que retire el dinero.

BENEFICIOS

- Opciones de inversión: anualidades fijas, anualidades variables o fondos comunes de inversión.
- Flexibilidad: empiece, termine y ajuste sus aportes según se lo permita el plan de su empleador.
- Reciba resúmenes de cuenta periódicos.
- No hay penalización federal del 10% sobre los intereses o ganancias por retiros anticipados.
- No hay impuestos federales actuales sobre los ingresos que graven el dinero que pone en el plan hasta llegado el momento de realizar retiros.

LÍMITES DE LAS CONTRIBUCIONES

Los participantes pueden contribuir hasta \$22,500 para 2023

Los participantes de 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario pueden contribuir \$7,500 adicionales en 2023

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Eagle Mountain Saginaw ISD - Benefits Office

1200 Old Decatur Rd Bldg 6

Fort Worth, TX 76179

817.232.0880

www.emsisd.com

FIRST FINANCIAL GROUP OF AMERICA

Ryan Hancock, Account Manager

Ryan.hancock@ffga.com | 800.883.0007

CONTACTOS

BENEFICIO	ASEGURADORA	SITIO WEB	TELÉFONO
Médico	BCBSTX	www.bcbstx.com/trsactivecare	866.355.5999
Beneficios de recetas	Express Scripts	www.express-scripts.com/trsactivecare	844.367.6108
Telehealth	Reкуро	www.reкуроhealth.com	855.673.2876
HSA	First Financial Administrators, Inc.	www.ffga.com	866.853.3539
Dental	Metlife	www.askmetlife.com	800.638.5433
Visión	Metlife/VSP	www.askmetlife.com	800.638.5433
Cuentas de Gastos Flexibles	First Financial Administrators, Inc.	www.ffga.com	866.853.3539
Seguro de Vida a Término	UNUM	www.unum.com	866.679.3054
Seguro de Discapacidad	American Fidelity	www.americanfidelity.com	800.654.8489
Seguro de indemnización hospitalaria	Aetna	www.aetnasupplemental.com	855.800.3862
Seguro de Enfermedad Crítica	Metlife	www.askmetlife.com	800.638.5433
Seguro de Vida Permanente	Texas Life	www.texaslife.com	866.324.8222
Programa de asistencia de empleado	Support Linc	www.supportlinc.com	800.475.3327
403B/457B	US OMNI	www.omni403b.com	877-544-6664

CENTRO DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO – <https://benefits.ffga.com/eaglemountainsaginawisd>

El Centro de Beneficios del Empleado (EBC) es una plataforma única donde encontrará todo lo relacionado con los beneficios. En el sitio web están las fechas de la inscripción abierta y del año del plan, la descripción de los beneficios, la información de contacto de la aseguradora, los folletos de productos, los formularios de reclamo y los detalles de la inscripción. ¡Visite <https://benefits.ffga.com/eaglemountainsaginawisd> hoy!