

Eagle Mountain-Saginaw ISD 2025-2026

GUÍA DE BENEFICIOS

SCAN ME



[benefits.ffga.com/
eaglemountainsaginawisd](https://benefits.ffga.com/eaglemountainsaginawisd)



Ryan Hancock, Gerente de Cuentas Sénior
(800) 883-0007
ryan.hancock@ffga.com

Jamie Irwin, Coordinadora de Beneficios
(817) 232-0880 Ext. 2486
jmcnut-erwin@ems-isd.net

Índice

Tabla de Contenido	Número de página
• Centro De Beneficios Para Empleados	3
• Cómo Inscribirse	4
• Elegibilidad Para Beneficios y Cobertura	5
• Planes De La Sección 125	6
• Seguro Médico	7
• Transporte Médico	12
• Telesalud	20
• FSA	26
• HSA	27
• Recursos De La FSA y HSA	28
• Seguro Dental	29
• Seguro De Visión	37
• Seguro De Vida A Término y AD&D	41
• Seguro De Vida Permanente	45
• Seguro Por Discapacidad	49
• Seguro Contra Cáncer	53
• Seguro Contra Enfermedades Graves	58
• Seguro Contra Accidentes Solamente	84
• Seguro De Indemnización Hospitalaria	106
• Planes Voluntarios De Jubilación	118
• Programa De Asistencia Al Empleado	124
• Acuerdo De Reembolso De Gastos Médicos Medicare	126
• CleverRX	127
• COBRA	128
• Información De Contacto Para Beneficios	129

Centro de Beneficios para Empleados

¡Una guía para sus beneficios!

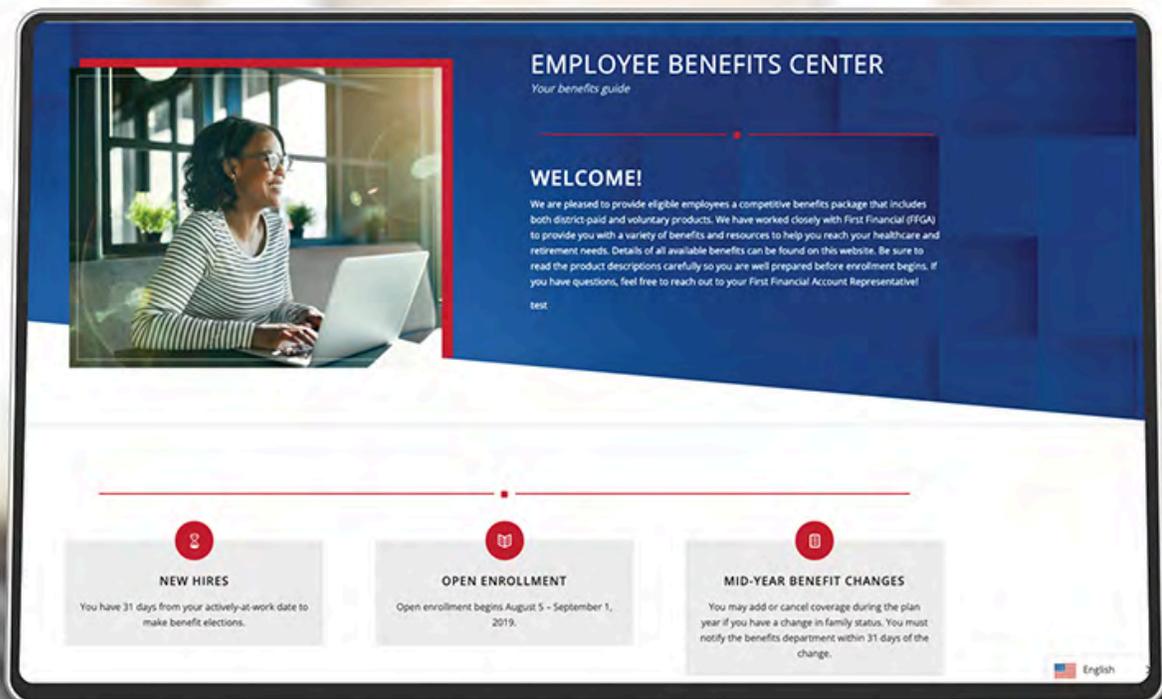
Eagle Mountain-Saginaw ISD y FFGA se complacen en ofrecerle un sitio web personalizado con información sobre sus beneficios. Visite el Centro de Beneficios para Empleados para ver las opciones de beneficios actuales para su empleador, así como para encontrar formularios de reclamación, números de teléfono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

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



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

benefits.ffga.com/eaglemountainsaginawisd



Cómo Inscribirse

Inscripción en los Beneficios

Inscripción en el sitio

Cuando llegue el momento de inscribirse en sus beneficios, su Representante de Cuenta FFGA estará en el lugar para ayudarle a realizar sus elecciones. Visite su EBC para obtener más información.

Inscripción en línea

Para comenzar la inscripción en línea, visite ffga.benselect.com/Enroll/login.

Inscribirse ahora

Inicio de sesión y PIN

- Identificación del empleado
 - El ID de empleado es su número de seguro social o su ID de empleado.
- PIN
 - Se le proporcionarán instrucciones para acceder a su Número de Identificación Personal (PIN) inicial antes de la inscripción abierta.
 - Al iniciar sesión por primera vez, será necesario cambiar el PIN.
 - Recuerde su PIN ya que lo utilizará para firmar su formulario de confirmación de inscripción y para iniciar sesión en el futuro.

Ver los beneficios actuales

Después de iniciar sesión, llegará a la pantalla de bienvenida. Sus beneficios actuales y deducciones de primas aparecerán en esta pantalla.

Ver/agregar dependientes

Haga clic en Siguiente para ver a sus dependientes. Es muy importante asegurarse de que los números de seguro social y las fechas de nacimiento que se muestran sean correctos. Si planea agregar dependientes, deberá ingresar su nombre legal, números de seguro social y fechas de nacimiento.

Comenzar a hacer elecciones

Haga clic en Siguiente nuevamente para comenzar a elegir sus beneficios. Recuerde, no se pueden realizar cambios en sus elecciones durante el año del plan a menos que tenga un cambio calificado a mitad de año según la Sección 125 o un evento de inscripción especial.

Elegibilidad para Beneficios y Cobertura

Cobertura de los Empleados

Elegibilidad

Los empleados elegibles deben estar trabajando activamente en la fecha de vigencia del plan para que los nuevos beneficios entren en vigencia.

Empleados nuevos

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

Empleados existentes

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

Cambios de beneficios a mitad de año

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

Los eventos de vida calificados incluyen:

- Cambios en el grupo familiar, como matrimonio, divorcio, separación legal, anulación, muerte de un cónyuge, nacimiento, adopción, colocación en adopción o muerte de un hijo dependiente
- Pérdida de cobertura médica, atribuible al empleo de su cónyuge, pérdida de cobertura médica existente, incluidos planes laborales, individuales y estudiantiles, pérdida de elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP, cumplir 26 años y perder la cobertura a través del plan de uno de los padres

Rechazo de la cobertura

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

Planes de la Sección 125

Información y Reglas de los Planes de la Sección 125

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

Así es cómo funciona

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

¿Es adecuado para mí?

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

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

Los cambios de situación familiar especificados por el IRS incluyen:

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

Ejemplo de cheque de pago del Plan de la Sección 125

	Sin S125	Con S125
Salario mensual	\$2,000	\$2,000
Menos deducciones médicas	-N/A	-\$250
Ingresos brutos disponibles	\$2,000	\$1,750
Menos impuestos (fed./est. a. 20%)	-\$400	-\$350
Menos FICA calculado (7.65%)	-\$153	-\$133
Menos deducciones médicas	-\$250	-N/A
Salario neto	\$1,197	\$1,267

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

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

Cobertura Médica

TRS-ActiveCare



Sus planes médicos 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.

Blue Cross Blue Shield of Texas | www.bcbstx.com/trsactivecare | (866) 355-5999

TRS-ActiveCare Primary

- Copagos por visitas al médico y recetas genéricas antes de cumplir con el deducible
- Red estatal
- Los participantes deben seleccionar un proveedor de atención primaria que hará derivaciones a especialistas
- No hay cobertura fuera de la red
- El empleado recibirá dos (2) tarjetas de identificación (BCBS y Express Scripts)

TRS-ActiveCare HD

- Debe alcanzar el deducible antes de que el plan pague la atención no preventiva
- Beneficios dentro y fuera de la red – deducible/gasto máximo de bolsillo fuera de la red por separado Red nacional
- El deducible se aplica a gastos médicos y de farmacia
- Sin requisitos de PCP o derivaciones
- Compatible con la cuenta de ahorros para la salud (HSA)
- El empleado recibirá dos (2) tarjetas de identificación (BCBS y Express scripts)

TRS-ActiveCare Primary +

- Copagos por muchos servicios y medicamentos
- Red estatal
- Los participantes deben seleccionar un proveedor de atención primaria que hará derivaciones a especialistas
- Sin cobertura fuera de la red
- El empleado recibirá dos (2) tarjetas de identificación (BCBS y Express scripts)

TRS-ActiveCare 2 - Cerrado a nuevos participantes

- Copagos por muchos servicios y medicamentos
- Red nacional con cobertura fuera de la red
- El empleado recibirá dos (2) tarjetas de identificación (BCBS y Express scripts)

Beneficios de Medicamentos Recetados del Plan TRS-ActiveCare

Express Scripts | info.express-scripts.com/trsactivecare | (844) 367-6108

Cuando se inscribe en un Plan BCBSTX, recibe automáticamente la cobertura de medicamentos recetados a través de Express Scripts, que le da acceso a una gran red nacional de farmacias minoristas.

Eagle Mountain-Saginaw ISD

TRS-ActiveCare Medical Rates 2025-2026

(Effective 09/01/2025- 08/31/2026)

12 Pay 20 Pay Bi-Weekly

	Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
TRS ACTIVECARE Primary					
Employee Only	\$554	\$387	\$167	\$100.20	\$77.08
Employee & Spouse	\$1,496	\$387	\$1,109	\$665.40	\$511.85
Employee & Child(ren)	\$942	\$387	\$555	\$333.00	\$256.15
Employee & Family	\$1,884	\$387	\$1,497	\$898.20	\$690.92
TRS ACTIVECARE HD					
Employee Only	\$570	\$387	\$183	\$109.80	\$84.46
Employee & Spouse	\$1,539	\$387	\$1,152	\$691.20	\$531.69
Employee & Child(ren)	\$969	\$387	\$582	\$349.20	\$268.62
Employee & Family	\$1,938	\$387	\$1,551	\$930.60	\$715.85
ACTIVECARE Primary +					
Employee Only	\$650	\$387	\$263	\$157.80	\$121.38
Employee & Spouse	\$1,690	\$387	\$1,303	\$781.80	\$601.38
Employee & Child(ren)	\$1,105	\$387	\$718	\$430.80	\$331.38
Employee & Family	\$2,145	\$387	\$1,758	\$1,054.80	\$811.38
ACTIVECARE 2					
Employee Only	\$1,013	\$387	\$626	\$375.60	\$288.92
Employee & Spouse	\$2,402	\$387	\$2,015	\$1,209.00	\$930.00
Employee & Child(ren)	\$1,507	\$387	\$1,120	\$672.00	\$516.92
Employee & Family	\$2,841	\$387	\$2,454	\$1,472.40	\$1,132.62



TRS-ActiveCare
REGION 11

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.
- **COPAY:** The set amount you pay for a covered service at the time you receive it. The amount can vary based on the 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; e.g., 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.

2025-26 TRS-ActiveCare Plan Highlights Sept. 1, 2025 – Aug. 31, 2026



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.

How to Calculate Your Monthly Premium

- Total Monthly Premium
- Your Employer Contribution
- Your Premium

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

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.

Primary Plans & Mental Health

- Both Primary and Primary+ offer \$0 virtual mental health visits with any in-network provider.

	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 referrals required to see specialists Not compatible with a Health Savings Account 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 Primary Care Provider referrals required to see specialists Not compatible with a Health Savings Account No out-of-network coverage 	<ul style="list-style-type: none"> Compatible with a Health Savings Account Nationwide network with out-of-network coverage No requirement for Primary Care Providers or referrals Must meet your deductible before plan pays for non-preventive care
Monthly Premiums			
Employee Only	\$554	\$263	\$183
Employee and Spouse	\$1,496	\$1,303	\$1,152
Employee and Children	\$942	\$718	\$582
Employee and Family	\$1,884	\$1,758	\$1,551

	Employee Only	Employee and Spouse	Employee and Children	Employee and Family
Monthly Premiums				
Employee Only	\$554	\$1,496	\$942	\$1,884
Employee and Spouse	\$263	\$1,303	\$718	\$1,758
Employee and Children	\$183	\$1,152	\$582	\$1,551
Employee and Family	\$183	\$1,152	\$582	\$1,551

Plan Features	In-Network Coverage Only	In-Network Coverage Only	In-Network	Out-of-Network
Individual/Family Deductible	\$2,500/\$5,000	\$1,200/\$2,400	\$3,300/\$6,600	\$6,600/\$13,200
Coinsurance	You pay 30% after deductible	You pay 20% after deductible	You pay 30% after deductible	You pay 50% after deductible
Individual/Family Maximum Out of Pocket	\$8,050/\$16,100	\$6,900/\$13,800	\$8,300/\$16,600	\$20,500/\$41,000
Network	Statewide Network	Statewide Network	Nationwide Network	Nationwide Network
PCP Required	Yes	Yes	No	No

Doctor Visits	Primary Care	Specialist
Primary Care	\$30 copay	\$50 copay
Specialist	\$70 copay	\$70 copay

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

Prescription Drugs	Generics (31-Day Supply)	Preferred (Max does not apply if brand is selected and generic is available)	Non-preferred	Specialty (31-Day Max)	Insulin Out-of-Pocket Costs
Drug Deductible	Integrated with medical	Integrated with medical	Integrated with medical	Integrated with medical	Integrated with medical
Generics (31-Day Supply)	\$15/\$45 copay	\$15/\$45 copay	\$15/\$45 copay	\$15/\$45 copay	\$15/\$45 copay
Preferred (Max does not apply if brand is selected and generic is available)	You pay 30% after deductible	You pay 30% after deductible	You pay 30% after deductible	You pay 30% after deductible	You pay 30% after deductible
Non-preferred	You pay 50% after deductible	You pay 50% after deductible	You pay 50% after deductible	You pay 50% after deductible	You pay 50% after deductible
Specialty (31-Day Max)	\$0 if SaveOnSP eligible; You pay 30% after deductible	\$0 if SaveOnSP eligible; You pay 30% after deductible	\$0 if SaveOnSP eligible; You pay 30% after deductible	\$0 if SaveOnSP eligible; You pay 30% after deductible	\$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	\$25 copay for 31-day supply; \$75 for 61-90 day supply	\$25 copay for 31-day supply; \$75 for 61-90 day supply	\$25 copay for 31-day supply; \$75 for 61-90 day supply	\$25 copay for 31-day supply; \$75 for 61-90 day supply

TRS-ActiveCare 2	Total Premium	Employer Contribution	Your Premium
Closed to new enrollees	\$1,013	\$387	\$626
Current enrollees can choose to stay in plan	\$2,402	\$387	\$2,015
Lower deductible	\$1,507	\$387	\$1,120
Copays for many services and drugs	\$2,841	\$387	\$2,454
Nationwide network with out-of-network coverage			
No requirement for Primary Care Providers or referrals			

Total Premium	Employer Contribution	Your Premium
\$1,013	\$387	\$626
\$2,402	\$387	\$2,015
\$1,507	\$387	\$1,120
\$2,841	\$387	\$2,454

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

\$50 copay	You pay 40% after deductible
\$70 copay	You pay 40% after deductible

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

\$200 brand deductible	
\$20/\$45 copay	
You pay 25% after deductible (\$40 min/\$90 max)/ You pay 25% after deductible (\$105 min/\$210 max)	
You pay 50% after deductible (\$100 min/\$200 max)/ You pay 50% after deductible (\$215 min/\$430 max)	
\$0 if SaveOnSP eligible; No 90-day supply of specialty medications	
\$25 copay for 31-day supply; \$75 for 61-90 day supply	

Compare Prices for Common Medical Services

REMEMBER:

Call a Personal Health Guide 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 copay per incident)
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	\$15 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.*

Transporte Médico

MASA | www.masamts.com | (954) 334-8261

Los estadounidenses de hoy sufren de una falsa sensación de seguridad de que su cobertura médica pagará todos los costos asociados con el transporte de emergencia o cuidados intensivos. La realidad es que la mayoría de los estadounidenses sólo están parcialmente cubiertos por estos altos costos.

La mayoría de los planes médicos sólo pagarán una parte de los costos, dejándolo con el resto de la factura. También existe la posibilidad de que su proveedor médico niegue su reclamación por completo, lo que significa que usted sería responsable de pagar toda la factura.

Con la protección de transporte médico, tendrá cero gastos de bolsillo para cualquier transporte médico aéreo o terrestre de emergencia desde cualquier lugar de los Estados Unidos, independientemente de quién lo transporte. Recibirá soluciones de transporte de emergencia médica para ayudarle a cubrir los costos de transporte médico de su bolsillo cuando su seguro se quede corto.





¿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



DID YOU KNOW?

28M
emergency transports are
dispatched by 911 annually.*

MASA MTS steps in where insurance falls short by helping protect families against uncovered costs for emergency transportation.

NEW! Emergent Premier membership plan

Ensure you and your family are protected from unexpected costs when you use emergency transportation by adding MASA MTS to your benefits. While our critical benefits are included in all core plans, Emergent Premier offers coverage for additional expenses like returning a child or pet to a guardian, medical transport to a non-hospital facility, and pandemic quarantining.

MASA's solution is simple — with us, there is no “out-of-network.” We work as a payer, not a provider. You simply call 911 when there is an emergency, and you'll never have to worry about what ambulance provider picks you up. When the ambulance bill arrives, send it to MASA. We'll advocate for you to ensure the ambulance charges are accurate and your insurance company has paid its portion; then we cover the remaining balance including your deductibles and co-pays.

Our benefits

Emergency Air Ambulance Coverage³

MASA MTS covers out-of-pocket expenses associated with emergency air transportation to a medical facility for serious medical emergencies deemed medically necessary for the Member and when the Dependents require the same services.

Emergency Ground Ambulance Coverage³

MASA MTS covers out-of-pocket expenses associated with emergency ground transportation to a medical facility for serious medical emergencies deemed medically necessary for the Member and when the Dependents require the same services.

* National Association of EMS Officials, 2020

Hospital to Hospital Ambulance Coverage³

MASA MTS will cover out-of-pocket expenses incurred by the Member associated with a medically necessary hospital-to-hospital transfer by a medically-equipped ground ambulance, rotary (i.e., helicopter) or fixed-wing aircraft when ordered by the treating physician at the medical facility where the Member is presently admitted to the nearest and most appropriate medical facility capable of providing the necessary, specialized level of care required and that is not available at the sending facility.

Repatriation Near Home Coverage²

MASA MTS provides services and covers out-of-pocket expense for the coordination of the Member and the Dependents' non-emergency transportation by a medically equipped air ambulance in the event of hospitalization more than one hundred (100) miles from the Member's home if the treating physician and MASA MTS' medical director says it is medically appropriate and possible to transfer the Member to a hospital nearer to home for continued care and recuperation.

Minor Return Transport Coverage²

MASA MTS provides services and covers out-of-pocket expenses associated with minor return transportation to a parent, legal guardian, or another person that can be responsible for the minor in the event that the minor is unattended as a result of Member's Emergency Air or Ground Ambulance, Hospital to Hospital Ambulance, Repatriation to Hospital Near Home, or Mortal Remains Transportation coverages. MASA MTS also provides for a qualified attendant to accompany the minor during travel when the minor's age and/or medical condition may require such care.

Hospital to Rehab, Skilled Nursing, Long Term Care, or Home Coverage⁴

MASA MTS covers the Member for out-of-pocket expenses that result from medically necessary non-emergency ground transportation from a hospital to a rehabilitation facility, skilled nursing facility, long-term care facility, hospice, or the Member's home for up to \$500 per year.

Pet Return Transportation Coverage²

MASA MTS provides services and covers out-of-pocket expenses for the return transportation to the Member's home for two (2) pet(s) belonging to the Member that, including either a dog, cat or other small animal(s). This service is available when the Member uses Emergency Air Ambulance or Ground Ambulance, Hospital to Hospital Ambulance, Repatriation to Hospital Near Home, Patient Return Transportation or Mortal Remains Transportation Coverages.

Pandemic Quarantine Expense Protection¹

MASA MTS covers out-of-pocket expenses for hotel, food, and flight changes incurred by the Member in the event the Member contracts a communicable disease while traveling and is required to quarantine more than one hundred (100) statute miles from home for up to \$5,000 per year.

Coverage Territories

1: Worldwide Coverage – coverage shall automatically extend to the United States, Canada, Mexico, the Caribbean (excluding Cuba), the Bahamas and Bermuda (collectively, "Basic Coverage Area") (excluding countries referenced on the Office of Foreign Assets Control ("OFAC") countries, and Antarctica), and extend elsewhere contingent upon ten (10) day prior notice of such travel. Notice may be provided by (i) certified mail, return receipt requested, to the MASA Corporate office; (ii) electronic mail, including delivery confirmation; or (iii) facsimile, including confirmation of delivery, and the MASA's written acknowledgment. Notice must include a travel itinerary of travel destinations and dates. Unless otherwise authorized by MASA MTS in writing, worldwide coverage shall apply to up to ninety (90) days per trip.

2: Basic Coverage Area – benefits, shall extend to the United States, Canada, Mexico, the Caribbean (excluding Cuba), the Bahamas and Bermuda.

3: United States and Canada Only – benefits shall only be provided in the United States and Canada.

4: United States Only – benefits shall only be provided in the United States.

Contact your representative to learn more:

Keith Loeffler

 713-817-3178

 kloeffler@masamts.com

This material is for informational purposes only and does not provide any coverage. Not all MASA MTS products and services are available to residents of all states. The benefits listed, and the descriptions thereof, do not represent the full terms and conditions applicable for usage and may only be offered in some memberships. Premiums and benefits vary depending on the plan selected. For a complete list of coverage and exclusions, please refer to the applicable member services agreement for your state. MASA MTS utilizes third-party transportation service providers and does not own or lease any vehicles. MASA, MASA Global, MASA MTS and MASA TRS are registered service marks of MASA Holdings, Inc., a Delaware corporation and an affiliated company with Medical Air Services Association, Inc. (MASA).

If a member has a high deductible health plan ("HDHP") that is compatible with a health savings account ("HSA"), benefits may become available under the MASA plan for expenses incurred for medical care (as defined under Internal Revenue Code (IRC) section 213 (d)) once a member satisfies the applicable statutory minimum deductible under IRC section 223(c) for HDHP coverage that is compatible with a HSA.



¿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

Telesalud



Recuro | www.recurohealth.com | (855) 673-2876

Los estudios muestran que más del 50 por ciento de las visitas al consultorio del médico se pueden manejar por teléfono. Con el programa de Telesalud, puede obtener un diagnóstico más rápido y pasar menos tiempo en la sala de espera.

Los médicos acreditados diagnosticarán su enfermedad, recomendarán el tratamiento y recetarán medicamentos por teléfono o vídeo. Puede comunicarse con ellos desde cualquier lugar – su hogar, trabajo, escuela, incluso durante las vacaciones. Pueden tratar problemas de salud comunes como el reflujo ácido, las alergias, el asma, el resfriado y la gripe, las infecciones de los senos paranasales, las erupciones cutáneas, el dolor de garganta y más.

Es como tener un médico de guardia cada vez que necesita asesoramiento médico. ¡El acceso está a una sola llamada o un solo clic!

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

Acceda a su beneficio de Recuro Care mediante:

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

En línea: www.mwgtelemedicine.com

01

Cree su inicio de sesión

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

02

Solicite una consulta

Ahora está listo para solicitar una consulta con un médico.

03



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...





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!

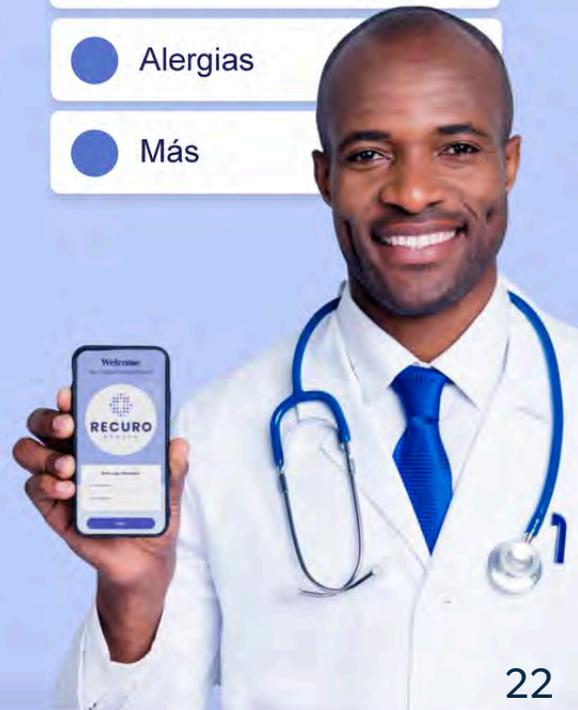

Visítenos
En línea


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



¡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.



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!

Cuentas de Gastos Flexibles

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | (866) 853-3539

FSA de Atención Médica

Una Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica (FSA de Atención Médica) es un programa aprobado por el IRS para ayudarle a ahorrar impuestos y pagar los gastos médicos de bolsillo que no están cubiertos por su plan médico. Si su plan incluye una opción de período de gracia, tiene tiempo adicional para incurrir y reclamar fondos no utilizados en el nuevo año del plan. Tenga en cuenta que los saldos restantes después de que se agote el período de gracia se perderán según la regla de "úselo o piérdalo".

El monto máximo de su contribución para 2025 es de \$3,300.

Puntos Destacados de la FSA de Atención Médica

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

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

FSA para el Cuidado de Dependientes

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

Puede asignar hasta \$5,000 por año fiscal para el reembolso de los servicios de cuidado de dependientes. Si está casado y presenta una declaración de impuestos por separado, el límite es de \$2,500.

Puntos destacados de la FSA para el Cuidado de Dependientes

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

Cuenta de Ahorros para la Salud

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | (866) 853-3539

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es una excelente manera de ayudarle a controlar sus costos de atención médica. Funciona en conjunto con un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) calificado para combinar ahorros libres de impuestos destinados a gastos médicos calificados. Una HSA le permite ahorrar dinero para pagar deducibles más altos asociados con un HDHP de prima mensual más baja. El dinero que ahorra en primas de seguro mensuales está reservado para gastos médicos elegibles en los que incurra en el futuro. Los gastos elegibles incluyen cosas como copagos y deducibles, recetas, gastos de visión, atención dental, terapia y suministros médicos.

Puntos destacados de la Cuenta de Ahorros para la Salud

- Balances roll over from year to year and earn interest along the way.
- Portable – you keep it even after you leave employment.
- Tax advantages – invest money in mutual funds to grow your tax savings for either future healthcare costs or retirement.
- Pay for expenses with a benefits debit card that gives you immediate access to your money at the time of purchase.
- Expenses also can be reimbursed through our online portal, online bill pay directly to your provider or submitting a distribution request form.
- Receipts are not required for reimbursement but be sure to save them for tax purposes.

¿Quién puede participar en una HSA?

- Debe estar inscrito en un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) calificado.
- No puede estar inscrito en Tricare o Medicare ni estar cubierto por el plan de atención médica tradicional (no HDHP) de su cónyuge.
- No puede participar en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de propósito general o en un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos.
- Se permiten Cuentas de Gastos Flexibles de Propósito Limitado (sólo gastos dentales y de visión).
- No puede participar si su cónyuge tiene una FSA de propósito general o un HRA en su lugar de trabajo.
- No puede participar si lo reclaman como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

	2024	2025
Límites de contribución a la HSA	<ul style="list-style-type: none">• Sólo usted: \$4,150• Familia: \$8,300	<ul style="list-style-type: none">• Sólo usted: \$4,300• Familia: \$8,550
Límites del deducible del seguro médico	<ul style="list-style-type: none">• Sólo usted: \$1,600• Familia: \$3,200	<ul style="list-style-type: none">• Sólo usted: \$1,650• Familia: \$3,300

Contribuciones de \$1,000 para ponerse al día (55 años o más)

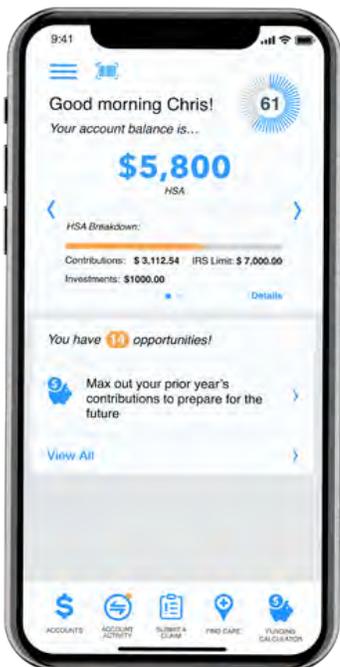
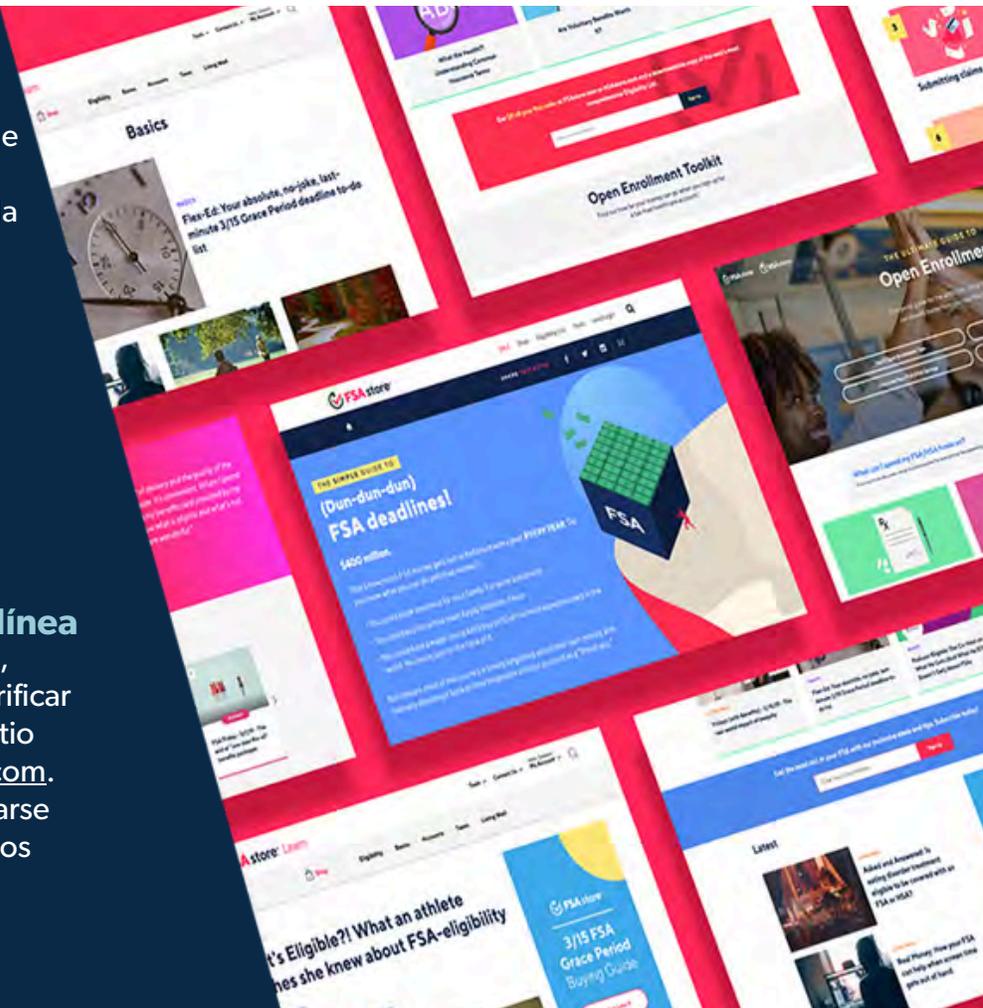
Recursos de la FSA y HSA

Tarjeta de Beneficios

La Tarjeta de Beneficios de FFGA está disponible para todos los empleados que participan en una Cuenta de Gastos Flexibles o una Cuenta de Ahorros para la Salud. La Tarjeta de Beneficios le proporciona acceso inmediato a su dinero en el punto de compra. Las tarjetas están disponibles para los empleados participantes, su cónyuge y sus dependientes elegibles que tengan al menos 18 años de edad.

Vea los detalles de su cuenta en línea

Regístrese para ver el saldo de su cuenta, encontrar formularios de impuestos y verificar el estado de reclamaciones en nuestro sitio web seguro. Inicie sesión en www.ffga.com. Después de iniciar sesión, puede registrarse para que los reembolsos sean depositados directamente en su cuenta bancaria.



Aplicación FF Mobile Account

Con la Aplicación FF Mobile Account, puede presentar reclamaciones, ver el saldo y el historial de la cuenta, verificar el estado de las reclamaciones, ver alertas, cargar recibos y documentación, ¡y más! La aplicación FF Mobile Account está disponible para dispositivos Apple® y Android™ en App Store o Google Play Store.

Tienda de la FSA/HSA

FFGA se ha asociado con la Tienda de la FSA y la Tienda de la HSA para ofrecerle tiendas en línea fáciles de usar para comprender y administrar mejor su cuenta. Puede comprar artículos médicos elegibles como vendajes y solución de lentes de contacto, buscar productos y servicios utilizando la Lista de Elegibilidad y visitar el Centro de Aprendizaje para encontrar respuestas a las preguntas más frecuentes. Visite las tiendas en www.ffga.com/individuals/#stores para obtener más detalles y ofertas especiales.



Seguro Dental

Opciones de Planes



Ameritas | www.ameritas.com | (800) 487-5553

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

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

Primas Mensuales de la Cobertura Dental

	Plan Superior	Plan Básico
Empleado Solo	\$45.48	\$29.40
Empleado + 1	\$93.48	\$54.22
Empleado + Familia	\$145.48	\$83.70

Resumen del plan dental superior (high)

Fecha de entrada en vigencia: 1 de septiembre de 2025

Beneficios del plan	
Procedimientos Tipo 1	100%
Procedimientos Tipo 2	80%
Procedimientos Tipo 3	50%
Deducible	\$50/año calendario Tipo 2 y Tipo 3 Procedimientos Tipo 1 exentos \$150 por familia
Máximo (por persona)	\$1,500 por año calendario
Provisión	Percentil 90 del costo usual y habitual (U&C)
Recompensas Dentales (Dental Rewards®)	Incluidas
Periodo de espera	Ninguno
Inscripciones abiertas anualmente	Incluidas

Resumen de ortodoncia – Cobertura de adultos y niños

Provisión	Costo Usual y Habitual (U&C)
Beneficios del plan	50%
Máximo de por vida (por persona)	\$1,000
Periodo de espera	Ninguno
Beneficio de transferencia	Asegurados iniciales y nuevos suscriptores

Listado muestra de procedimientos (Current Dental Terminology © Asociación Dental Americana)

Procedimientos Tipo 1	Procedimientos Tipo 2	Procedimientos Tipo 3
<ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina (1 cada 6 meses) Radiografías de aletas de mordida (1 cada 6 meses) Radiografías de toda la boca/panorámicas (1 en 3 años) Radiografías periapicales Limpiezas (1 cada 6 meses) Aplicación de flúor en niños menores de 17 años (1 cada 5 meses) Sellantes (15 años y menores) 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenedores de espacio Rellenos para caries Composite a base resina Reparación de dentaduras postizas Extracciones simples Extracciones complejas Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> Incrustaciones con recubrimiento cuspidéo Coronas (1 en 5 años por diente) Reparación de coronas Endodoncia (tratamiento no quirúrgico) Endodoncia (tratamiento quirúrgico) Periodoncia (tratamiento no quirúrgico) Periodoncia (tratamiento quirúrgico) Implantes Prostodoncia (puente fijo; dentaduras postizas completas/parciales) (1 en 5 años)

Tarifas Mensuales

Empleado únicamente	\$45.48
Empleado + 1 dependiente	\$93.48
Empleado + 2 o más dependientes	\$145.48

Información acerca de Ameritas

Estamos para ayudarlo

Este plan ha sido diseñado específicamente para los empleados de **Eagle Mountain-Saginaw ISD**. En Ameritas Group, no sólo brindamos cobertura: nos aseguramos de que siempre tenga a su disposición una voz amable que le explique sus beneficios, atienda sus dudas y responda a sus preguntas. Nuestros asociados del departamento de atención al cliente le asistirán con gusto de lunes a jueves entre 7 a.m. y la medianoche (Hora del Centro) y los viernes de 7 a.m. a 6:30 p.m. Se puede comunicar con ellos a la línea gratuita: 800-487-5553. Para obtener más información en cualquier momento acerca del plan, acceda a nuestro sistema automatizado de respuesta de voz o visítenos en la página de Internet ameritas.com

Medición de la Salud Dental (Dental Health Scorecard)

¿Cómo evalúa su salud dental?

Usted puede recibir su Reporte de Salud Dental al ingresar en línea a su cuenta segura para miembros del plan. Su evaluación se basa en los reclamos que ha enviado. El reporte también ofrece sugerencias para mejorar su salud dental. Los miembros de los planes de Ameritas pueden tener acceso a un reporte personalizado por medio de la página de Internet ameritas.com. Haga clic en "Account Access" (Acceso a la Cuenta) en la parte superior derecha y elija la opción "Dental/Vision/Hearing". Seleccione el enlace "Secure Member Account" (Cuenta Segura para Miembros) e ingrese a su cuenta para ver su reporte.

Ahorros en medicamentos recetados

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro. Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet ameritas.com e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

Ahorros en armazones y lentes

Los miembros del plan de Ameritas pueden ahorrar hasta un 10% en armazones y lentes adquiridos en cualquier Walmart Vision Center a nivel nacional. Los miembros pueden traer su receta de visión actual de otro proveedor de atención oftalmológica y comprar anteojos en Walmart. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro: está disponible sin ningún cargo adicional a su prima. Para recibir su tarjeta de identificación de ahorro, visite ameritas.com e inicie una sesión con (o cree) su cuenta de miembro segura. Será necesario que los miembros presenten su tarjeta de ahorros de Ameritas para armazones y lentes al momento de la compra para recibir los descuentos.

Dental Rewards® (recompensas dentales)

Este plan dental incluye una valiosa característica que les permite a los miembros que califiquen al plan transferir una porción del beneficio anual máximo que no haya sido usado. Un miembro del plan obtiene recompensas dentales si envía por lo menos un reclamo por gastos dentales realizados durante el año de beneficios, siempre y cuando sus beneficios sean iguales o estén por debajo del umbral de beneficios de ese año. Los empleados y sus dependientes cubiertos pueden acumular recompensas hasta el monto máximo anual de transferencias establecido, para luego utilizar esas recompensas para cualquier procedimiento dental cubierto, sujeto a coaseguro o provisiones del plan aplicables. Sin un miembro del plan no presenta un reclamo dental durante un año de beneficio, pierde todas las recompensas acumuladas. Sin embargo, podrá ganar recompensas nuevamente el año siguiente.

Umbral de beneficios	\$500	Los beneficios dentales anuales recibidos no pueden exceder esta suma
Transferencia anual	\$250	El monto de Recompensas Dentales se agrega al máximo del año siguiente
Transferencia máxima	\$1,000	Máxima acumulación posible de Recompensas Dentales

Ortodoncia - Asegurados iniciales y nuevos suscriptores

Ameritas proporcionará cobertura en programas de tratamiento de ortodoncia en curso y pagará hasta el máximo en ortodoncia de Ameritas y se restarán los beneficios que el miembro del plan ha recibido por parte de otra compañía de seguros.

Información acerca de la red de proveedores dentales

Para encontrar a un proveedor, visite la página de Internet ameritas.com y seleccione «**FIND A PROVIDER**», y después «**DENTAL**». Ingrese su criterio de selección y elija buscar según su ubicación o buscar a un dentista o clínica específico. Residentes de California: Cuando se le pida seleccionar una red, elija la red de Ameritas que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación o llame a nuestro departamento de atención al cliente al teléfono 800-487-5553. Su red de proveedores de Ameritas es «Classic» y «Plus Network».

Previo al tratamiento

Aunque no exigimos que complete un formulario de autorización previo al tratamiento para ningún procedimiento, le recomendamos que sí lo haga para los trabajos dentales que considere costosos. Como consumidor inteligente, es bueno que conozca anticipadamente su contribución en los costos. Sólo pídale a su dentista que presente la información para un presupuesto previo al tratamiento ante nuestro departamento de atención al cliente. Le informaremos tanto a usted como a su dentista acerca de la cantidad exacta que su seguro cubrirá y lo que usted será responsable de pagar. De este modo, no habrá sorpresas una vez que el trabajo sea realizado.

Inscripción abierta

Si un miembro decide no participar cuando es inicialmente elegible, puede optar por participar durante el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza. Dicho periodo de inscripción será llevado a cabo cada año y aquellos que elijan participar en esta póliza durante ese periodo, su seguro entrará en vigor a partir del 1 de septiembre. Si no se inscribe durante el periodo de inscripción abierta de su empresa, estará sujeto a la disposición de ingreso tardío.

Sección 125

Este plan se ofrece como parte del Plan de la Sección 125 del titular de la póliza. Todos los empleados tienen la opción, conforme a la Sección 125, de participar o no en este plan. Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza.

Servicios de idiomas

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores dentales y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para obtener un listado completo de los procedimientos cubiertos, comuníquese con su administrador de beneficios.

Resumen del Plan Dental Básico (Low)

Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre de 2025

Beneficios del plan	
Procedimientos Tipo 1	100%
Procedimientos Tipo 2	80%
Procedimientos Tipo 3	50%
Deducible	\$50/año calendario Tipo 2 y Tipo 3 Procedimientos Tipo 1 exentos \$150 por familia
Máximo (por persona)	\$1,000 por año calendario
Provisión	Tarifa con descuento
Periodo de espera	Ninguno
Inscripciones abiertas anualmente	Incluidas

Resumen de ortodoncia - Cobertura para niños únicamente

Provisión	Costo Usual y Habitual (U&C)
Beneficios del plan	50%
Máximo de por vida (por persona)	\$750
Periodo de espera	Ninguno
Beneficio de transferencia	Asegurados iniciales y nuevos suscriptores

Listado muestra de procedimientos (Current Dental Terminology © Asociación Dental Americana)

Procedimientos Tipo 1	Procedimientos Tipo 2	Procedimientos Tipo 3
<ul style="list-style-type: none"> Examen de rutina (1 cada 6 meses) Radiografías de aletas de mordida (1 cada 6 meses) Radiografías de toda la boca/panorámicas (1 en 3 años) Radiografías periapicales Limpiezas (1 cada 6 meses) Aplicación de flúor en niños menores de 17 años (1 cada 6 meses) Sellantes (15 años y menores) 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenedores de espacio Rellenos para caries Composite a base resina Reparación de dentaduras postizas Extracciones simples Extracciones complejas Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> Incrustaciones con recubrimiento cuspeo Coronas (1 en 5 años por diente) Reparación de coronas Endodoncia (tratamiento no quirúrgico) Endodoncia (tratamiento quirúrgico) Periodoncia (tratamiento no quirúrgico) Periodoncia (tratamiento quirúrgico) Implantes Prostodoncia (puente fijo; dentaduras postizas completas/parciales) (1 en 5 años)

Tarifas Mensuales

Empleado únicamente	\$29.40
Empleado + 1 dependiente	\$54.22
Empleado + 2 o más dependientes	\$83.70

Información acerca de Ameritas

Estamos para ayudarlo

Este plan ha sido diseñado específicamente para los empleados de **Eagle Mountain-Saginaw ISD**. En Ameritas Group, no sólo brindamos cobertura: nos aseguramos de que siempre tenga a su disposición una voz amable que le explique sus beneficios, atienda sus dudas y responda a sus preguntas. Nuestros asociados del departamento de atención al cliente le asistirán con gusto de lunes a jueves entre 7 a.m. y la medianoche (Hora del Centro) y los viernes de 7 a.m. a 6:30 p.m. Se puede comunicar con ellos a la línea gratuita: 800-487-5553. Para obtener más información en cualquier momento acerca del plan, acceda a nuestro sistema automatizado de respuesta de voz o visítenos en la página de Internet ameritas.com

Medición de la Salud Dental (Dental Health Scorecard)

¿Cómo evalúa su salud dental?

Usted puede recibir su Reporte de Salud Dental al ingresar en línea a su cuenta segura para miembros del plan. Su evaluación se basa en los reclamos que ha enviado. El reporte también ofrece sugerencias para mejorar su salud dental. Los miembros de los planes de Ameritas pueden tener acceso a un reporte personalizado por medio de la página de Internet ameritas.com. Haga clic en "Account Access" (Acceso a la Cuenta) en la parte superior derecha y elija la opción "Dental/Vision/Hearing". Seleccione el enlace "Secure Member Account" (Cuenta Segura para Miembros) e ingrese a su cuenta para ver su reporte.

Ahorros en medicamentos recetados

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro.

Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet ameritas.com e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

Ahorros en armazones y lentes

Los miembros del plan de Ameritas pueden ahorrar hasta un 10% en armazones y lentes adquiridos en cualquier Walmart Vision Center a nivel nacional. Los miembros pueden traer su receta de visión actual de otro proveedor de atención oftalmológica y comprar anteojos en Walmart. Este acuerdo especial de ahorro no es un seguro: está disponible sin ningún cargo adicional a su prima.

Para recibir su tarjeta de identificación de ahorro, visite ameritas.com e inicie una sesión con (o cree) su cuenta de miembro segura. Será necesario que los miembros presenten su tarjeta de ahorros de Ameritas para armazones y lentes al momento de la compra para recibir los descuentos.

Ortodoncia - Asegurados iniciales y nuevos suscriptores

Ameritas proporcionará cobertura en programas de tratamiento de ortodoncia en curso y pagará hasta el máximo en ortodoncia de Ameritas y se restarán los beneficios que el miembro del plan ha recibido por parte de otra compañía de seguros.

Información acerca de la red de proveedores dentales

Para encontrar a un proveedor, visite la página de Internet ameritas.com y seleccione «**FIND A PROVIDER**», y después «**DENTAL**». Ingrese su criterio de selección y elija buscar según su ubicación o buscar a un dentista o clínica específico. Residentes de California: Cuando se le pida seleccionar una red, elija la red de Ameritas que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación o llame a nuestro departamento de atención al cliente al teléfono 800-487-5553.

Su red de proveedores de Ameritas es «Classic» y «Plus Network».

Previo al tratamiento

Aunque no exigimos que complete un formulario de autorización previo al tratamiento para ningún procedimiento, le recomendamos que si lo haga para los trabajos dentales que considere costosos. Como consumidor inteligente, es bueno que conozca anticipadamente su contribución en los costos. Sólo pídale a su dentista que presente la información para un presupuesto previo al tratamiento ante nuestro departamento de atención al cliente. Le informaremos tanto a usted como a su dentista acerca de la cantidad exacta que su seguro cubrirá y lo que usted será responsable de pagar. De este modo, no habrá sorpresas una vez que el trabajo sea realizado.

Inscripción abierta

Si un miembro decide no participar cuando es inicialmente elegible, puede optar por participar durante el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza. Dicho periodo de inscripción será llevado a cabo cada año y aquellos que elijan participar en esta póliza durante ese periodo, su seguro entrará en vigor a partir del 1 de septiembre. Si no se inscribe durante el periodo de inscripción abierta de su empresa, estará sujeto a la disposición de ingreso tardío.

Sección 125

Este plan se ofrece como parte del Plan de la Sección 125 del titular de la póliza. Todos los empleados tienen la opción, conforme a la Sección 125, de participar o no en este plan. Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza.

Asistencia a nivel mundial

Si un miembro del plan tiene una emergencia odontológica fuera de Estados Unidos, AXA Assistance le puede ayudar. AXA proporciona una recomendación para acudir un proveedor confiable y hasta puede ayudarlo para concertar la cita. Los proveedores que AXA recomienda no son miembros de la red de proveedores de Ameritas. La información de contacto de AXA está disponible en la cuenta segura para miembros del plan.

Servicios de idiomas

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores dentales y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

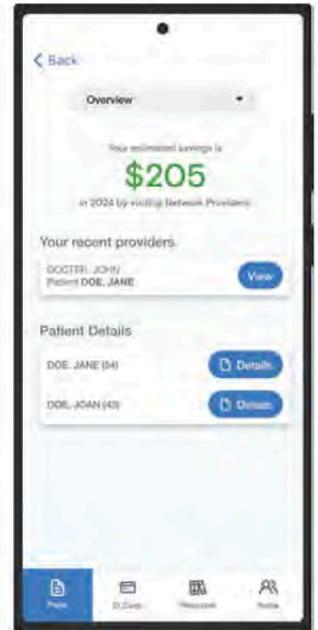
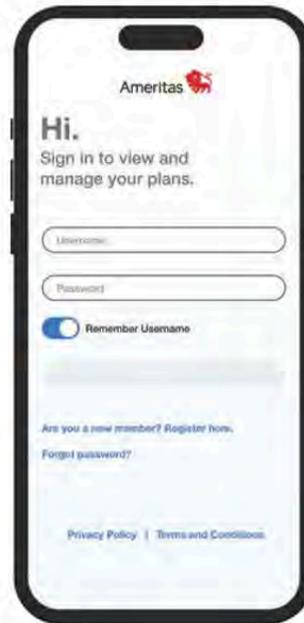
Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para obtener un listado completo de los procedimientos cubiertos, comuníquese con su administrador de beneficios.

Descargue la aplicación digital beneficios de Ameritas

Si usted abrió su cuenta para miembros del plan, puede descargar la aplicación digital beneficios de Ameritas, y fácilmente buscar dentistas, ver sus beneficios dentales, reclamos procesados y tarjetas de identificación.



Disponible para iOS y Android



HERRAMIENTAS



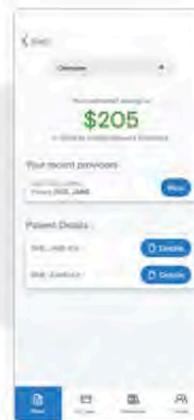
Encuentre a un dentista localizado en su área.



Acceso rápido a todas sus tarjetas de identificación*.



Acceso a la información de sus beneficios*.



Revise el uso del deducible y máximo de beneficios.



Revise y descargue la Explicación de Beneficios (EOB).



Elija recibir documentos vía electrónica.

Descargue hoy mismo la aplicación digital de Ameritas. Para ingresar a la aplicación utilice su correo electrónico y la contraseña que dio de alta en su cuenta para miembros del plan.



*Acceso adicional que incluye la información de beneficios oftalmológicos y LASIK, si así aplica.

Ameritas el símbolo del bisonte, "fulfilling life" son marcas o servicios registrados a nombre de Ameritas Life, de su filial Ameritas Holding Company o Ameritas Mutual Holding Company.

© 2024 Ameritas Mutual Holding Company.

Seguro de Visión

Ameritas | www.ameritas.com | (800) 487-5553

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

Su empleador le ofrece un plan de visión para atender sus necesidades y las de su familia. Debe inscribirse en el plan de visión cada año del plan y las primas generalmente se pagan mediante deducciones de nómina. Éstas son sólo algunas de las áreas en las que ahorrará dinero con su plan:

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

Prima Mensual de la Cobertura de Visión

Empleado Solo	\$9.88
Employee + Uno	\$16.82
Empleado + Familia	\$24.71



Resumen del Plan Focus®

Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre de 2025

	Red de proveedores VSP Choice Network + Afiliados	Fuera de la red
Deducibles	\$10 Examen	\$10 Examen
Examen anual de la vista	\$25 Lentes para anteojos o armazones* Cubierto al 100%	\$25 Lentes para anteojos o armazones Hasta \$45
Lentes (por par)		
Monofocales	Cubiertos al 100%	Hasta \$30
Bifocales	Cubiertos al 100%	Hasta \$50
Trifocales	Cubiertos al 100%	Hasta \$65
Lenticulares	Cubiertos al 100%	Hasta \$100
Progresivos	Vea opciones de lentes	No aplica
Lentes de contacto		
Ajuste y exámenes de seguimiento	Costo para miembros hasta \$60	No hay beneficios
Opcionales	Hasta \$150	Hasta \$120
Medicamento necesarios	Cubiertos al 100%	Hasta \$210
Provisión en Armazones	\$150**	Hasta \$75
Frecuencias (meses)		
Examen/Lente/Armazón	12/12/24 Con base en la fecha de servicio	12/12/24 Con base en la fecha de servicio

*El deducible aplica para un par completo de anteojos o armazones, cualquiera que sea lo elegido.

**La provisión para Costco y Walmart será el equivalente de la venta al mayoreo.

Opciones de lentes (costo para miembro del plan)*

	Red de proveedores VSP Choice Network + Afiliados (Otro que no sea Costco)	Fuera de la red
Lentes progresivos		
Estándar	Cubiertos al 100%	Hasta la provisión de bifocales con línea.
Prima	Hasta la tarifa contratada con el proveedor para bifocales. El paciente es responsable de pagar la diferencia entre el costo de lentes básicos y el costo de lentes progresivos.	Hasta la provisión de bifocales con línea.
Estándar Policarbonato	Cubierto al 100% para hijos dependientes \$33 adultos	No hay beneficios
Polarizado plástico uniforme	\$15 (excepto rosa I y II)	No hay beneficios
Polarizado plástico con graduación	\$17	No hay beneficios
Lentes fotocromáticos (vidrio y plástico)	\$31-\$82	No hay beneficios
Revestimiento resistente a rayones	\$17-\$33	No hay beneficios
Revestimiento antirreflejo	\$43-\$85	No hay beneficios
Protección contra rayos ultravioleta	\$16	No hay beneficios

*Los costos para los miembros del plan en las opciones en lentes, pueden variar conforme al nivel de graduación, opción elegida y tiendas al menudeo

Tarifas Mensuales

Empleado únicamente	\$9.88
Empleado + 1 dependiente	\$16.82
Empleado + 2 o más dependientes	\$24.71

Características adicionales de la red Focus® Choice

Lentes de contacto opcionales	La provisión puede aplicar para desechables, pero la cantidad en dólares debe ser usada en su totalidad una sola vez (el proveedor ordenará materiales para 3 a 6 meses). Aplica cuando los lentes de contacto fueron elegidos en lugar de anteojos. Para planes con una provisión por separado para ajuste y examen de lentes de contacto (incluidos los exámenes de seguimiento), el costo del ajuste y la evaluación se deducirá de la provisión.
Anteojos adicionales	20% de descuento adicional por pares completos de anteojos y/o gafas de sol con prescripción.
Descuento en armazones	VSP ofrece un 20% de descuento sobre la cantidad que exceda la provisión para precios al menudeo.*
Laser VisionCare	VSP ofrece en promedio un descuento de 15% o 5% sobre el precio de promoción ofrecido en procedimiento LASIK Custom LASIK y PRK. El desembolso máximo por ojo que pagan los miembros del plan es de \$1,800 en cirugía LASIK, \$2,300 en cirugía personalizada LASIK utilizando tecnología Wavefront y \$1,500 en cirugía PRK. Para poder recibir beneficios, un proveedor de VSP debe coordinar el procedimiento.
Vision menor	Con autorización previa, 75% de la cantidad aprobada (se cubre hasta \$1,000 cada dos años).

Conforme a las leyes que así apliquen, los costos reducidos pueden variar según la ubicación de los doctores.

Ahorros en medicamentos recetados

Nuestros miembros y sus dependientes con cobertura pueden ahorrar en medicamentos recetados en más de 60,000 farmacias en todo el país, entre las que se encuentran CVS, Walgreens, Rite Aid y Walmart. Este descuento se ofrece sin costo adicional y no es un seguro.

Para recibir este descuento en recetas los miembros únicamente tienen que visitar nuestra página de Internet ameritas.com e ingresar (o crear) una cuenta segura, por medio de la cual podrán tener acceso e imprimir una tarjeta de identificación de ahorros para recibir los descuentos.

Servicios oftalmológicos para miembros del plan

El plan Focus para el cuidado de la vista de Ameritas Group ofrece la red VSP de atención oftalmológica, la cual ahorra dinero a los miembros del plan. El servicio de Atención al Cliente para los miembros del plan está disponible a través de representantes capacitados y serviciales de VSP. Llámenos o consulte nuestra página de Internet para encontrar a los proveedores de la red VSP más cercanos, revisar información sobre los beneficios del plan y mucho más.

Centro de Atención al Cliente de VSP: 1-800-877-7195

- Horario de los servicios de Atención al Cliente: De 5 a.m. a 7 p.m. (hora del Pacífico) de lunes a viernes y los sábados de 6 a.m. a 2:30 p.m. (hora del Pacífico)
- Sistema Interactivo de Respuesta de Voz disponible las 24 horas y los 7 días de la semana

Encuentre a un proveedor VSP en la página de Internet: ameritas.com

Revise la información del plan acerca de los beneficios en el sitio: vsp.com

Sección 125

Este plan se ofrece como parte del Plan de la Sección 125 del titular de la póliza. Todos los empleados tienen la opción, conforme a la Sección 125, de participar o no en este plan. Si el miembro del plan no opta por participar cuando se le informa que cumple con los requisitos (periodo inicial), éste puede elegir participar en el próximo periodo de inscripción del titular de la póliza.

Servicios de idiomas

Reconocemos la importancia de comunicarnos con el creciente número de clientes que hablan otros idiomas. Esta es la razón por la cual ofrecemos un programa de asistencia en idiomas que le permite tener acceso a: Representantes de servicio al cliente en el área de reclamos que lo atenderán completamente en español, servicios de interpretación telefónica en una amplia variedad de idiomas, versión en español de la página de Internet donde puede buscar un dentista de la red de proveedores dentales y diferentes documentos en español como formularios de inscripción, formularios de reclamos y certificados de seguro.

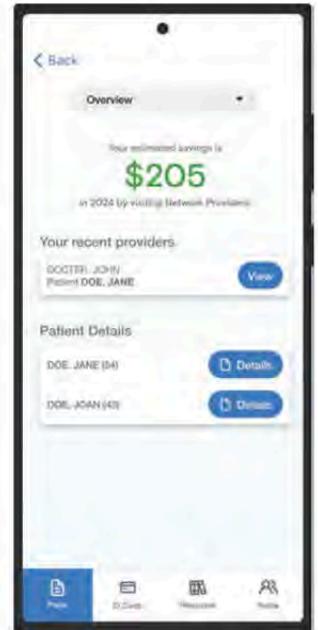
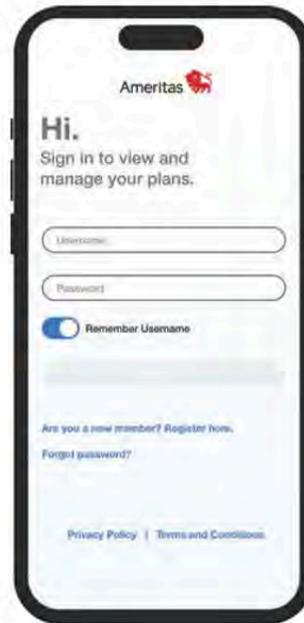
Este documento contiene las características destacadas de los beneficios del plan ofrecidos por Ameritas Life Insurance Corp. y elegidos por su empleador. No es un certificado de seguros y no incluye las exclusiones ni las limitaciones. Para conocer exclusiones y limitaciones o para obtener un listado completo de los procedimientos cubiertos, comuníquese con su administrador de beneficios.

Descargue la aplicación digital beneficios de Ameritas

Si usted abrió su cuenta para miembros del plan, puede descargar la aplicación digital beneficios de Ameritas, y fácilmente buscar dentistas, ver sus beneficios dentales, reclamos procesados y tarjetas de identificación.



Disponible para iOS y Android



HERRAMIENTAS



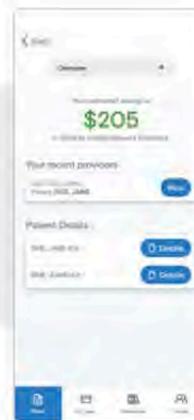
Encuentre a un dentista localizado en su área.



Acceso rápido a todas sus tarjetas de identificación*.



Acceso a la información de sus beneficios*.



Revise el uso del deducible y máximo de beneficios.



Revise y descargue la Explicación de Beneficios (EOB).



Elija recibir documentos vía electrónica.

Descargue hoy mismo la aplicación digital de Ameritas. Para ingresar a la aplicación utilice su correo electrónico y la contraseña que dio de alta en su cuenta para miembros del plan.



*Acceso adicional que incluye la información de beneficios oftalmológicos y LASIK, si así aplica.

Ameritas el símbolo del bisonte, "fulfilling life" son marcas o servicios registrados a nombre de Ameritas Life, de su filial Ameritas Holding Company o Ameritas Mutual Holding Company.

© 2024 Ameritas Mutual Holding Company.

Seguro de Vida a Término y AD&D

Pagado por el Empleador y Voluntario

UNUM | www.unum.com | (866) 679-3054

Seguro de Vida a Término Pagado por el Empleador

El seguro de vida protege a sus seres queridos. Paga un beneficio para que puedan pagar los gastos del funeral, pagar deudas y mantener su nivel de vida actual. Es una de las mejores formas de mostrarles que usted se preocupa por ellos. Su empleador proporciona a todos los empleados elegibles una póliza de \$10,000. Su empleador paga el 100% del costo de esta póliza. Se trata de una póliza de vida a término que está en vigor mientras esté empleado.

Seguro de Vida a Término Voluntario

El seguro de vida voluntario es una cobertura de vida a término que usted puede comprar además del plan de seguro básico de vida proporcionado por su empleador. Lo cubrirá por un período específico mientras esté empleado. Los montos de los planes se ofrecen en niveles para que pueda elegir el monto de cobertura que mejor se adapte a usted y su familia. Como se trata de un plan grupal, las primas suelen ser más bajas, así que es más económico obtener la tranquilidad que ofrece un seguro de vida. Se aplican limitaciones. Consulte la póliza para obtener más detalles. Visite el Centro de Beneficios para Empleados para obtener más detalles.





Seguro de Vida a Término Fijo

puede proporcionarle dinero a su familia si usted fallece o se le diagnostica una enfermedad terminal.

¿Cómo funciona?

Usted elige el monto de cobertura que sea adecuado para usted, y conserva la cobertura durante un plazo determinado, o "término". Si muere durante ese plazo, el dinero puede ayudar a su familia a pagar los costos básicos de vida, los gastos funerarios, los gastos escolares y más.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

Si ha comprado cobertura antes, podrá aumentarla hasta en \$200,000 sin tener que contestar un cuestionario médico ni someterse a exámenes de salud.

¿Quién puede adquirir la cobertura del Seguro de Vida a Término Fijo?

Si usted se encuentra laboralmente activo al menos 20 horas por semana, puede solicitar cobertura para:

Usted:	Elija de \$10,000 a \$500,000 en incrementos de \$10,000 hasta 5 veces sus ingresos. Si ha comprado cobertura antes, podrá aumentarla hasta en \$200,000, su monto de emisión garantizado, sin contestar un cuestionario médico. Si ha rechazado cobertura antes, podría tener que responder algunas preguntas de salud.
Su	Puede adquirir hasta \$100,000 de cobertura en incrementos de \$5,000. Si antes ha comprado cobertura para su cónyuge, se podrá aumentar dicha cobertura hasta en \$50,000, su monto de emisión garantizado, sin tener que responder un cuestionario médico ni someterse a exámenes de salud, si reúne los requisitos (véase la fecha de vigencia retrasada). Si antes ha rechazado cobertura para su cónyuge, es posible que sea necesario responder un cuestionario médico.
Sus hijos:	Elija \$ 1,000, \$ 2,000, \$ 4,000, \$ 5,000 o \$ 10,000 de cobertura, si reúne los requisitos (véase la fecha de vigencia pospuesta). Una sola póliza cubre a todos sus hijos hasta que cumplan los 26th años. El beneficio máximo que se paga por un niño desde su nacimiento con vida hasta los 6 meses es de \$1,000.

¿Qué más incluye?

Un beneficio "en vida"

Si se le diagnosticara una enfermedad terminal con una expectativa de vida de menos de 12 meses, usted podría solicitar el 50% de su beneficio de Seguro de Vida (hasta los \$750,000) mientras aún está con vida. Esta cantidad se deducirá del beneficio por fallecimiento. Estos pagos de beneficios pueden afectar negativamente la elegibilidad del beneficiario para Medicaid u otros beneficios o derechos gubernamentales, y pueden estar sujetos a impuestos. Los beneficiarios deben consultar a su abogado o asesor fiscal antes de utilizar los pagos de beneficios de vida.

Exención del pago de las primas

Puede que quede exento del pago de las primas si tiene una incapacidad total durante un periodo de tiempo.

Portabilidad

Puede ser posible guardar su cobertura si deja la compañía, se jubila, o cambia la cantidad de horas que trabaja.

Un empleado o dependiente no reunirá los requisitos necesarios para recibir la cobertura portátil si su expectativa de vida se ve afectada sustancialmente a causa de una lesión o enfermedad cuando termina su cobertura colectiva.

Seguro de Vida a Término Fijo

¿Qué cantidad de cobertura puedo adquirir?

Calcule su costo

1. Introduzca el monto de cobertura de que desee.
2. Divídalo por el monto indicado.
3. Multiplíquelo por la tarifa. Consulte la tabla (a la derecha) para encontrar la tarifa que corresponda a su edad.
(Elija la edad que tendrá cuando su cobertura entre en vigencia en 01/09/2019. Para determinar la tarifa de cónyuge, elija la edad que tendrá el empleado cuando la cobertura entrará en vigencia el 01/09/2019.)
4. Introduzca su costo.

	1	2	3	4
Empleado	\$ _____,000	÷ \$10,000 = \$ _____	X \$ _____	= \$ _____
Cónyuge	\$ _____,000	÷ \$5,000 = \$ _____	X \$ _____	= \$ _____
Hijo	\$ _____,000		X \$ _____	= \$ _____
Costo total				

Tarifa Mensual de la cobertura a Término Fijo para el empleado	
Edad	Por cada \$10,000 de cobertura Costo
15-24	\$0.600
25-29	\$0.600
30-34	\$0.800
35-39	\$1.100
40-44	\$1.600
45-49	\$2.700
50-54	\$4.600
55-59	\$7.750
60-64	\$11.250
65-69	\$18.700
70-74	\$36.800
75+	\$36.800

Tarifa Mensual para el cónyuge
Por cada \$5,000 de cobertura Costo
\$0.300
\$0.300
\$0.400
\$0.550
\$0.800
\$1.350
\$2.300
\$3.875
\$5.625
\$9.350
\$18.400
\$18.400

Tarifa Mensual para hijos
\$0.20 por \$1,000
\$0.39 por \$2,000
\$0.78 por \$4,000
\$0.98 por \$5,000, o
\$1.960 por \$10,000 de cobertura

El monto real que se le facture puede variar ligeramente. Si solicita un monto de cobertura que supere el monto de emisión garantizada, tendrá que responder un cuestionario médico que puede afectar a la posibilidad de que consiga el monto más alto. Para comprar cobertura para dependientes, usted debe comprar cobertura para usted mismo. Los montos de cobertura no pueden exceder el 100% de los montos de cobertura de usted.

Exclusiones y limitaciones

Estar laboralmente activo

Los empleados que reúnan los requisitos deben estar laboralmente activos para poder solicitar cobertura. Encontrarse laboralmente activo significa que en el día en que el empleado solicita cobertura, debe encontrarse trabajando en uno de los establecimientos comerciales de su compañía o encontrarse trabajando en un establecimiento en el que represente a su compañía. Si solicita la cobertura un día que no sea uno de sus días laborables programados, se considerará laboralmente activo a partir de su último día laborable programado. No se considerarán laboralmente activos los empleados que hayan tomado licencias de ausencia o hayan sido despedidos.

Un niño dependiente minusválido y soltero que se quede minusválido antes de cumplir los 26 años de edad puede cumplir los requisitos para recibir beneficios. Consulte al administrador de su plan para conocer los requisitos en detalle.

Para recibir cobertura, los empleados deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente autorizados para trabajar en los Estados Unidos. Los cónyuges y dependientes deben vivir en los Estados Unidos para recibir cobertura.

Los empleados deben estar empleados en activo del empleador en los Estados Unidos para recibir cobertura. Los empleados deben estar asegurados en virtud del plan para cónyuges y dependientes para reunir los requisitos para recibir cobertura.

Exclusiones y limitaciones

No se pagarán los beneficios de Seguro de Vida en caso de muerte por suicidio que ocurra en los primeros 24 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. Lo mismo se aplica a los beneficios aumentados o adicionales.

Fecha de vigencia retrasada de la cobertura

Empleado: Se atrasará la cobertura del seguro si usted no trabaja como empleado activo a causa de una lesión, enfermedad, despido temporal de trabajo o licencia de ausencia en la fecha en que, de lo contrario, el seguro habría entrado en vigencia.

Fecha de vigencia retrasada: Si su cónyuge o hijo sufre una lesión, enfermedad o trastorno grave, o está confinado, es posible que su cobertura no entre en vigencia. El pago de la prima no garantiza cobertura. Consulte su póliza o contrato o comuníquese con el administrador de su plan para más información acerca de la provisión de fecha de vigencia pospuesta que se corresponde con su plan.

Reducción por edad

Las cantidades de cobertura del Seguro de Vida para usted y sus dependientes se reducirán al 65% del monto original cuando cumpla 70 años, y se reducirán al 50% del monto original cuando cumpla los 75 años. No se puede aumentar la cobertura después de una reducción.

Terminación de cobertura

Su cobertura y la cobertura de sus dependientes bajo la póliza terminará en una de las fechas enumeradas a continuación, la que suceda primero:

- la fecha en que se cancele la póliza o el plan
- la fecha en que deje de pertenecer a un grupo que reúna los requisitos necesarios
- la fecha en que su grupo que reúne los requisitos necesarios deje de estar cubierto
- el último día del periodo para el cual usted haya hecho alguna contribución obligatoria
- el último día en que trabaje como empleado activo (a menos que la cobertura continúe a causa de un despido de trabajo, licencia de ausencia, lesión o enfermedad) según se describe en el certificado de cobertura

Asimismo, la cobertura de cualquier dependiente terminará en una de las fechas enumeradas a continuación, la que suceda primero:

- la fecha en que termine su cobertura bajo un plan
- la fecha en que su dependiente ya no reúna los requisitos necesarios
- para cónyuges, la fecha de divorcio o anulación
- para dependientes, la fecha de su fallecimiento

Unum cubrirá una reclamación válida que surja mientras usted y sus dependientes estén cubiertos por la póliza o el plan.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro disponible. Es posible que la póliza o sus disposiciones varíen o no estén disponibles en algunos estados. La póliza tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquiera de los beneficios pagaderos. Para conocer los detalles completos de la cobertura y disponibilidad, consulte el formulario de póliza C.FP-1 et al, o comuníquese con su representante de Unum.

Los servicios de Recursos Legales y Financieros para la Planificación de la Vida, provistos por HealthAdvocate, están disponibles con determinadas ofertas de seguro de Unum. Los términos y la disponibilidad del servicio están sujetos a cambios. Los proveedores de servicios no proporcionan asesoramiento jurídico; consulte a su abogado para recibir orientación. Los servicios no son válidos después de que termine la cobertura. Para conocer los detalles, comuníquese con su representante de Unum.

Unum cumple con todas las leyes estatales de unión civil de la pareja doméstica sean aplicables.

Suscrito por:

Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2018 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y una marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

Texas Life

Seguro de Vida Permanente



Texas Life | www.texaslife.com | (800) 283-9233

Texas Life Insurance - Seguro de Vida Permanente Transferible

La tranquilidad que ofrece el seguro de vida permanente y voluntario es incomparable. Es un compañero sólido para su plan de seguro de vida grupal. Texas Life ofrece un seguro de vida que usted puede conservar durante toda la vida. El plan es fácil de comprar, pagar y mantener gracias a la conveniencia de la deducción de nómina. La cobertura es asequible y confiable. Además, Texas Life tiene más de un siglo de experiencia en la protección de familias y la tranquilidad que sólo puede dar un seguro de vida permanente.

Puntos destacados del Seguro de Vida Permanente de Texas Life

- Usted es dueño de la póliza, incluso si cambia de trabajo o se jubila.
- La póliza permanece en vigor hasta que usted fallezca o hasta los 121 años, siempre que pague la prima necesaria a tiempo.
- Se trata de una póliza de vida permanente y universal, lo que significa que puede estar tranquilo sabiendo que sus seres queridos estarán bien atendidos cuando usted se vaya.

UN SEGURO DE VIDA QUE USTED MANTIENE

PURELIFE-PLUS

El seguro de vida puede ser una forma ideal de proporcionarle dinero a su familia cuando más lo necesita. PURELIFE-PLUS ofrece un seguro permanente con una elevada indemnización por fallecimiento y garantías prolongadas¹ que pueden brindarle tranquilidad financiera a usted y a sus seres queridos. PURELIFE-PLUS es un complemento ideal para cualquier seguro de vida temporal colectivo y adicional que su empleador pueda proporcionar y tiene las siguientes características:



ES ASEQUIBLE
USTED ES EL DUEÑO



PUEDA LLEVARLO CON USTED
CUANDO CAMBIE DE TRABAJO
O SE JUBILE



LO PAGA A TRAVÉS DE CÓMODAS
DEDUCCIONES SALARIALES



TAMBIÉN PUEDE OBTENER
COBERTURA PARA SU
CÓNYUGE, HIJOS Y NIETOS²



PUEDA OBTENER UN BENEFICIO
EN VIDA SI LE DIAGNOSTICAN
UNA ENFERMEDAD TERMINAL³



PUEDA OBTENER DINERO
EN EFECTIVO PARA CUBRIR
GASTOS BÁSICOS EN CASO DE
QUE LE DIAGNOSTIQUEN UNA
ENFERMEDAD CRÓNICA⁴

3 PREGUNTAS RÁPIDAS

Puede calificar para obtener el seguro al responder solo 3 preguntas, sin exámenes ni agujas.

DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, EL ASEGURADO POTENCIAL:

1. ¿Ha trabajado activamente en un empleo de tiempo completo en el cual llevaba a cabo tareas habituales?
2. ¿Se ha ausentado del trabajo debido a una enfermedad o un tratamiento médico durante un período de más de 5 días hábiles consecutivos?
3. ¿Ha estado discapacitado o se ha sometido a exámenes, tratamiento o atención de cualquier tipo en un hospital u hogar de ancianos, o se ha sometido a quimioterapia, terapia hormonal para el cáncer, radiación, tratamiento de diálisis o tratamiento por abuso de alcohol o drogas?



TEXASLIFE INSURANCE COMPANY
Since 1901 | 900 WASHINGTON | POST OFFICE BOX 830 | WACO, TEXAS 76703-0830

El agente o la agencia que ofrece esta cobertura no está afiliado a Texas Life, excepto para comercializar sus productos. Los pagos de reclamaciones son responsabilidad de Texas Life Insurance Company.

PureLife-plus es un seguro de vida ajustable con prima flexible hasta los 121 años de edad. Al igual que con la mayoría de los productos de seguro de vida, los contratos y cláusulas adicionales de Texas Life incluyen ciertas exclusiones, limitaciones, excepciones, reducciones de beneficios, periodos de espera y términos para mantenerlos en vigencia. Póngase en contacto con un representante de Texas Life o consulte el folleto de PureLife-plus para conocer los costos y los detalles completos. Formulario de contrato ICC18-PRFNG-NI-18 o Formulario serie PRFNG-NI-18. Texas Life está autorizada para hacer negocios en el Distrito de Columbia y en todos los estados, excepto Nueva York.

1. Las garantías están sujetas a términos, limitaciones, exclusiones del producto y a la capacidad de pago de reclamaciones y solidez financiera de la aseguradora.
2. Cobertura no disponible para hijos en WA o nietos en WA o MD. En MD, los hijos deben vivir con el solicitante para ser elegibles para la cobertura.
3. Se aplican condiciones. Formulario serie ULABR-07 o Formulario ICC07-ULABR-07 de la cláusula adicional de indemnización adelantada del seguro por fallecimiento debido a una enfermedad terminal.
4. Cláusula adicional por enfermedad crónica disponible por un costo adicional para empleados únicamente. Se aplican condiciones. Formulario ICC15-ULABR-CI-15 o Formulario serie ULABR-CI-15.

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

23M014-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

Seguro por Discapacidad

American Fidelity | www.americanfidelity.com | (800) 654-8489

¿Por qué necesito un seguro por discapacidad?

¿Alguna vez se ha preguntado qué pasaría con sus ingresos si tuviera una lesión accidental, una enfermedad o un embarazo? Es por eso que necesita cobertura por discapacidad. Reemplaza una parte de los ingresos por el período de tiempo que no pueda trabajar por esos motivos. Usted puede elegir el monto del beneficio, que es el monto de sus ingresos por reemplazar, y el "período de espera" en el que comienza a recibir pagos.

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

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



Eagle Mountain - Saginaw ISD

SEGURO DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

Si tuviera que faltar al trabajo por una lesión o enfermedad cubierta, ¿cuánto tiempo podría estar sin su nómina? El seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo brinda un beneficio para ayudar a reemplazar una parte de sus ingresos mientras usted no puede trabajar debido a una discapacidad cubierta. Esta póliza puede ayudarle con los gastos como la hipoteca, el pago del vehículo, los alimentos y las facturas médicas, entre otros.

Cuándo inicia la cobertura

Su cobertura comenzará en la fecha de vigencia solicitada después de la fecha en que usted se vuelva elegible.

Beneficio mensual por discapacidad: PLANS 1-6

El monto de beneficio disponible es el 50% de su compensación mensual, que no excederá una compensación mensual cubierta máxima de \$20,000; y el monto por el que se paga la prima.

Comienzo de los beneficios

Plan 1	El 8vo día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$1.70
Plan 2	El 15to día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$1.52
Plan 3	El 15er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$1.20
Plan 4	El 61er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$0.98
Plan 5	El 91er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$0.82
Plan 6	El 151er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$0.60

*La prima es por \$100 de compensación mensual cubierta

Beneficio mensual por discapacidad: PLANS 7-12

El monto de beneficio disponible es el 66⅔% de su compensación mensual, que no excederá una compensación mensual cubierta máxima de \$15,000; y el monto por el que se paga la prima.

Comienzo de los beneficios

Plan 7	El 8vo día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$2.26
Plan 8	El 15to día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$2.02
Plan 9	El 31er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$1.60
Plan 10	El 61er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$1.30
Plan 11	El 8vo día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$1.10
Plan 12	El 151er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta	*\$0.80

*La prima es por \$100 de compensación mensual cubierta

Periodo de beneficio máximo

Los beneficios son pagaderos hasta por el tiempo que se muestra en la tabla. Esto se basa en su edad en la fecha de comienzo de la discapacidad.

Edad	Periodo de beneficio máximo
Menos de 60 años	Para la edad de jubilación normal según el seguro social (Social Security Normal Retirement Age - SSNRA)*
60	60 meses o para SSNRA*, el que sea mayor
61	48 meses o para SSNRA*, el que sea mayor
62	42 meses o para SSNRA*, el que sea mayor
63	36 meses o para SSNRA*, el que sea mayor
64	30 meses o para SSNRA*, el que sea mayor
65	24 meses o para SSNRA*, el que sea mayor
66	21 meses o para SSNRA*, el que sea mayor
67	18 meses o para SSNRA*, el que sea mayor
68	15 meses o para SSNRA*, el que sea mayor
69 años o mayor	12 meses o para SSNRA*, el que sea mayor

*Edad a la que usted tiene derecho a beneficios del seguro social sin reducciones según las enmiendas vigentes del seguro social.

Beneficio mínimo por discapacidad

El beneficio por discapacidad mínimo es de 10% de su beneficio por discapacidad mensual o \$100, lo que sea superior.

Las fuentes de ingresos deducibles incluyen:

- otro ingreso por discapacidad grupal;
- sistema de jubilación del gobierno o de otro tipo, ya sea debido a discapacidad, jubilación normal o elección voluntaria de beneficios de jubilación;
- ley de seguridad social de Estados Unidos u otro plan o ley similar, que incluye todo monto debido a su(s) dependiente(s) por causa de su discapacidad;
- discapacidad del estado;
- compensación por desempleo; y
- licencia por enfermedad u otros planes de continuidad de salario o sueldo proporcionados por el empleador que se extiendan más de 365 días calendario a partir de la fecha de discapacidad.

Nos reservamos el derecho de estimar estas fuentes de ingresos deducibles que usted podría recibir según se define en su certificado.

Discapacitado debido a una discapacidad cubierta y sin estar trabajando

Durante los primeros 12 meses que esté discapacitado debido a una discapacidad cubierta y no esté trabajando, pagaremos el beneficio por discapacidad descrito en el programa. Después de 12 meses, su pago por discapacidad será el beneficio por discapacidad menos toda fuente deducible de ingresos que usted reciba o que tenga derecho a recibir. No se brindará pago por discapacidad por ningún periodo en el que usted no esté bajo la atención periódica y adecuada de un médico.

Beneficio de incentivo para regresar al trabajo: Discapacitado mientras trabaja

Recibirá un pago por discapacidad si usted está discapacitado y sus ganancias por discapacidad mensuales, si las hubiera, son menores al 20% de su compensación mensual debido a la misma discapacidad. Si usted está discapacitado y sus ganancias por discapacidad son mayores al 20% de su compensación mensual debido a la misma discapacidad, calcularemos sus pagos de la siguiente manera:

- Durante los primeros 24 meses de pagos, mientras esté discapacitado y trabajando, su pago por discapacidad no se reducirá siempre y cuando las ganancias por discapacidad más el beneficio por discapacidad bruto no excedan el 80% de su compensación mensual.
- Si las ganancias por discapacidad más el beneficio por discapacidad bruto exceden el 80% de su compensación mensual, el pago por discapacidad se reducirá en el monto que exceda el 80% de su compensación mensual.
- Después de 24 meses de pagos, mientras esté discapacitado y trabajando, recibirá pagos según el porcentaje de compensación mensual que esté perdiendo debido a su discapacidad.

Detendremos los pagos y su reclamación finalizará si en cualquier momento usted ya no está discapacitado o si sus ganancias por discapacidad exceden el 80% de su compensación mensual. El periodo de eliminación no puede cumplirse con días que usted esté discapacitado y trabajando.

Beneficio por internación hospitalaria

Se pagará el beneficio por internación hospitalaria cada día que esté internado como paciente en un hospital debido a una discapacidad, hasta por 60 días. El monto pagadero es 1 vez el beneficio por discapacidad que será prorrateado de forma diaria. Este beneficio no se reducirá por las fuentes de ingresos deducibles. La internación hospitalaria debe tener al menos una duración de 18 horas continuas. Este beneficio comenzará en su primer día de internación hospitalaria. **Quedarán eximido del resto de su periodo de eliminación (APLICA SOLO A PLANES 1-3 Y 7-9).**

Si usted está internado en el hospital debido a una discapacidad cubierta, su beneficio por internación hospitalaria se pagará por los días de esa internación que ocurran antes del día en que comenzaría su beneficio por discapacidad mensual. Solo se pagarán los días durante los cuales usted esté internado en el hospital hasta que haya cumplido con el periodo de eliminación requerido para la discapacidad.

Beneficio por gasto del médico

Lesión - \$150 por lesión

Si necesita tratamiento personal de un médico debido a una discapacidad, pagaremos el monto que se muestra arriba siempre y cuando no se haya pagado otra reclamación según la póliza.

Exención de prima

No se requieren pagos de la prima mientras usted esté recibiendo beneficios por discapacidad según el plan por 90 días consecutivos. Requeriremos pruebas anualmente de que usted permanece discapacitado durante ese tiempo.

Beneficio limitado por adicción a drogas y alcohol

Si usted está discapacitado debido a alcoholismo o drogadicción, se pagará un beneficio limitado hasta por 15 días por cada discapacidad. Los beneficios no se pagarán más allá del periodo máximo de beneficio. Si la drogadicción es consecuencia de atención médica, o se produce mientras está bajo atención médica periódica y adecuada en el curso de un tratamiento por una lesión o enfermedad, se cubrirá como si fuera cualquier otra enfermedad.

Beneficio limitado por enfermedad mental

Si usted está discapacitado debido a una enfermedad mental, independientemente de la causa, recibirá pagos por discapacidad hasta por 2 años, sin exceder el periodo de discapacidad máximo.

Beneficio limitado por problemas de salud especiales

Paga un beneficio por hasta 2 años debido a problemas de salud especiales si usted está discapacitado y bajo la atención periódica y adecuada de su médico. Los problemas de salud especiales incluyen: síndrome de fatiga crónica; fibromialgia; toda enfermedad, trastorno, accidente o lesión del cuello o espalda que no cause hemiplejía, paraplejía, o tetraplejía; enfermedad por alergia ambiental que incluye, sin carácter limitativo, síndrome de edificio enfermo y sensibilidad a múltiples sustancias químicas; y síntomas autoinformados. Los síntomas autoinformados son síntomas que el asegurado le cuenta al médico y que no son verificables con pruebas, procedimientos o exámenes clínicos. Algunos ejemplos incluyen: jaquecas, dolor, fatiga, rigidez muscular, sensibilidad, zumbido en los oídos, mareos, entumecimiento o pérdida de energía.

Beneficio por cuidado de familia

Si usted está discapacitado y trabajando, califica para recibir un pago por discapacidad de nuestra parte, y tiene uno o más familiares elegibles, es posible que sea elegible para recibir un beneficio por cuidado de familia. Este beneficio puede incluir un pago por el cuidado de un familiar elegible brindado por un proveedor de cuidado de niños con licencia o un cuidador con licencia que no esté relacionado con usted por sangre o matrimonio. Brindaremos un beneficio por cuidado de familia de hasta el 25% de su beneficio por discapacidad mensual siempre que el total de sus ganancias por discapacidad, el beneficio por discapacidad bruto, y el beneficio por cuidado de familia no excedan el 100% de su compensación mensual. El pago de este beneficio finalizará en cualquiera de estas situaciones, lo que suceda primero: la fecha en que usted ya no incurra en gastos por familiar, la fecha en que usted ya no califique como discapacitado y trabajando o la fecha en la que los beneficios de discapacitado y trabajando se hayan pagado por un total de 24 meses.

Licencia

Su cobertura podrá continuar hasta por 1 año durante una licencia aprobada por escrito por su empleador.

Terminación de la cobertura

Su cobertura del seguro finalizará en cualquiera de estas fechas, la que sea anterior: la fecha en que usted ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad según se define en la sección de elegibilidad; la fecha en que usted se jubile; la fecha en que deje de encontrarse en empleo activo, excepto según la disposición sobre licencia laboral; la finalización del último periodo para el cual se haya pagado la prima; la fecha de discontinuación de la póliza; o la fecha en que finalice su empleo.

Si su cobertura finaliza como resultado de su terminación de empleo activo; esta terminación es causada por una lesión o enfermedad para la que serían pagaderos beneficios por discapacidad, y la discapacidad está establecida antes de la terminación del empleo activo, entonces los beneficios por discapacidad se pagarán como si dicha terminación no hubiese ocurrido.

La terminación de la póliza no afectará los pagos de discapacidad que comiencen antes de dicha terminación. Podremos terminar su cobertura si usted realiza una reclamación fraudulenta. 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.

Limitaciones

Limitación por un problema de salud preexistente

Se pagará un beneficio limitado de hasta 1 mes del beneficio por discapacidad por una discapacidad que se deba a un problema de salud preexistente. Esta disposición no se aplicará si usted no ha recibido tratamiento; no incurrió en gastos; no tomó medicamentos; y no recibió diagnóstico ni consejos de un médico durante 12 meses consecutivos para dicho(s) problema(s). Esta limitación no se aplicará a una discapacidad que comience después de que usted haya contado con cobertura continua según la póliza durante 12 meses.

Exclusiones

La póliza no cubre ninguna pérdida, fatal o no fatal, que sea el resultado de:

- Lesión autoinfligida intencional, ya sea en estado de lucidez o demencia.
- Un acto de guerra, declarada o no declarada.
- Lesión sufrida o una enfermedad contraída al estar en el servicio de cualquiera de las fuerzas armadas de cualquier país.
- Cometer un delito grave.
- Encarcelamiento penal. No pagaremos beneficios por discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier periodo en el que usted esté encarcelado en un penal o institución correccional por 30 días consecutivos o más.
- Lesión o enfermedad que surja y se produzca durante una ocupación asalariada o que genere ganancias o por la cual usted tiene derecho a remuneración de los trabajadores. El término «derecho a compensación de los trabajadores» también incluirá los acuerdos por reclamaciones relacionadas con la compensación de los trabajadores que ocurran mediante acuerdo y liberación de responsabilidades. Además, no se pagará ningún beneficio según la póliza por ningún periodo en el que usted tenga derecho a beneficios de la compensación de los trabajadores.

Definiciones

Empleo activo significa que usted se está desempeñando de la manera usual en todas las obligaciones regulares de su empleo como empleado de tiempo completo en un día de trabajo programado; y estas obligaciones se realizan en uno de los lugares de negocios donde normalmente realiza dichas obligaciones o en alguna ubicación a la cual lo envíe su empleo. Se considera que usted está en empleo activo en un día que no sea un día de trabajo programado únicamente si usted no está discapacitado y podría desempeñar de la manera usual todas las obligaciones regulares de su empleo si estuviera en un día de trabajo programado.

Discapacidad o discapacitado por los primeros 24 meses de discapacidad significa que usted no puede cumplir con los deberes materiales y sustanciales de su ocupación regular. Después de eso, discapacidad significa que usted no puede cumplir con los deberes materiales y sustanciales de cualquier ocupación por la que obtenga un sueldo o ganancia para la que usted está razonablemente calificado por capacitación, educación o experiencia.

Pagos por discapacidad son sus beneficios por discapacidad menos toda fuente deducible de ingresos.

Ganancias por discapacidad son las ganancias mensuales brutas que recibe mientras está discapacitado y trabajando.

Hospital no incluirá ninguna institución utilizada por usted como lugar para rehabilitación; 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. La definición de un hospital puede variar según el estado.

Compensación mensual es, para empleados contratados, un doceavo (1/12) de su salario por contrato a través de su empleador; o para empleados no contratados, un doceavo (1/12) de su salario anual a través de su empleador, en vigencia en la fecha en que comenzó la discapacidad. Excluye toda compensación adicional, que incluye, sin carácter limitativo, pago por tiempo extra, compensación por trabajo los fines de semana o verano, autobús u otros subsidios, bonos u otros beneficios complementarios financiados por el distrito. Si usted queda discapacitado mientras estaba de licencia autorizada, usaremos su compensación mensual bruta de su empleador en vigencia justo antes de la fecha en que comenzó su licencia.

Problema de salud preexistente es una enfermedad, lesión, padecimiento, afección física o enfermedad mental para la cual usted recibió un tratamiento; por la cual incurrió en gastos; tomó medicamentos; recibió atención o servicios incluyendo pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o recibió un diagnóstico o consejos de un médico durante el periodo de 3 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Problemas de salud preexistentes también incluirán los problemas relacionados con dicha enfermedad, lesión, padecimiento, afección física o enfermedad mental.

Cláusulas opcionales Consulte con su Representante de cuenta sobre las cláusulas disponibles, incluida la Cláusula de beneficio para sobreviviente, la Cláusula de fondos para COBRA, la Cláusula de indemnización hospitalaria, la Cláusula de enfermedad crítica y la Cláusula para cónyuge solo por accidente.

Como una gentileza para nuestros clientes, ofrecemos este formulario en español solamente con fines informativos. Tanto la póliza como los formularios de reclamación y atención al cliente se brindarán exclusivamente en inglés, y esos documentos regirán en todo caso que existiera una disputa debido a posibles diferencias lingüísticas. Si desea solicitar una copia de la versión en inglés, use la información de contacto que se incluye en la portada de la póliza para comunicarse con la empresa.

As a courtesy to our customers, this form is provided in Spanish for informational purposes only. The policy, and customer service and claim forms, will be provided in English only, and those documents will govern in all cases if there is a dispute due to possible linguistic differences. To request a copy of the English version, you may contact the company by using the contact information included on the face page of your policy.

Comercializado por:



Protegido y administrado por:



American Fidelity Assurance Company

Seguro contra Cáncer

Opciones de Planes



American Fidelity | www.americanfidelity.com | (800) 654-8489

A miles de estadounidenses se les diagnostica cáncer todos los días. Sin duda, la noticia es devastadora, tanto personal como económicamente. Es imposible anticipar un diagnóstico de cáncer, pero es posible prepararse para ello con un plan de seguro contra el cáncer.

Es probable que su cobertura médica principal no cubra todos los costos asociados con un diagnóstico de cáncer. Complementar su seguro médico principal con un seguro contra el cáncer puede ayudarle a pagar los gastos relacionados, como copagos y deducibles, especialistas, tratamiento experimental, hospitales especializados, gastos de viaje, atención domiciliaria y más.

Las primas se pagan mediante una conveniente deducción de la nómina para garantizar que su póliza permanezca en vigor si la necesita. Los beneficios se le pagan directamente a usted, por lo que puede elegir cómo gastar el dinero. Visite el Centro de Beneficios para Empleados y consulte la póliza para obtener más detalles.



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	\$100	\$300
Día 31+	\$200	\$600
Donante	\$1,000/donación	
Drogas y medicamentos Paciente hospitalizado por internación	\$50	\$200
Paciente ambulatorio \$50 por receta hasta el máximo indicado por mes calendario	\$50	\$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	Precio del pasaje en autobús o \$0.50/milla en automóvil
Ambulancia Terrestre Por viaje, hasta 2 por internación Aérea Por viaje, hasta 2 por internación	\$50	\$75
Terapia física o del habla por consulta, hasta 4 por mes calendario - máx de \$1,000 en la vida	\$200	\$200
Diagnóstico y prevención 1 por año calendario	\$2,000	\$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		\$600
Ambulancia		\$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 posmortem). El patólogo que establezca 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 anestesiólogo 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 anuales 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.

Seguro contra Enfermedades Graves

Aetna | www.myaetnasupplemental.com | (800) 872-3862

Prepárese para lo inesperado

Si ha oído hablar de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, trasplantes de órganos o parálisis, entonces está familiarizado con las enfermedades graves. Es probable que usted o alguien que conozca haya experimentado uno de estos eventos que le cambiaron la vida. Muchas veces, una enfermedad grave tiene un impacto poderoso en la vida de las personas, afectando su sustento y sus finanzas.

Un plan de enfermedades graves puede ayudar con los costos de tratamiento de enfermedades cubiertas. Los beneficios se le pagan directamente a usted, a menos que se haya asignado de otra forma, lo que le da la opción de decidir cómo gastar el dinero. Además, hay planes disponibles para brindarle cobertura a usted, su cónyuge y sus hijos dependientes.

Prepárese ahora para lo inesperado con un plan de seguro contra enfermedades graves. El plan le ayuda a concentrarse en recuperarse en lugar de preocuparse por las finanzas. Visite el Centro de Beneficios para Empleados y consulte la póliza para obtener más detalles.





Estamos a su lado

Plan de seguro por enfermedades graves de Aetna

Esté preparado para lo que viene después

La cobertura de enfermedades graves puede mantenerlo enfocado en su salud cuando más importa. Esta cobertura adicional puede ayudar a aliviar algunas preocupaciones financieras durante una etapa difícil de su vida.

¿Qué es el plan de seguro por enfermedades graves?

Con el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna, se pagan beneficios cuando un médico le diagnostica una enfermedad o afección grave que esté cubierta, como un ataque cardíaco, un derrame cerebral, cáncer, entre otras.* 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 enfermedad grave.

* Consulte los documentos del plan para conocer todas las enfermedades cubiertas conforme al plan.

El plan de seguro por enfermedades graves de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

Aetna.com

57.03.508.2 (02/21)

Con el plan de seguro por enfermedades graves 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.

¿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 le han diagnosticado una enfermedad y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.



¿Lo sabía?

Más de **1 de cada 3** estadounidenses tienen alguna enfermedad cardíaca, por lo que es la enfermedad más costosa de Estados Unidos, con costos que alcanzan una cifra combinada de \$555 mil millones.¹



Menos de qué preocuparse

Dan* sabe que hay antecedentes de enfermedad cardíaca en su familia. Cuando sufrió un ataque cardíaco, agradeció tener el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna.

Envió su reclamo en línea de forma sencilla, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Pudo usar el dinero para pagar los costos de desembolso por servicios médicos y otros gastos, como la cuota de la guardería de sus hijos.

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.



¹WebMD. Top 11 Medical Expenses (Los 11 gastos médicos principales). Noviembre de 2021 Disponible en: <https://www.webmd.com/healthy-aging/ss/slideshow-top-11-medical-expenses>. Consultado el 3 de junio de 2022.

*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.

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 Oklahoma incluyen la siguiente: GR-96843, AL HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01.

Las formas de póliza emitidas en Misuri incluyen la siguiente: GR-96844 01, AL HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01.



RESUMEN DE BENEFICIOS

Eagle Mountain Saginaw Independent School District
802765

Plan básico de Enfermedad crítica de Aetna

ESTO NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si usted reúne los requisitos para Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare gratuita disponible de la empresa o en www.medicare.gov.

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

Los beneficios en la siguiente tabla se pagarán cuando se le diagnostique una enfermedad crítica cubierta. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y las limitaciones detallados aquí son por persona cubierta.

Valor nominal

Beneficio cubierto	Monto
Valor nominal del empleado	\$5,000 \$10,000 \$15,000 \$20,000 \$25,000 \$30,000 \$35,000 \$40,000 \$45,000 \$50,000
Valor nominal del cónyuge	50% del valor nominal del empleado
Beneficio cubierto del cónyuge	50% del beneficio cubierto del empleado
Valor nominal de hijo(s)	50% del valor nominal del empleado
Beneficio cubierto de hijo(s)	50% del beneficio cubierto del empleado

Beneficios por enfermedades graves: autoinmunitarias

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal). No incluye la insuficiencia suprarrenal causada por un tratamiento prolongado con corticoesteroides.	25%
Lupus	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica lupus.	25%
Esclerosis múltiple (MS)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis múltiple.	25%
Miastenia grave	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica miastenia grave.	25%
Distrofia muscular	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica distrofia muscular.	25%

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades infantiles

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Parálisis cerebral Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica parálisis cerebral. El diagnóstico debe hacerse antes de que el niño asegurado cumpla los 6 años de edad. Otras afecciones similares que pueden superarse con la edad, no están incluidas en esta definición.	100%
Labio leporino o paladar hendido Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica labio leporino o paladar hendido.	100%
Defecto cardíaco congénito Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica un defecto cardíaco congénito. "Defecto cardíaco congénito" significa un problema en la estructura del corazón. Incluye un defecto en las paredes de este órgano, sus válvulas o los vasos sanguíneos de gran tamaño que llevan sangre hacia y desde el corazón.	100%
Fibrosis quística Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica fibrosis quística. El diagnóstico debe confirmarse con concentraciones de cloruro en sudor mayores a 60 mmol/L..	100%
Síndrome de Down Paga un beneficio cuando le diagnostican síndrome de Down en un primer momento después del nacimiento y según el estudio médico del cromosoma 21 que revela trisomía 21, translocación o mosaicismo.	100%
Anemia de células falciformes Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica anemia de células falciformes.	100%
Espina bífida Paga un beneficio cuando un médico especialista le diagnostica espina bífida que debe estar asociada a síntomas neurológicos, incluido el deterioro motor. La espina bífida no incluye espina bífida oculta.	100%

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades crónicas

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Diabetes	
Tipo I	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica diabetes de tipo I. Esta enfermedad se debe a que el páncreas produce poca o nada de insulina.	100%
<i>Máximo de por vida</i>	1
Colangitis esclerosante primaria (PSC)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica colangitis esclerosante primaria (PSC), también conocida como "enfermedad de Walter Payton".	25%
Esclerosis sistémica (esclerodermia)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis sistémica (esclerodermia).	25%

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades infecciosas

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Cólera	25%
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica cólera.	
Coronavirus	100%
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica coronavirus. Los coronavirus (CoV) son una gran familia de virus que causan enfermedades en personas. Estos incluyen los siguientes:	
<ul style="list-style-type: none"> El CoV o SARS-CoV-1 es el coronavirus que causa el síndrome respiratorio agudo grave (SARS). El SARS-CoV-2 es el coronavirus que causa la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19). El MERS-CoV es el coronavirus que causa el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS). 	
El síndrome inflamatorio multisistémico infantil (MIS-C) y el síndrome inflamatorio multisistémico en adultos (MIS-A) están asociados con la cepa de coronavirus que provoca la COVID-19.	
Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.	
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	25%
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD). La CJD consiste en un trastorno cerebral degenerativo causado por una proteína infecciosa anormal del cerebro llamada "prion".	
Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.	
Difteria	25%
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica difteria.	

Beneficio cubierto**Porcentaje del valor nominal/
Monto del beneficio del empleado****Ébola**

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica ébola. El Ébola es un virus que causa hemorragia fuerte e insuficiencia orgánica, y puede provocar la muerte. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.

Encefalitis

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica encefalitis. No incluye la encefalitis resultante de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) u otras infecciones secundarias resultantes de la infección por VIH.

Hepatitis ocupacional

100%

Paga un beneficio cuando se le diagnostica hepatitis ocupacional B, C o D como resultado de la exposición accidental a fluidos corporales contaminados.

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

100%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se entiende por VIH la presencia de VIH o anticuerpos contra el VIH. Las causas incluyen un pinchazo accidental con una aguja o una herida punzocortante, o la exposición de las membranas mucosas a sangre o a secreciones corporales con sangre.

Enfermedad del legionario

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad del legionario.

Enfermedad de Lyme

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Lyme. La enfermedad de Lyme se debe a una infección por la bacteria *Borrelia burgdorferi*.

Malaria

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica malaria.

Meningitis amebiana, bacteriana, fúngica, parasitaria y vírica

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica meningitis bacteriana.

***Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM)**

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM). Se entiende por SARM un tipo de bacteria resistente a los antibióticos.

Fascitis necrotizante

25%

Paga un beneficio cuando le diagnostican fascitis necrosante, comúnmente conocida como enfermedad carnívora o síndrome de bacterias que comen carne, y requiere un procedimiento quirúrgico realizado por un médico.

Osteomielitis

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica osteomielitis.

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
<p>Neumonía</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica neumonía. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.</p>	25%
<p>Poliomielitis</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica poliomielitis causada por poliovirus de tipo 1, 2 o 3. Se caracteriza por fiebre, parálisis y atrofia de los músculos esqueléticos.</p>	25%
<p>Rabia</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica rabia.</p>	25%
<p>Fiebre maculosa de las Montañas Rocosas (RMSF)</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica fiebre maculosa de las Montañas Rocosas (RMSF).</p>	25%
<p>Choque séptico o septicemia grave</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica choque séptico o septicemia grave. Se entiende por choque séptico septicemia grave y presión sanguínea baja continua después de recibir tratamiento con líquidos y de administrar medicamentos vasoactivos con receta. "Septicemia grave" significa que tiene septicemia más una disfunción orgánica asociada con ella. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.</p>	25%
<p>Tétano</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tétano.</p>	25%
<p>Tuberculosis (TB)</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tuberculosis (TB).</p>	25%
<p>Tularemia</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tularemia. La tularemia, a veces llamada "fiebre de los conejos", es una enfermedad infecciosa que suele atacar la piel, los ojos, los ganglios linfáticos y los pulmones.</p>	25%
<p>Fiebre tifoidea</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica fiebre tifoidea.</p>	25%
<p>Variante del virus de la influenza (gripe porcina en los seres humanos)</p> <p><i>Máximo de diagnósticos de enfermedades infecciosas por año del plan</i></p>	25% 1

Nota: Los beneficios por las siguientes enfermedades infecciosas exigen una internación de por lo menos cinco días: Coronavirus, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, ébola, choque séptico o septicemia grave, tularemia y variante del virus de la influenza (gripe porcina en los seres humanos).

Beneficios por enfermedades graves: neurológicas (cerebrales)

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Esclerosis lateral amiotrófica avanzada (ALS) Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis lateral amiotrófica avanzada (ALS), también conocida como “enfermedad de Lou Gehrig”. La ALS no incluye otras enfermedades de las motoneuronas. Usted debe ser incapaz de realizar tres o más actividades de la vida diaria o debe necesitar una sonda de alimentación o ventilación no invasiva.	100%
Demencia avanzada Se paga el beneficio cuando le diagnostican <i>demencia avanzada</i> , la cual se manifiesta por deterioro de la memoria y otros trastornos cognitivos. No incluye la enfermedad de Alzheimer, esquizofrenia ni psicosis, tampoco enfermedad de Parkinson en ninguna de sus formas, ni ningún tipo de demencia reversible, como las causadas por alteraciones hormonales o de la glándula tiroides o por falta de vitaminas.	25%
Enfermedad de Alzheimer Se paga el beneficio cuando un psiquiatra o un neurólogo le diagnostica la enfermedad de Alzheimer. Usted debe ser incapaz de realizar tres o más actividades de la vida diaria de manera independiente.	100%
Tumor benigno del cerebro o de la médula espinal Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica un tumor benigno del cerebro.	100%
Coma (no inducido) Se paga el beneficio cuando se le diagnostica coma, que se caracteriza por la ausencia de apertura ocular y de respuestas verbal y motora. Además, el individuo requiere intubación para asistencia respiratoria. No se cubre el coma inducido médicamente. El coma debe durar 14 días consecutivos o más.	100%
Enfermedad de Huntington Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Huntington, en función de pruebas genéticas verificables y síntomas documentados.	100%
Enfermedad de Parkinson Se paga el beneficio cuando un médico capacitado en el diagnóstico de la enfermedad le diagnostica enfermedad de Parkinson. La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo progresivo y crónico caracterizado por dos o más síntomas.	100%
Estado vegetativo persistente (PVS) Se paga el beneficio cuando se le diagnostica estado vegetativo persistente (PVS). El PVS consiste en un estado profundo de inconsciencia caracterizado por la ausencia de conciencia de sí mismo o del entorno, y la falta de respuesta intencionada a los estímulos externos.	100%
Aneurisma roto Se paga el beneficio cuando el diagnóstico de un médico confirma que se rompió un aneurisma.	50%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Derrame cerebral Se paga el beneficio cuando se le diagnostica un derrame cerebral que produce deterioro neurológico permanente y parálisis u otro defecto neurológico objetivo y mensurable de más de 24 horas de duración.	100%
Ataque isquémico transitorio (TIA) Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica ataque isquémico transitorio (AIT). El TIA no incluye un derrame cerebral. Máximo por año del plan	25% 1

Beneficios por enfermedades graves: Otras

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Trasplante de médula ósea Nosotros pagaremos el beneficio de trasplante de médula ósea que se muestra en el Programa de Beneficios cuando un médico determine que el trasplante es necesario o se recomendaría si la persona asegurada está lo suficientemente bien como para someterse a la cirugía. <i>Máximas Donaciones</i>	100% 1
Insuficiencia renal terminal Se paga el beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia renal terminal, y la persona asegurada debe someterse a hemodiálisis o diálisis peritoneal con regularidad, al menos una vez por semana. O bien, cuando el médico determina que es necesario reemplazar todo el órgano, y a usted se lo coloca en una lista nacional de trasplantes, como la UNOS (Red Unida para Compartir Órganos).	100%
Fibrosis pulmonar idiopática Se paga el beneficio cuando le diagnostican fibrosis pulmonar idiopática y el diagnóstico se confirma con una biopsia de pulmón. No incluye neumonía intersticial, sarcoidosis ni silicosis.	100%
Pérdida de la audición Paga un beneficio cuando se le diagnostica la pérdida de la audición en ambos oídos, que no puede corregirse a ningún grado funcional mediante ningún procedimiento, ayuda o dispositivo. La pérdida de audición debe continuar por un período de 90 días consecutivos.	100%
Pérdida de la vista (ceguera) Paga un beneficio cuando se le diagnostica pérdida de la vista (ceguera) que es la pérdida total e irreparable de la vista en ambos ojos. La pérdida de la vista (ceguera) tiene que continuar durante un período de 90 días consecutivos.	100%
Pérdida del habla Paga un beneficio cuando se le diagnostica la pérdida del habla que no puede corregirse en ningún grado funcional mediante ningún procedimiento, ayuda o dispositivo. La pérdida del habla debe continuar por un período de 90 días consecutivos.	100%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Insuficiencia de los órganos principales (corazón, hígado, uno o ambos pulmones, o páncreas)	
Se paga el beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia de los órganos principales, como el hígado, los pulmones o el páncreas. Debido a esto, se incluye a la persona asegurada en la lista de trasplantes de la UNOS (Red Unida para Compartir Órganos).	100%
Parálisis	
Se paga el beneficio cuando se le diagnostica cualquiera de los siguientes tipos de parálisis, y el médico confirma que la parálisis duró 60 días consecutivos.	
Cuadriplejia	100%
Triplejia	100%
Paraplejia	100%
Hemiplejia	100%
Diplejia	100%
Monoplejia	100%
Sarcoidosis	25%
Quemaduras de tercer grado	
Se paga el beneficio cuando se le diagnostica una quemadura de tercer grado que cubre más del 10 % de la superficie corporal total (también llamada "quemadura de espesor total").	100%

Nota: Para el beneficio por sarcoidosis se requiere una internación de, al menos, 5 días.

Beneficios por enfermedades graves: vasculares (cardíacas)

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
<p>Afección de las arterias coronarias que requiere cirugía de baipás</p> <p>Se paga el beneficio cuando se le diagnostica una afección de las arterias coronarias que requiere cirugía de baipás.</p>	100%
<p>Ataque al corazón (infarto de miocardio)</p> <p>Se paga el beneficio cuando se le diagnostica un ataque al corazón (infarto de miocardio), que causa la muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) debido a un bloqueo de una o más arterias coronarias.</p>	100%
<p>Arritmia cardíaca</p> <p>Se paga el beneficio cuando le diagnostican arritmia cardíaca a través de un electrocardiograma y su médico recomienda que se someta a una cirugía para colocarle un marcapasos interno o un desfibrilador cardioversor interno o implantable (ICD), o recomienda terapia de resincronización cardíaca (CRT).</p>	25%
<p>Paro cardíaco súbito</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica paro cardíaco súbito. El médico certifica que el corazón no bombea sangre con normalidad debido a un paro cardíaco súbito. El paro cardíaco súbito no incluye el ataque al corazón. El beneficio por paro cardíaco súbito no se paga si este es consecuencia directa o indirecta de un ataque al corazón.</p> <p><i>Diagnóstico máximo de paro cardíaco súbito</i></p>	25%
	<i>1 vez por vida</i>

Características de los beneficios por enfermedades graves

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
<p>Diagnóstico posterior de enfermedad grave</p> <p>Se paga el monto original por el diagnóstico posterior de otra enfermedad grave cubierta si se realiza después de la fecha del diagnóstico anterior por el cual se pagó un beneficio.</p>	100%
<p>Diagnóstico de enfermedad grave recurrente</p> <p>Si una persona asegurada recibió un diagnóstico inicial y un beneficio por enfermedad grave en virtud de este plan, y se le vuelve a diagnosticar esa enfermedad grave dentro del número mínimo de días especificado a continuación o después, pagaremos el porcentaje indicado del beneficio como figura en la <i>Lista de beneficios</i> por enfermedad grave recurrente diagnosticada.</p> <p><i>Mínimo de días entre dos diagnósticos de la misma enfermedad.</i></p> <p><i>No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado.</i></p>	100%
	90 días

Beneficio de cáncer

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
--------------------	---

Cáncer (invasivo)

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica cáncer (invasivo) que se identifica por la presencia de células malignas o de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la diseminación incontrolados y anormales de células malignas invasivas. 100%

Carcinoma *in situ* (no invasivo)

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica un carcinoma *in situ* que se encuentra en el lugar natural o normal. Está confinado al lugar de origen, sin haber invadido el tejido vecino. A los efectos de este *Certificado*, el cáncer de piel no se considera carcinoma *in situ*. 25%

Cáncer de piel

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica cáncer de piel (melanoma de nivel I o II de Clark y Breslow inferior a 0.75 mm); carcinoma de células basales o carcinoma de células escamosas de la piel. Con el beneficio por cáncer de piel, se brinda cobertura para tratar el melanoma maligno invasivo en la dermis o en capas más profundas, o para tratar neoplasias malignas de la piel metastásicas. \$1,000

Diagnóstico máximo 1

Diagnóstico de cáncer (invasivo) recurrente

Si una persona asegurada recibió un diagnóstico inicial y un beneficio por cáncer (invasivo) en virtud de este plan, y luego se le vuelve a diagnosticar cualquier tipo de cáncer (invasivo) dentro del número mínimo de días especificado a continuación o después, pagaremos el porcentaje indicado del beneficio por cáncer (invasivo) como figura en la *Lista de beneficios por cáncer (invasivo)* diagnosticado. 100%

*Mínimo de días entre dos diagnósticos de cáncer (invasivo)***

No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado. 90 días

Diagnóstico de carcinoma *in situ* recurrente

Si una persona asegurada recibió un diagnóstico inicial y un beneficio por carcinoma *in situ* (no invasivo) en virtud de este plan, y luego se le vuelve a diagnosticar cualquier tipo de carcinoma *in situ* (no invasivo) dentro del número mínimo de días especificado a continuación o después, pagaremos el porcentaje indicado del beneficio por carcinoma *in situ* (no invasivo) como figura en la *Lista de beneficios por carcinoma in situ (no invasivo)* diagnosticado. 100%

*Mínimo de días entre dos diagnósticos de carcinoma in situ***

No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado. 90 días

* Si a un miembro se le diagnosticó cáncer antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura en virtud del plan de Aetna y recibe otro diagnóstico de cáncer (la primera vez) mientras tiene dicha cobertura, consideraremos el diagnóstico como "inicial" conforme al plan de Aetna.

** Además del período de separación, la persona asegurada no debe estar recibiendo tratamiento durante este período. El tratamiento no incluye terapia con medicamentos de mantenimiento ni visitas de seguimiento habituales a un médico para confirmar que no haya reaparición del cáncer o carcinoma *in situ* iniciales.

Cláusulas adicionales sobre exámenes de salud

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Examen de salud	\$75
<i>Se paga una vez por miembro por año del plan para pruebas preventivas cubiertas.</i>	
<i>Máximo por año del plan</i>	1

Exámenes de salud cubiertos

- Examen de médula ósea
- Examen de densidad ósea (DEXA, DXA)
- Biopsias para detectar cáncer
- Perfil químico de la sangre
- Ecografía de seno
- Resonancia magnética (MRI) de seno
- Ultrasonido de seno
- Análisis de sangre de antígeno 125 (CA 125) para detectar cáncer de ovario
- Ultrasonido de carótida con Doppler
- Radiografía de tórax (CXR)
- Citología
- Análisis de sangre de antígeno 15-3 (CA 15-3) para detectar cáncer de seno
- Análisis de sangre de antígeno carcinoembrionario (CEA) para detectar cáncer de colon
- Examen clínico de testículos
- Colonoscopia
- Hemograma completo
- Examen dental
- Examen de tacto rectal
- Examen Doppler para detectar cáncer
- Exámenes Doppler para detectar enfermedad vascular periférica (también conocida como "arteriosclerosis")
- Electroencefalograma (EEG)
- Electrocardiograma (EKG o ECG)
- Ecocardiograma (ECHO)
- Endoscopia
- Examen de ojos
- Examen de glucosa en sangre en ayunas
- Examen de glucosa en plasma, en ayunas
- Sigmoidoscopia flexible
- Examen de audición
- Prueba de sangre oculta en heces
- Hemoglobina A1C
- Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
- Pruebas para detectar enfermedades infecciosas
- Vacunas
- Perfil lipídico (suero más colesterol HDL, colesterol LDL, colesterol total y triglicéridos)
- Mamografía
- Examen para detectar cáncer oral
- Prueba de PAP
- Prueba de antígeno específico prostático (PSA)
- Chequeo de salud de rutina
- Biopsia para detectar cáncer de piel
- Examen para detectar cáncer de piel
- Examen de piel
- Electroforesis de proteína en suero (análisis de sangre para detectar mieloma)
- Finalización satisfactoria del programa para dejar de fumar
- Prueba de esfuerzo en una bicicleta o cinta de correr
- Prueba para infecciones de transmisión sexual (STI)
- Termografía
- Prueba de PAP ThinPrep
- Prueba de glucosa en plasma dos horas después de beber la solución de glucosa
- Ultrasonido para detectar cáncer
- Ultrasonido para detectar aneurisma aórtico abdominal
- Colonoscopia virtual

Nota: La prueba de diagnóstico de la COVID-19 cumple con los requisitos de cobertura y es parte del beneficio por exámenes de salud.

Exención de prima

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Si, debido a su enfermedad grave cubierta, pierde 30 días continuos de trabajo, lo eximiremos de pagar la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que ocurra después del trigésimo día de su ausencia, y esta exención se extenderá durante los siguientes 6 meses de cobertura. Durante esa ausencia, usted debe continuar siendo empleado del titular de la póliza. La exención de prima no es para los dependientes cubiertos.	Incluido

Exclusiones y limitaciones de planes de seguro por enfermedades graves

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte el folleto-certificado y la *Lista de beneficios* para determinar qué servicios están cubiertos y en qué medida. La siguiente es una lista parcial de servicios y suministros que, en general, no están cubiertos. Sin embargo, el plan puede contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan adquirido.

Los beneficios de la póliza no se pagarán para ningún diagnóstico relacionado con lo siguiente:

1. Acto bélico, motín, guerra.
2. Agresión, delito grave, ocupación ilegal u otro acto delictivo.
3. El cuidado que brindan los familiares directos o cualquier miembro del grupo familiar.
4. Suicidio o intento de suicidio, autoinducirse heridas intencionalmente o intentar hacerlo, o cualquier tipo de asfixia intencional, excepto cuando deriva de una enfermedad diagnosticada.
5. Acciones bajo los efectos de estimulantes (como anfetaminas), sedantes, alucinógenos, narcóticos o cualquier otro estupefaciente, según lo definen y establecen las leyes del estado donde tuvo lugar la pérdida o la causa de esta, incluidos aquellos recetados por un médico y que no se consumen de acuerdo con las indicaciones, excepto cuando derive de un trastorno diagnosticado.

La fecha de diagnóstico de enfermedad grave debe ser igual o posterior a la fecha de entrada en vigor del *Certificado* y coincidir con la vigencia de la cobertura. El diagnóstico debe darse o recibirse en los Estados Unidos o sus territorios.

Portabilidad

Su plan incluye una opción de Portabilidad, que le permite mantener su cobertura actual al hacer pagos directos a la compañía aseguradora. Usted puede ejercer esta opción, si su empleo cesa por cualquier motivo. Consulte el Certificado para las disposiciones de Portabilidad adicionales.

Preguntas frecuentes sobre el plan de Enfermedad crítica

¿Tengo que ser activo en el trabajo para la inscripción en la cobertura?

Sí, debe ser activo en el trabajo con el fin de inscribirse y para que la cobertura entre en vigor. Usted está activo en el trabajo si está trabajando, o está disponible para trabajar, y cumple con los criterios establecidos por su empleador para reunir los requisitos para inscribirse.

¿Cómo sé si se me considera un consumidor de tabaco y cómo debo seleccionar las tarifas de tabaco?

Usted es un consumidor de tabaco si actualmente utiliza o ha utilizado algún producto de tabaco en los últimos 12 meses. Los productos de tabaco incluyen, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco, dip, tabaco de masticar, pipa y/o cualquier sistema de suministro de nicotina.

¿Puedo tener más de un Plan de Enfermedades críticas?

No, usted no podrá tener más de un Plan de Enfermedades críticas de Aetna.

¿Qué significa Valor nominal?

El valor nominal es el beneficio máximo que paga un plan por el diagnóstico cubierto de un miembro. Sus beneficios se basan en un porcentaje del valor nominal, o un monto en dólares específico, como si indica. Los beneficios de sus dependientes se basan en un porcentaje de sus beneficios.

¿A quién se le pagan los beneficios?

Los beneficios se pagan a usted, el miembro

¿Es mi póliza de Enfermedades críticas compatible con una Cuenta de ahorros médicos (HSA, por sus siglas en inglés)?

Sí, las pólizas de Enfermedades críticas de Aetna son compatibles con las Cuentas de ahorros médicos.

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

Por favor, llámenos. Queremos que usted entienda estos beneficios antes de que decida inscribirse. Usted puede llamar a uno de nuestros representantes de Servicios al Cliente de **lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.**, llamando al **1-800-607-3366**. Estamos aquí para responder a las preguntas antes y después de su inscripción.

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

En casos de emergencia, llame al 911 o la línea directa de emergencias local, o vaya directamente a un centro médico de atención de emergencia.

Si pierdo mi empleo, ¿puedo llevar el Plan de Enfermedades críticas conmigo?

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

Información importante sobre sus beneficios

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.

Para que los beneficios sean pagaderos, la fecha de diagnóstico debe coincidir con la vigencia de la cobertura de la persona asegurada. Es decir, usted debe recibir el diagnóstico mientras esté vigente la cobertura.

Revise las guías del comprador sobre el cáncer:

http://demo.avpenroll.com/media/1591/maine-nh-prod_serv_consumer_guide_cancer.pdf

http://demo.avpenroll.com/media/1590/aetna-utah_ci_buyersguide.pdf

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**.

If you require language assistance, please call Member Services at 1-800-607-3366 and an Aetna representative will connect you with an interpreter. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial 711 for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Aetna telephone number you're calling.

Si usted necesita asistencia lingüística, llame a Servicios al Miembro al 1-800-607-3366 y un representante de Aetna le conectará con un intérprete. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, use su TTY y marque 711 para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS). Una vez conectado, por favor entrar o proporcionar el número de teléfono de Aetna que está llamando.

ATENCIÓN RESIDENTES DE MASSACHUSETTS: A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts de dieciocho (18) años o mayor, deben tener cobertura de salud que reúna las normas de Cobertura Comprobable Mínima establecidas por el Conector de Seguro de Salud del Estado, a menos que sea exonerado del requisito de seguro de salud de acuerdo con asequibilidad económica o indigencia. Para obtener más información, llame al Conector al **1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765)** o visite el sitio de Internet del Conector en (**www.mahealthconnector.org**). **ESTA PÓLIZA, EN SÍ, NO CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA COMPROBABLE MÍNIMA.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros llamando al **1-617-521-7794** o visite el sitio de Internet en **www.mass.gov/doi**.

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras

Si la cobertura proporcionada por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE.UU., la cobertura es considerada inválida inmediatamente. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar para 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**.

Este material tiene solo fines informativos y no constituye una oferta o propuesta de contrato. Los proveedores son contratistas independientes y no son representantes de Aetna. Aetna no proporciona atención ni garantiza acceso a servicios de salud. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y los beneficios pueden variar según la ubicación. Aunque creemos que la información es correcta al momento de su elaboración, esta puede ser modificada. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte **www.aetna.com**.

Los formularios de póliza emitidos en Idaho incluyen: GR-96843, GR-96844.

Los formularios de póliza emitidos en Missouri incluyen: GR-96844 01; GR-96843 01.

Los formularios de póliza emitidos en Oklahoma incluyen: GR-96843, GR-96844. R-96843, GR-96844.





HOJA DE TARIFAS

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



Plan de Enfermedad crítica*

Usted puede inscribirse en una sola opción

No Tabaco:

Valor nominal del empleado \$5,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$2.20	\$3.80	\$2.20	\$3.80
30-39	\$3.50	\$6.00	\$3.50	\$6.00
40-49	\$7.00	\$11.80	\$7.00	\$11.80
50-59	\$12.00	\$20.20	\$12.00	\$20.20
60-69	\$17.60	\$29.00	\$17.60	\$29.00
70+	\$23.00	\$37.70	\$23.00	\$37.70

Valor nominal del empleado \$10,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$4.40	\$7.60	\$4.40	\$7.60
30-39	\$7.00	\$12.00	\$7.00	\$12.00
40-49	\$14.00	\$23.60	\$14.00	\$23.60
50-59	\$24.00	\$40.40	\$24.00	\$40.40
60-69	\$35.20	\$58.00	\$35.20	\$58.00
70+	\$46.00	\$75.40	\$46.00	\$75.40

Valor nominal del empleado \$15,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$6.60	\$11.40	\$6.60	\$11.40
30-39	\$10.50	\$18.00	\$10.50	\$18.00
40-49	\$21.00	\$35.40	\$21.00	\$35.40
50-59	\$36.00	\$60.60	\$36.00	\$60.60
60-69	\$52.80	\$87.00	\$52.80	\$87.00
70+	\$69.00	\$113.10	\$69.00	\$113.10

Valor nominal del empleado \$20,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$8.80	\$15.20	\$8.80	\$15.20
30-39	\$14.00	\$24.00	\$14.00	\$24.00
40-49	\$28.00	\$47.20	\$28.00	\$47.20
50-59	\$48.00	\$80.80	\$48.00	\$80.80
60-69	\$70.40	\$116.00	\$70.40	\$116.00
70+	\$92.00	\$150.80	\$92.00	\$150.80

Valor nominal del empleado \$25,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$11.00	\$19.00	\$11.00	\$19.00
30-39	\$17.50	\$30.00	\$17.50	\$30.00
40-49	\$35.00	\$59.00	\$35.00	\$59.00
50-59	\$60.00	\$101.00	\$60.00	\$101.00
60-69	\$88.00	\$145.00	\$88.00	\$145.00
70+	\$115.00	\$188.50	\$115.00	\$188.50

Valor nominal del empleado \$30,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$13.20	\$22.80	\$13.20	\$22.80
30-39	\$21.00	\$36.00	\$21.00	\$36.00
40-49	\$42.00	\$70.80	\$42.00	\$70.80
50-59	\$72.00	\$121.20	\$72.00	\$121.20
60-69	\$105.60	\$174.00	\$105.60	\$174.00
70+	\$138.00	\$226.20	\$138.00	\$226.20

Valor nominal del empleado \$35,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$15.40	\$26.60	\$15.40	\$26.60
30-39	\$24.50	\$42.00	\$24.50	\$42.00
40-49	\$49.00	\$82.60	\$49.00	\$82.60
50-59	\$84.00	\$141.40	\$84.00	\$141.40
60-69	\$123.20	\$203.00	\$123.20	\$203.00
70+	\$161.00	\$263.90	\$161.00	\$263.90

Valor nominal del empleado \$40,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$17.60	\$30.40	\$17.60	\$30.40
30-39	\$28.00	\$48.00	\$28.00	\$48.00
40-49	\$56.00	\$94.40	\$56.00	\$94.40
50-59	\$96.00	\$161.60	\$96.00	\$161.60
60-69	\$140.80	\$232.00	\$140.80	\$232.00
70+	\$184.00	\$301.60	\$184.00	\$301.60

Valor nominal del empleado \$45,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$19.80	\$34.20	\$19.80	\$34.20
30-39	\$31.50	\$54.00	\$31.50	\$54.00
40-49	\$63.00	\$106.20	\$63.00	\$106.20
50-59	\$108.00	\$181.80	\$108.00	\$181.80
60-69	\$158.40	\$261.00	\$158.40	\$261.00
70+	\$207.00	\$339.30	\$207.00	\$339.30

Valor nominal del empleado \$50,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$22.00	\$38.00	\$22.00	\$38.00
30-39	\$35.00	\$60.00	\$35.00	\$60.00
40-49	\$70.00	\$118.00	\$70.00	\$118.00
50-59	\$120.00	\$202.00	\$120.00	\$202.00
60-69	\$176.00	\$290.00	\$176.00	\$290.00
70+	\$230.00	\$377.00	\$230.00	\$377.00

Tabaco:

Valor nominal del empleado \$5,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$3.20	\$5.30	\$3.20	\$5.30
30-39	\$5.40	\$9.10	\$5.40	\$9.10
40-49	\$11.30	\$19.00	\$11.30	\$19.00
50-59	\$19.90	\$33.40	\$19.90	\$33.40
60-69	\$29.50	\$48.60	\$29.50	\$48.60
70+	\$39.30	\$64.50	\$39.30	\$64.50

Valor nominal del empleado \$10,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$6.40	\$10.60	\$6.40	\$10.60
30-39	\$10.80	\$18.20	\$10.80	\$18.20
40-49	\$22.60	\$38.00	\$22.60	\$38.00
50-59	\$39.80	\$66.80	\$39.80	\$66.80
60-69	\$59.00	\$97.20	\$59.00	\$97.20
70+	\$78.60	\$129.00	\$78.60	\$129.00

Valor nominal del empleado \$15,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$9.60	\$15.90	\$9.60	\$15.90
30-39	\$16.20	\$27.30	\$16.20	\$27.30
40-49	\$33.90	\$57.00	\$33.90	\$57.00
50-59	\$59.70	\$100.20	\$59.70	\$100.20
60-69	\$88.50	\$145.80	\$88.50	\$145.80
70+	\$117.90	\$193.50	\$117.90	\$193.50

Valor nominal del empleado \$20,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$12.80	\$21.20	\$12.80	\$21.20
30-39	\$21.60	\$36.40	\$21.60	\$36.40
40-49	\$45.20	\$76.00	\$45.20	\$76.00
50-59	\$79.60	\$133.60	\$79.60	\$133.60
60-69	\$118.00	\$194.40	\$118.00	\$194.40
70+	\$157.20	\$258.00	\$157.20	\$258.00

Valor nominal del empleado \$25,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$16.00	\$26.50	\$16.00	\$26.50
30-39	\$27.00	\$45.50	\$27.00	\$45.50
40-49	\$56.50	\$95.00	\$56.50	\$95.00
50-59	\$99.50	\$167.00	\$99.50	\$167.00
60-69	\$147.50	\$243.00	\$147.50	\$243.00
70+	\$196.50	\$322.50	\$196.50	\$322.50

Valor nominal del empleado \$30,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$19.20	\$31.80	\$19.20	\$31.80
30-39	\$32.40	\$54.60	\$32.40	\$54.60
40-49	\$67.80	\$114.00	\$67.80	\$114.00
50-59	\$119.40	\$200.40	\$119.40	\$200.40
60-69	\$177.00	\$291.60	\$177.00	\$291.60
70+	\$235.80	\$387.00	\$235.80	\$387.00

Valor nominal del empleado \$35,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$22.40	\$37.10	\$22.40	\$37.10
30-39	\$37.80	\$63.70	\$37.80	\$63.70
40-49	\$79.10	\$133.00	\$79.10	\$133.00
50-59	\$139.30	\$233.80	\$139.30	\$233.80
60-69	\$206.50	\$340.20	\$206.50	\$340.20
70+	\$275.10	\$451.50	\$275.10	\$451.50

Valor nominal del empleado \$40,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$25.60	\$42.40	\$25.60	\$42.40
30-39	\$43.20	\$72.80	\$43.20	\$72.80
40-49	\$90.40	\$152.00	\$90.40	\$152.00
50-59	\$159.20	\$267.20	\$159.20	\$267.20
60-69	\$236.00	\$388.80	\$236.00	\$388.80
70+	\$314.40	\$516.00	\$314.40	\$516.00

Valor nominal del empleado \$45,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$28.80	\$47.70	\$28.80	\$47.70
30-39	\$48.60	\$81.90	\$48.60	\$81.90
40-49	\$101.70	\$171.00	\$101.70	\$171.00
50-59	\$179.10	\$300.60	\$179.10	\$300.60
60-69	\$265.50	\$437.40	\$265.50	\$437.40
70+	\$353.70	\$580.50	\$353.70	\$580.50

Valor nominal del empleado \$50,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$32.00	\$53.00	\$32.00	\$53.00
30-39	\$54.00	\$91.00	\$54.00	\$91.00
40-49	\$113.00	\$190.00	\$113.00	\$190.00
50-59	\$199.00	\$334.00	\$199.00	\$334.00
60-69	\$295.00	\$486.00	\$295.00	\$486.00
70+	\$393.00	\$645.00	\$393.00	\$645.00

*Las tarifas se basan en su edad actual (la del suscriptor).

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 HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01.



Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

Seguro contra Accidentes

Aetna | www.myaetnasupplemental.com | (800) 872-3862

Los costos asociados con una lesión pueden acumularse. Entre las visitas al hospital, los exámenes y el tratamiento, los gastos de bolsillo pueden ponerlo en una situación económica difícil. Un plan de seguro contra accidentes le paga los beneficios directamente a usted para que pueda determinar dónde gastar el dinero. Es reconfortante saber que una póliza de seguro contra accidentes puede estar disponible en todas las etapas de su atención, desde el tratamiento inicial hasta la atención de seguimiento. La cobertura de accidentes está disponible para usted a través de deducciones de la nómina y puede proporcionar un beneficio por los costos asociados con:

- Conmociones cerebrales
- Laceraciones
- Dientes rotos
- Visitas a la sala de emergencias
- Ambulancia, terrestre o aérea
- Unidad de cuidados intensivos





Tome precauciones

Plan de seguro por accidentes de Aetna

Esté preparado para lo inesperado

Los accidentes son simplemente eso: accidentes. No son algo que pueda planificar, pero puede proteger sus finanzas en la mayor medida posible.

¿Qué es el plan de seguro por accidentes?

Con el plan de seguro por accidentes de Aetna, se pagan beneficios cuando usted recibe tratamiento por una lesión accidental. Se cubre una larga lista de lesiones, leves y graves. 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 lesión accidental.

Con el plan de seguro por accidentes 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 seguro por accidentes de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

Aetna.com

57.03.507.2 (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 se ha lesionado o recibe tratamiento y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.



Los accidentes ocurren en todas partes

El costo promedio de todas las lesiones no mortales por persona inicialmente tratada en una sala de emergencias fue de aproximadamente **\$6,620.**¹ **Cada cuatro segundos, una persona** sufre una lesión por accidentes hogareños en EE. UU.²



Nunca se sabe...

Miguel* no esperaba que lo chocaran de atrás durante la hora pico, cuando volvía en auto a casa, pero eso sucedió. Ahora, tanto su auto como su espalda necesitan cuidados.

Afortunadamente, Miguel contaba con el plan de seguro por accidentes de Aetna. Envío su reclamo en línea, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Usó parte del dinero para cubrir costos de desembolso por servicios médicos. El resto lo destinó a reparar su auto.

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.



¹Costo médico promedio por lesiones mortales y no mortales por tipo en EE. UU. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. 27 de febrero de 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31888976/>. Consultado el 17 de junio de 2022.

²Acerca de la seguridad en el hogar. Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de EE. UU. 2022. Disponible en: https://www.hud.gov/program_offices/healthy_homes/healthyhomes/homesafety. Consultado el 17 de junio de 2022.

* 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.

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 Oklahoma incluyen las siguientes: GR-96841, AL HPOL-VOL Acc 01 y AL HCOC-VOL Acc 01.

Las formas de póliza emitidas en Misuri incluyen las siguientes: GR-96842 01, AL HPOL-VOL Acc 01 y AL HCOC-VOL Acc 01.



RESUMEN DE BENEFICIOS

Los planes de seguros están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna)



Plan de accidentes dentro/fuera del trabajo de Aetna

Eagle Mountain Saginaw Independent School District 802765

Este es un ejemplo de cómo puede ayudarlo el plan:



Sufre una lesión en un accidente cubierto.



Presenta un reclamo y, en unos pocos clics...



Puede obtener beneficios en efectivo para usarlos cómo quiera.

El Plan de accidentes que satisface sus necesidades

- Su inscripción está garantizada, sin necesidad de Evidencia de asegurabilidad.
- Puede elegir entre solo obtener cobertura para usted o puede agregar a su cónyuge o hijos.
- Usted recibe el pago directo de los beneficios para que los use en gastos médicos o cotidianos.
- Las primas son bajas y fáciles de pagar a través de deducciones de nómina.
- Los planes son portables por lo que puede continuar con el plan si ya no es elegible para recibir la cobertura.

Respire tranquilo con el poder de estar preparado para lo inesperado

Este es un resumen de sus beneficios. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura.

ESTE NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si es o será elegible para recibir Medicare, revise la Guía de seguro médico para personas con Medicare disponible de forma gratuita en www.medicare.gov.

Los beneficios listados en las siguientes tablas se pagarán cuando reciba tratamiento cubierto por un accidente cubierto. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y las limitaciones aquí detallados son por persona cubierta. También es importante señalar que ciertos beneficios se pagan una vez por accidente cubierto, mientras que otros se pagan una vez por año del plan. Si un servicio o una lesión entra en más de una categoría, el plan pagará el beneficio mayor. Consulte el certificado para obtener más detalles.

Nota: el plan no paga por cuidados, tratamientos, servicios o diagnósticos que hayan ocurrido antes de la fecha de entrada en vigencia de este plan.

Atención inicial

Ambulancia

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Ambulancia terrestre: el transporte hacia o desde un hospital se debe realizar dentro de las 24 horas posteriores a una lesión accidental.	\$300	\$400
Ambulancia aérea: el transporte hacia o desde un hospital se debe realizar dentro de las 48 horas posteriores a una lesión accidental.	\$1,500	\$2,000
Número máximo de viajes por accidente; transporte aéreo y terrestre combinados	1	1

Tratamiento inicial: tanto el examen inicial como el tratamiento se deben recibir dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sala de emergencias/Hospital	\$175	\$225
Consultorio médico/Centro de atención de urgencia	\$175	\$225
Clínica de acceso libre/Telemedicina	\$50	\$50
Número máximo de visitas por accidente; todos los centros de servicio combinados	1	1
Número máximo de visitas por año del plan; todos los centros de servicio combinados	3	3

Radiografía/Laboratorio: se deben realizar dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Radiografía/Laboratorio	\$50	\$75
Beneficio máximo por accidente, para todos los servicios de radiografía y laboratorio combinados	1	1

Imágenes médicas: un médico debe solicitar el examen y este se debe realizar en un centro médico de forma hospitalaria o ambulatoria dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Imágenes médicas	\$225	\$300
Número máximo de exámenes de imágenes por accidente	1	1

Seguimiento médico

Seguimiento tras accidente: el tratamiento de seguimiento se debe recibir dentro de los 365 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sala de emergencias/Hospital	\$75	\$100
Consultorio médico/Centro de atención de urgencia	\$75	\$100
Clínica de acceso libre/Telemedicina	\$25	\$25
Número máximo de visitas por accidente; todos los centros de servicio combinados	3	4
Número máximo de visitas por año del plan; todos los centros de servicio combinados	9	12

Aparatos: los aparatos se deben ordenar y comprar dentro de los 90 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Aparatos principales	\$1,000	\$1,000
Aparatos secundarios	\$100	\$150

Tratamiento quiropráctico y terapia alternativa: el tratamiento debe comenzar dentro de los 90 días posteriores a la lesión accidental y se debe completar dentro de un plazo de 365 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Tratamiento quiropráctico	\$25	\$35
Terapia alternativa	\$25	\$35
Número máximo de visitas por accidente	10	10
Número máximo de visitas por año del plan	30	30

Manejo de dolor (anestesia epidural): se debe administrar dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Manejo de dolor (anestesia epidural)	\$100	\$150
Número máximo de administraciones por accidente	1	1

Medicamentos bajo receta: deben ser suministrados por farmacéuticos habilitados de forma ambulatoria dentro de los 10 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Medicamentos bajo receta	\$10	\$10
Número máximo de recetas médica por accidente	1	1

Reparación o reemplazo de dispositivo protésico o prótesis: se deben recibir dentro de un año de la lesión accidental. El reemplazo o la reparación de los dispositivos protésicos o las prótesis se debe realizar dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Un dispositivo protésico/una prótesis	\$750	\$1,500
Múltiples dispositivos protésicos/prótesis	\$1,500	\$3,000
Beneficio máximo por accidente	1	1
Reparación o reemplazo:	25% de monto del beneficio del aparato protésico/de la prótesis	25% de monto del beneficio del aparato protésico/de la prótesis

Servicios de terapia: deben comenzar dentro de los 90 días posteriores a la lesión accidental y se deben completar dentro de un plazo de 365 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Servicios de terapia	\$25	\$35
Número máximo de visitas por accidente	10	10

Cuidados de hospital

Admisión hospitalaria: día inicial

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sin admisión a la UCI: la hospitalización debe comenzar dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$1,000	\$2,000
Admisión a la UCI: la hospitalización debe comenzar dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental.	\$2,000	\$4,000

Hospitalización: por día - segundo día

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sin admisión a la UCI: la hospitalización debe comenzar dentro de los 180 días posteriores a una lesión accidental.	\$250	\$400
Unidad de terapia intermedia/intensiva: la hospitalización debe comenzar dentro de los 10 días posteriores a una lesión accidental.	\$300	\$450
Unidad de cuidados intensivos, diario: la hospitalización debe comenzar dentro de los 30 días posteriores a una lesión accidental.	\$500	\$800
Días máximos por accidente; (día combinado por todas las hospitalizaciones generadas por un mismo accidente)	365	365

Estadía en la unidad de rehabilitación, diario: paga un beneficio por una transferencia a una unidad de rehabilitación dentro de las 24 horas posteriores a una hospitalización debido a una lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Estadía en la unidad de rehabilitación	\$200	\$300
Número máximo de días por accidente	30	30

Unidad de observación: el primer día de observación debe comenzar dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Unidad de observación	\$100	\$100
Número máximo de observaciones por accidente	1	1

Atención quirúrgica

Sangre/plasma/plaquetas: la transfusión debe realizarse dentro de los 90 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sangre/plasma/plaquetas	\$400	\$500
Número máximo de transfusiones por accidente	1	1

Lesión ocular: la cirugía debe realizarse dentro de los 90 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Reparación quirúrgica	\$350	\$450
Extracción de objeto extraño	\$300	\$400
Beneficio máximo por accidente	1	1

Cirugías

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Cirugía (sin reparación): artroscópica o exploratoria: la cirugía debe realizarse dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental.	\$150	\$200
Cirugía craneal, torácica y abdominal abierta (Con reparación): un médico debe recomendarla dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental. La cirugía debe realizarse dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental.	\$2,000	\$3,000
Hernia (Con reparación): un médico debe diagnosticar la hernia dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental. Se debe corregir quirúrgicamente dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental.	\$250	\$300
Hernia discal (Con reparación): un médico debe diagnosticar la hernia discal dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental. Se debe corregir quirúrgicamente dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$750	\$1,000
Reparación única de tendón/ligamento/manguito de los rotadores (Con reparación): un médico debe diagnosticar el desgarro, la ruptura o la lesión dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental. Se debe corregir quirúrgicamente dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$750	\$1,000
Cartílago de la rotura del ligamento de la rodilla: Un médico debe tratar el cartílago de la rodilla desgarrado dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental; y repararlo mediante cirugía dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$750	\$1,000
Reparaciones múltiples de tendón/ligamento/manguito de los rotadores: un médico debe diagnosticar el desgarro, la ruptura o la lesión dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental. Se debe corregir quirúrgicamente dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$1,500	\$2,000
Paciente hospitalizado (No especificada con reparación): la cirugía debe realizarse dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$300	\$350
Paciente ambulatorio (No especificada con reparación): la cirugía debe realizarse dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$300	\$350
Beneficios máximos por accidente; todos los servicios quirúrgicos combinados	2	2

Alojamiento/Transporte

Alojamiento: este beneficio se debe pagar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Alojamiento	\$225	\$325
Número máximo de días de alojamiento por accidente	30	30

Transporte: este beneficio se debe pagar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Transporte	\$300	\$300

Dislocaciones y fracturas

Dislocaciones: una reducción abierta equivale a 2 veces el monto de una reducción cerrada.

Dislocaciones cubiertas	Reducciones cerradas del Bajo	Reducciones cerradas del Alto
Cadera	\$4,000	\$6,000
Rodilla	\$2,000	\$3,000
Tobillo: hueso(s) del pie (aparte de los dedos del pie)	\$750	\$1,500
Clavícula (articulación esternoclavicular)	\$600	\$1,200
Mandíbula inferior	\$600	\$1,200
Hombro (articulación glenohumeral)	\$600	\$1,200
Codo	\$600	\$1,200
Muñeca	\$600	\$1,200
Hueso(s) de la mano (aparte de los dedos de la mano)	\$600	\$1,200
Clavícula (articulación acromioclavicular y separación)	\$150	\$300
Costilla	\$150	\$300
Un dedo del pie o de la mano	\$150	\$300
Dislocación parcial	25% de dicha dislocación	25% de dicha dislocación
Máximas dislocaciones por accidente	3	3

Fracturas: una reducción abierta equivale a 2 veces el monto de una reducción cerrada.

Fracturas cubiertas	Reducciones cerradas del Bajo	Reducciones cerradas del Alto
Cráneo (excepto los huesos de la cara o la nariz) con hundimiento	\$5,000	\$9,000
Cráneo (excepto los huesos de la cara o la nariz) sin hundimiento	\$5,000	\$9,000
Cadera o muslo (fémur)	\$1,725	\$3,450
Cuerpo vertebral (sin incluir apófisis vertebrales)	\$1,125	\$2,250
Pelvis (incluyendo el ilion, isquion, pubis y acetábulo, excepto el coxis)	\$1,125	\$2,250
Pierna (maléolo fibular y/o tibial)	\$1,125	\$2,250
Huesos de la cara o la nariz (excepto la mandíbula o el maxilar)	\$600	\$1,200
Mandíbula inferior, maxilar (excepto apófisis alveolar)	\$600	\$1,200
Parte superior del brazo entre el codo y el hombro (húmero)	\$600	\$1,200
Mandíbula inferior, mandibular (excepto apófisis alveolar)	\$600	\$1,200
Clavícula (clavícula, esternón)	\$600	\$1,200
Omóplato (escápula)	\$600	\$1,200
Apófisis vertebral	\$600	\$1,200
Antebrazo (radio y/o cúbito)	\$450	\$900
Rótula	\$450	\$900
Mano/pie (excepto los dedos de la mano/del pie)	\$450	\$900
Tobillo	\$450	\$900
Muñeca	\$450	\$900
Costilla	\$225	\$450
Coxis	\$225	\$450
Dedo de la mano/dedo del pie	\$225	\$450
Fractura con esquirla	25% de dicha fractura	25% de dicha fractura
Fracturas máximas por accidente.	3	3

Beneficios por muerte y desmembramiento accidental y parálisis

Muerte accidental: este beneficio se debe pagar dentro de los 90 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Empleado	\$100,000	\$100,000
Cónyuge dependiente cubierto	\$50,000	\$50,000
Hijos dependientes cubiertos	\$50,000	\$50,000

Muerte accidental en transporte regular: este beneficio se debe pagar dentro de los 90 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Empleado	\$200,000	\$200,000
Cónyuge dependiente cubierto	\$100,000	\$100,000
Hijos dependientes cubiertos	\$100,000	\$100,000

Desmembramiento accidental: la pérdida se debe producir dentro de los 90 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Pérdida de brazo	\$30,000	\$30,000
Pérdida de mano	\$30,000	\$30,000
Pérdida de pierna	\$30,000	\$30,000
Pérdida de pie	\$30,000	\$30,000
Pérdida de la visión	\$30,000	\$30,000
Pérdida de la capacidad para hablar	\$30,000	\$30,000
Pérdida de la audición	\$30,000	\$30,000
Desmembramiento máximo por accidente (<i>excepto dedos de las manos/pies</i>)	2	2
Pérdida de dedo de la mano	\$1,000	\$1,000
Pérdida de dedo del pie	\$1,000	\$1,000
Desmembramiento máximo por accidente (<i>dedos de las manos/pies</i>)	4	4

Parálisis: un médico debe diagnosticar la parálisis dentro de los 60 días posteriores a una lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Cuadriplejía	\$10,000	\$20,000
Triplejía	\$7,500	\$15,000
Paraplejía	\$5,000	\$10,000
Hemiplejía	\$5,000	\$10,000
Diplejía	\$5,000	\$10,000
Monoplejía	\$2,500	\$5,000
Beneficio máximo por accidente	1	1

Modificación en el hogar y vehículo: se debe proporcionar un recibo de la modificación en el hogar o vehículo dentro de los 365 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Modificación en el hogar y vehículo	\$1,000	\$1,500
Beneficio máximo por accidente	1	1

Otras lesiones accidentales

Tratamiento de mordida de animal: el tratamiento debe realizarse dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Inyección de antisuero	\$200	\$200
Vacunas contra el tétanos	\$100	\$100
Vacuna contra la rabia	\$300	\$300
Número máximo de inyecciones por accidente	1	1

Lesión cerebral

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Conmoción cerebral/Lesión cerebral traumática leve: un médico debe hacer el diagnóstico dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental.	\$400	\$600
Lesión cerebral traumática moderada/aguda: un médico debe hacer el diagnóstico dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental.	\$500	\$750
Número máximo de lesiones cerebrales por accidente (todas las lesiones cerebrales combinadas)	1	1

Quemaduras: un médico debe realizar el tratamiento dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Segundo grado (más del 5% de la superficie total del cuerpo)	\$1,000	\$1,500
Tercer grado (menos del 5% de la superficie total del cuerpo)	\$1,500	\$2,250
Tercer grado (entre el 5% y 10% de la superficie total del cuerpo)	\$6,000	\$9,000
Tercer grado (más del 10% de la superficie total del cuerpo)	\$18,000	\$27,000
Número máximo de clasificaciones de quemaduras por accidente	1	1

Injerto de piel por quemadura: un médico debe realizar el implante del injerto de piel dentro de los 365 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Injerto de piel por quemadura	50% del beneficio por quemadura	50% del beneficio por quemadura
Número máximo de injertos de piel por accidente	1	1

Coma/Estado vegetativo persistente (EVP)

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Coma (no inducido): debe prolongarse al menos 14 días consecutivos y ser causado por una lesión accidental.	\$10,000	\$20,000
Beneficio máximo por accidente	1	1
Estado vegetativo persistente (EVP): debe prolongarse al menos 30 días consecutivos y ser causado por una lesión accidental.	\$10,000	\$20,000
Beneficio máximo por accidente	1	1
Coma (inducido):	\$250	\$250
Número máximo de días por accidente	10	10

Tratamiento dental: los servicios dentales deben comenzar dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Exodoncias	\$75	\$100
Número máximo de exodoncia por accidente	1	1
Corona	\$225	\$300
Número máximo de coronas por accidente	1	1

Herida por arma de fuego: un médico debe realizar el tratamiento dentro de un plazo de 24 horas.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Herida por arma de fuego	\$1,500	\$2,000
Número máximo de heridas por arma de fuego por accidente	1	1

Desgarro: un médico debe curar el desgarro dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sin sutura	\$50	\$75
Con sutura (menos de 7,5 cm)	\$75	\$100
Con sutura (entre 7,6 cm y 20 cm)	\$300	\$300
Con sutura (mayor de 20 cm)	\$600	\$600
Número máximo de reparaciones por accidente	1	1

Trastorno por estrés postraumático (TEPT): un médico debe diagnosticar el TEPT dentro de los 365 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	\$500	\$500
Diagnósticos máximos de por vida	1	1

Perro de servicio: el perro de servicio debe ser asignado dentro de los 365 días posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Perro de servicio	\$1,500	\$1,500
Número máximo de perros de servicios durante la vida de la persona cubierta	1	1

Exención de prima - Plan base contra accidentes

Si se ausenta del trabajo durante **30 días continuos** debido a una lesión accidental, la prima se eximirá a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que ocurra luego del día 30 de ausencia y exención seguirá aplicando a las fechas de vencimiento de la prima durante los siguientes **6 meses**. En este caso, se debe considerar que el estado laboral del asegurado es activo. La exención de la prima **no** aplica para ningún dependiente cubierto por este plan.

Cláusulas opcionales

Cláusula de deporte organizado

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Cláusula de deporte organizado	25%

Beneficios y cláusulas excluidas

- Muerte accidental
- Perro de servicio
- Muerte accidental en transporte regular
- Injerto de piel quemado
- Mordida de animal
- Quemadura
- Herida de arma de fuego

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Cláusula de evaluación médica	\$100
Se paga una vez por miembro por año del plan para pruebas preventivas cubiertas.	
Beneficio máximo por año del plan	1

Evaluaciones médicas cubiertas:

- Examen de médula ósea
- Medida de la densidad de la masa ósea (DEXA, DXA)
- Biopsias para detectar cáncer
- Análisis bioquímico de la sangre
- Ecografía de mamas
- Análisis sanguíneo de antígeno del cáncer 125 para detectar cáncer de ovario (CA 125)
- Ultrasonido Doppler carotideo
- Radiografía de tórax (CXR)
- Examen citológico
- Análisis sanguíneo de antígeno del cáncer 15-3 para detectar cáncer de mamas (CA 15-3)
- Análisis sanguíneo de antígeno carcinoembrionario para detectar cáncer de colon (CEA)
- Examen clínico testicular
- Colonoscopia
- Hemograma completo
- Examen dental
- Tacto rectal (DRE)
- Ecografía Doppler para detectar cáncer
- Ecografías Doppler para detectar enfermedad arterial periférica (también llamada arteriosclerosis)
- Electroencefalograma (EEG)
- Electrocardiograma (EKG, ECG)
- Ecocardiograma (ECHO)
- Endoscopia
- Examen oftalmológico
- Examen de glucemia en sangre en ayunas
- Examen de glucosa plasmática en ayunas
- Sigmoidoscopia flexible
- Examen de audición
- Análisis de sangre oculta en las heces
- Hemoglobina A1C
- Vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)
- Inmunizaciones
- Perfil de lípidico (colesterol HDL en suero, colesterol LDL, colesterol total y triglicéridos)
- Mamografía
- Prueba de detección de cáncer de boca
- Citología vaginal
- Examen Antígeno Prostático Específico (PSA)
- Chequeo médico de rutina
- Biopsia para detectar de cáncer de piel
- Examen de detección de cáncer de piel
- Examen de la piel
- Electroforesis de proteínas séricas (análisis sanguíneo para detectar mieloma)
- Finalización exitosa del programa para dejar de fumar
- Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora
- Prueba para detecta enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Termografía
- Citología en medio líquido
- Examen de glucosa plasmática con poscarga de dos horas
- Ultrasonido para detectar cáncer
- Evaluación con ultrasonido para aneurisma abdominal aórtico
- Colonoscopia virtual

Nota: La prueba de diagnóstico de la COVID-19 cumple con los requisitos de cobertura y es parte del beneficio por exámenes de salud.

Descripción de los beneficios

- **Ambulancia terrestre:** paga un beneficio por transporte terrestre proporcionado por una compañía de ambulancia profesional autorizada hacia o desde un hospital, o entre centros médicos, al lugar donde recibe tratamiento por una lesión accidental.
- **Ambulancia aérea:** paga un beneficio por transporte aéreo proporcionado por una compañía de ambulancia profesional autorizada hacia o desde un hospital, o entre centros médicos, al lugar donde recibe tratamiento por una lesión accidental.
- **Imágenes médicas:** las pruebas de imágenes médicas incluyen solo lo siguiente:
 - Tomografía por emisión de positrones (TEP)
 - Tomografía computarizada (CT)
 - Tomografía axial computada (TAC)
 - Resonancia magnética (RM) o imágenes de resonancia magnética (IRM)
 - Electroencefalograma (EEG)
- **Aparatos:** paga beneficios por aparatos principales o secundarios recetados y comprados debido a una lesión accidental.
 - **Aparatos principales:** corsé ortopédico, corsé de sujeción sacrolumbar, andador con apoyo rodilla, sillas de ruedas y escúter o sillas de ruedas motorizada.
 - **Aparatos secundarios:** férula, bastón, muletas, andador, bota ortopédica y otros dispositivos para asistir la movilidad física.
- **Tratamiento quiropráctico:** paga un beneficio para tratamiento con manipulación (ajuste) osteopática u otro tratamiento físico debido a una lesión accidental.
- **Terapia alternativa:** paga un beneficio para servicios de biorretroalimentación, acupuntura o terapia de electroestimulación muscular debido a una lesión accidental.
- **Reparación o reemplazo de dispositivo protésico o prótesis**
 - **Único:** paga un beneficio por un dispositivo protésico o prótesis cuando se pierde bien sea una mano, un pie o un ojo debido a una lesión accidental.
 - **Múltiple:** paga un beneficio por múltiples dispositivos protésicos o prótesis cuando se pierde una mano, un pie o un ojo debido a una lesión accidental.
 - **Reparación o reemplazo:** paga un beneficio por la pérdida o daño de un dispositivo protésicos o prótesis como resultado de una lesión accidental.
- **Unidad de observación:** paga un beneficio por el primer día en una unidad de observación debido a una lesión accidental. Este beneficio no pagará por ninguna atención preoperatoria ni posoperatoria.
- **Admisión hospitalaria (primer día):** este beneficio no pagará por tratamientos en una unidad de observación, sala de emergencia ni por ninguna cirugía ambulatoria.
- **Lesión ocular:** la lesión ocular debe requerir que un médico realice una cirugía o extraiga un objeto extraño del ojo. Un examen con anestesia no será considerado como cirugía y, por lo tanto, no se pagará.
- **Cirugía (sin reparación):** artroscópica o exploratoria: paga un beneficio por una cirugía artroscópica o exploratoria sin reparación o cuando se logra un desgarro del cartílago (desbridamiento)
- **Alojamiento:** paga por una habitación en un motel/hotel para que un compañero viaje con la persona asegurada cuando este se encuentre en el hospital debido a una lesión accidental. El lugar de la estadía debe estar a más de 50 millas de distancia del hogar de la persona asegurada.
- **Transporte:** paga un beneficio cuando una persona asegurada debe viajar, bajo consejo médico, más de 50 millas de ida desde su residencia para recibir tratamiento por una lesión accidental pagadera.
- **Muerte accidental:** paga un beneficio por muerte causada por una lesión accidental.
- **Muerte accidental en transporte regular:** paga un beneficio por muerte causada por una lesión accidental como pasajero con boleto en un transporte regular.
- **Desmembramiento accidental:** paga un beneficio por uno o más desmembramientos.

- **Modificación en el hogar y vehículo:** paga un beneficio por modificaciones realizadas en el hogar o vehículo que hayan sido ordenadas por un médico y que sean necesarias para mantener un estilo de vida independiente tras sufrir algún desmembramiento o parálisis.
- **Tratamiento de mordida de animal:** paga un beneficio por una mordida de un animal que requiera alguna de las vacunas antes mencionadas.
- **Herida por arma de fuego:** paga un beneficio por una herida causada por un arma de fuego convencional como resultado de una lesión accidental.
- **Perro de servicio:** paga un beneficio si un médico indica que es necesario un perro de servicio para mantener un mantener un estilo de vida independiente tras sufrir una lesión accidental.
- **Parálisis:** un médico debe confirmar que la parálisis se prolongó por un periodo de **90 días consecutivos**, y debe prever que la parálisis será completa, total y permanente.
- **Cláusula de deporte organizado:** paga un mayor porcentaje de los beneficios pagaderos en virtud del certificado por una lesión sufrida mientras jugaba como miembro registrado de una actividad deportiva organizada.

Preguntas frecuentes

¿Cómo presento un reclamo?

Ingrese a myaetnasupplemental.com e «Inicie sesión» o «Regístrese», esto dependerá de si ya ha creado una cuenta o no. Haga clic en "Crear un reclamo nuevo" y responda unas cuantas preguntas rápidas. Incluso puede guardar su reclamo para completarlo luego. También puede imprimir y enviar los formularios por correo postal a: Aetna Voluntary Plans, PO Box 14079, Lexington, KY 40512-4079, o nos puede solicitar que le enviemos un formulario impreso por correo postal.

¿Qué pasa si no entiendo algo que leí aquí o si tengo más preguntas?

Queremos que entienda estos beneficios antes de que decida inscribirse. Contáctenos. Llame al número gratuito 1-800-607-3366, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m. Estamos disponibles para responder sus preguntas antes y después de que se inscriba.

¿Qué debo hacer en caso de emergencia?

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

Exclusiones y limitaciones del plan de accidentes

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza y el certificado reales para determinar qué beneficios no son pagaderos. La siguiente es una lista parcial de los servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. Sin embargo, el plan puede contener excepciones a esta lista según los mandatos estatales o el diseño del plan adquirido.

Los beneficios conforme a la póliza no serán pagaderos por ningún cuidado, servicio o suministro por una lesión accidental relacionada con lo siguiente:

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas, que incluyen, entre otras, globos aerostáticos, puéting, paracaidismo, caída libre;
2. Cualquier competencia atlética competitiva semiprofesional o profesional, incluido el arbitraje o entrenamiento, por el cual se recibe cualquier pago;
3. Acto de guerra, motín, guerra;
4. Pilotear, aprender a pilotear o servir como piloto o tripulante de cualquier aeronave, ya sea motorizada o no;
5. Asalto, delito grave, ocupación ilegal u otro acto criminal;
6. Infecciones bacterianas que no son causadas por un corte o herida de una lesión accidental;
7. Atención proporcionada por miembros de la familia inmediata o cualquier integrante del hogar;
8. Cirugía optativa o estética;
9. Suplementos nutricionales;
10. Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas intencionalmente, o cualquier intento de lesiones autoinfligidas, o cualquier forma de asfixia intencional, excepto cuando resulte de un trastorno diagnosticado;
11. Violar las leyes de uso de dispositivos celulares del estado en el que ocurrió el accidente mientras se opera un vehículo motorizado;
12. Lesión accidental sufrida mientras está intoxicado o bajo la influencia de cualquier droga intoxicante, incluidas las recetadas por un médico que se usan incorrectamente;

No pagaremos los beneficios para un servicio o suministro prestado o recibido que no están cubiertos específicamente o no está relacionado con una lesión accidental.

La estadía, visita o servicio debe ser en o después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura, mientras la cobertura esté vigente y se realice en los Estados Unidos o sus territorios.

Portabilidad

Su plan incluye una opción de portabilidad, que le permite mantener su cobertura actual al hacer pagos directos a la compañía aseguradora. Puede usar esta opción si su relación laboral cesa por cualquier motivo. Consulte su certificado para ver las disposiciones de portabilidad adicionales.

Información importante sobre sus beneficios

ESTE PLAN NO CALIFICA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTE PLAN ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYE LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. Este plan proporciona beneficios limitados, pues paga los servicios cubiertos con sumas fijas en dólares independientemente de los cargos reales emitidos por el proveedor médico. Los pagos del beneficio no pretenden cubrir la totalidad del costo de la atención médica. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan en adición a cualquier otra cobertura médica que usted tenga.

Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal contra el uso ilegal. Con *información personal* nos referimos a la información que puede identificarlo como persona, así como su información financiera y médica. La información personal no incluye los datos que están disponibles para el público. Por ejemplo, toda persona puede acceder a la información sobre los servicios que cubre el plan. Esta tampoco incluye informes que no lo identifican a usted. Cuando sea necesario para su atención o tratamiento, para la administración de nuestros planes médicos o para otras actividades relacionadas, usaremos la información personal dentro de nuestra empresa, la compartimos con nuestras filiales, y podemos divulgarla a: sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores, otras aseguradoras, proveedores de suministros, departamentos gubernamentales y administradores de terceros (TPA). Obtenemos la información a través de muchas fuentes diferentes, particularmente de usted, su empleador o patrocinador del plan de beneficios (si corresponde), otras aseguradoras, organizaciones para el mantenimiento de la salud o TPA, y los proveedores de atención médica. Estas partes están obligadas a mantener su información privada, tal como lo exige la ley. Algunas de las formas en las que podemos utilizar su información incluyen: pagar los reclamos, tomar decisiones sobre lo que el plan cubre, coordinar pagos con otras aseguradoras, realizar evaluaciones de calidad y actividades para mejorar nuestros planes y auditorías. Consideramos que estas actividades son clave para la administración de nuestros planes. Cuando la ley lo permite, utilizamos y divulgamos su información personal de las maneras antes descritas 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 proporcionarle acceso a su información. Si piensa que hay algo mal o que falta algo en su información personal, puede pedirnos que lo cambiemos. Debemos completar su solicitud dentro de un plazo razonable. Si no estamos de acuerdo con el cambio, puede presentar una apelación. Si desea recibir una copia de nuestro aviso de privacidad, llame al 1-800-607-3366 o visite nuestro sitio web www.aetna.com.

If you require language assistance, please call the Member Services number on your Aetna ID card, and an Aetna representative will connect you with an interpreter. You can also get interpretation assistance for utilization management issues or for registering a complaint or appeal. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial 711 for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Aetna telephone number you're calling.

Si necesita asistencia lingüística, llamar al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación de Aetna, y un representante de Aetna le conectará con un intérprete. También puede recibir asistencia de interpretación para asuntos de administración de la utilización o para registrar una queja o apelación. Si es sordo o tiene problemas de audición, usar su TTY y marcar 711 para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones. Una vez conectado, por favor entrar o proporcionar el número de teléfono de Aetna que está llamando.

ATENCIÓN RESIDENTES DE MASSACHUSETTS: desde el 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts mayores de dieciocho (18) años tengan una cobertura médica que reúna las normas de Cobertura Mínima Comprobable establecidas por el Conector de Seguro Médico de la Mancomunidad, salvo que sea exonerado del requisito de seguro médico con base en la asequibilidad económica o adversidad personal. Para obtener más información, llame al Conector al 1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765) o visite el sitio web del Conector (www.mahealthconnector.org). ESTA PÓLIZA NO CUMPLE POR SÍ SOLA CON LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA MÍNIMA COMPROBABLE. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros a través del número 1-617-521-7794 o visitar su sitio de web en mass.gov/doi.

Cláusula de exclusión de sanciones financieras

Si la cobertura proporcionada por esta póliza viola ahora o en el futuro alguna sanción económica o comercial de EE. UU., la cobertura se considerará inválida inmediatamente. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos ni reembolsar en concepto de atención médica u otros reclamos o servicios si esto infringe un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o un país bajo sanción por parte de Estados Unidos, salvo que lo autorice una licencia válida por escrito emitida por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC). Para obtener más información sobre la OFAC, visite <http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Este material solo tiene fines informativos. Los proveedores son contratistas independientes y no son representantes de Aetna. Asimismo, la participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. Aetna no proporciona atención ni garantiza acceso a servicios médicos. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y los beneficios pueden variar según la ubicación. Aunque creemos que la información es correcta al momento de su elaboración, esta puede ser modificada. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, ingrese a aetna.com.

Los formularios de póliza emitidos en Oklahoma incluyen: AL HPOL-VOL Acc 01, AL HCOC-VOL Acc 01





HOJA DE TARIFAS

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



Plan de Accidente

Usted puede inscribirse en una sola opción

Bajo	Costo	Alto	Costo
Sólo para usted	\$10.68	Sólo para usted	\$13.34
Usted mismo y su cónyuge	\$21.36	Usted mismo y su cónyuge	\$26.68
Usted mismo más niño(s)	\$22.43	Usted mismo más niño(s)	\$28.02
Usted y su familia	\$32.98	Usted y su familia	\$41.36

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: GR-96841, AL HPOL-VOL Acc 01, AL HCOC-VOL Acc 01; GR-96842.



Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

Seguro de Indemnización Hospitalaria

Aetna | www.myaetnasupplemental.com | (800) 872-3862

Las estadías en el hospital son costosas. Si usted o un miembro de su familia se encuentran en el hospital debido a un accidente o una enfermedad repentina, es posible que tengan dificultades económicas, incluso si tienen un buen plan médico. Con un plan de indemnización hospitalaria, puede estar seguro de que esos gastos adicionales no serán una carga financiera.

A diferencia de los planes médicos, no hay deducibles por cumplir con un plan de indemnización hospitalaria. Tan pronto como incurra en un evento calificado, puede presentar una reclamación y comenzar a recibir beneficios.

El plan paga un beneficio de suma global en una cantidad establecida previamente. El dinero se puede utilizar para gastos médicos, deducibles de seguros, comestibles, transporte, cuidado de niños – ¡usted decide!





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 2020, se gastaron **\$1.24 billones** en servicios hospitalarios. El **60% al 65%** de todas las quiebras están relacionadas con gastos médicos.¹



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 Debt.org. Hospital and Surgery Costs (Costos de cirugía y hospital). Octubre de 2021.

Disponible en: <https://www.debt.org/medical/hospital-surgery-costs/>. Consultado el 3 de junio de 2022.

* 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**.

If you require language assistance, please call Member Services at 1-800-607-3366 and an Aetna representative will connect you with an interpreter. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial 711 for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Aetna telephone number you're calling.

Si usted necesita asistencia lingüística, por favor llame al Servicios al Miembro a 1-800-607-3366, y un representante de Aetna le conectará con un intérprete. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, use su TTY y marcar 711 para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS). Una vez conectado, por favor entrar o proporcionar el número de teléfono de Aetna que está llamando.

ATENCIÓN RESIDENTES DE MASSACHUSETTS: A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts de dieciocho (18) años o mayor, deben tener cobertura de salud que reúna las normas de Cobertura Comprobable Mínima establecidas por el Conector de Seguro de Salud del Estado, a menos que sea exonerado del requisito de seguro de salud de acuerdo con asequibilidad económica o indigencia. Para obtener más información, llame al Conector al **1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765)** o visite el sitio de Internet del Conector en **(www.mahealthconnector.org)**. **ESTA PÓLIZA, EN SÍ, NO CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA COMPROBABLE MÍNIMA.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros llamando al **1-617-521-7794** o visite el sitio de Internet en **www.mass.gov/doi**.

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras

Si la cobertura proporcionada por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE.UU., la cobertura es considerada inválida inmediatamente. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar para 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 planes están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

Este material es solo para fines informativos y no constituye una oferta ni invitación de contrato. Si bien se cree que la información dada en el presente documento es precisa a la fecha de producción, está sujeta a cambios. Para más información sobre los planes de Aetna, consulte **www.aetna.com**.

Los formularios de Póliza de Indemnización hospitalaria emitidos en Idaho, Oklahoma y Missouri incluyen: AL VOL HPOL-Hosp 01 and AL VOL HCOC-Hosp 01.





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

Bajo	Costo	Alto	Costo
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 and AL VOL HCOC-Hosp 01.



Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

Planes Voluntarios de Jubilación



TCG | www.region10rams.org | (800) 943-9179

Plan de Jubilación 403(b)

Las investigaciones muestran que los estadounidenses están viviendo mucho más allá de los años de jubilación. ¿Está ahorrando lo suficiente para poder disfrutar de esos años? Un plan 403(b) puede ayudarle a lograrlo.

Se trata de un plan de jubilación aprobado por el IRS que le permite reservar dinero antes de impuestos para su jubilación. Las contribuciones se realizan convenientemente a través de la deducción de nómina, por lo que el dinero se transfiere de su cheque de pago a la cuenta automáticamente. Además, su empleador puede incluso igualar sus contribuciones según cuánto invierta en el plan. ¡Ahora es el momento de aprovechar al máximo esta oportunidad para maximizar sus ahorros para la jubilación!

Plan de Jubilación 457(b)

El plan 457(b) es un plan de ahorro para la jubilación voluntario patrocinado por el empleador que le permite ahorrar dinero para la jubilación sobre la base de impuestos diferidos o la cuenta ROTH. Una diferencia importante entre el 457(b) y el 403(b) es que las distribuciones nunca están sujetas al impuesto del 10 por ciento por retiro anticipado.

Límites de contribución	
2024	2025
\$23,000	\$23,500

Los participantes que tienen 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario pueden aportar \$7,500 adicionales.

Toda inversión implica riesgo. El rendimiento pasado no es garantía de rendimientos futuros.



403(b) Retirement Savings Plan

A 403(b) plan is a special type of employer-sponsored retirement plan designed for eligible public education, religious, and other tax-exempt organizations.

Saving with a 403(b) plan gives you the ability to defer a portion of your paycheck and invest funds in a portfolio of your choosing. By participating, you can take advantage of tax savings, reduce your retirement income gap, and get one step closer to achieving financial independence.

To establish a 403(b) account, you must first select an investment provider from a list of approved vendors, and then elect contributions on a pre-tax or Roth basis.

Please note that early withdrawals from a 403(b) account are subject to a 10% early withdrawal penalty unless a qualifying event takes place.



Why Contribute?

- o Avoid a gap in your income during retirement
- o Take advantage of tax benefits
- o Improve your financial wellbeing
- o Automatic payroll deductions take stress out of planning
- o Decrease your dependency on government-funded pension plans

2024 Contribution Limits

You can contribute 100% of your compensation up to \$23,000, whichever is less. If you are age 50 or older, you can contribute up to an additional \$7,500 for a total of \$30,500.

You can contribute to both 403(b) and 457(b) plans simultaneously.

Get started at www.region10rams.org/403b

Enrollment assistance is available at www.region10rams.org/telewealth or by calling the Enrollment Hotline at 800-943-9179.

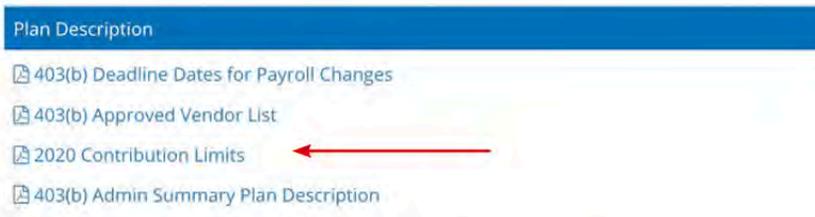




How to Register

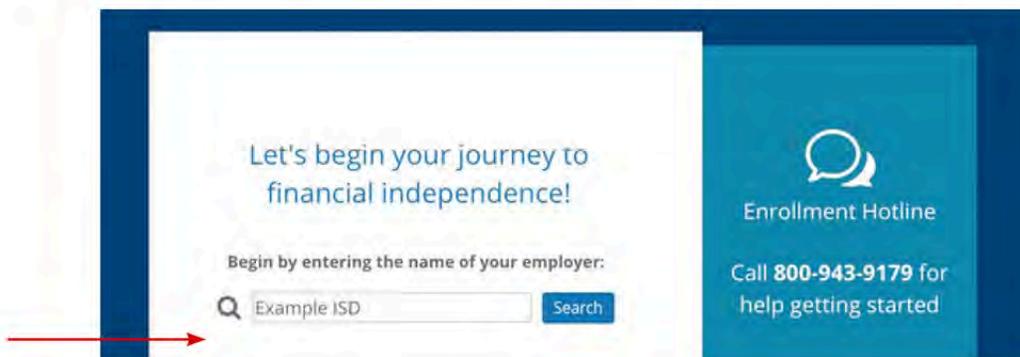
Step One: Create an account with an approved vendor

1. Visit www.region10rams.org/documents.
2. Search for your employer and open the 403(b) Approved Vendor list.
3. Do your research and contact a vendor on the list directly to establish your retirement account.



Step Two: Create an administration account

1. Visit www.region10rams.org/403b and click Enroll.
2. Enter the name of your employer and select the 403(b) Admin Plan.
3. Follow each step until you get a completion notice.
4. You're done! Login your account any time you wish to make contribution adjustments.



Get started at www.region10rams.org/403b

Enrollment assistance is available at www.region10rams.org/telewealth or by calling the Enrollment Hotline at 800-943-9179.





403(b) vs 457(b) Plan Comparison

Feature	457(b)	403(b)
Contribution maximum limits (can contribute to both plans)	2024: \$23,000; \$30,500 age 50+	2024: \$23,000; \$30,500 age 50+
Retirement Contributions Tax Credit	Up to \$1,000 (\$2,000 if filing jointly)	Up to \$1,000 (\$2,000 if filing jointly)
Early withdrawal penalty tax	None	10% unless qualified exception
Investment options	Managed allocations or self-directed mutual funds.	Fixed/Variable interest annuities or mutual funds/custodial accounts
Employer Investment Oversight	Yes, managed by TCG Advisors and Investment Advisory Committee (comprised of superintendents & CFO's).	No
Distribution restrictions	Funds can be requested upon: <ul style="list-style-type: none"> o Age 59 1/2 o Separation from employer o Disability o Death o Unforeseeable emergency 	Funds can be requested upon: <ul style="list-style-type: none"> o Age 59 1/2 o Age 55 and/or leaving employer o Disability o Death o Financial hardship
Financial Hardship/Unforeseeable Emergency Distributions	Must be an unforeseeable Emergency. Can include the following criteria is met: <ul style="list-style-type: none"> o Medical expenses o Funeral expenses o Foreclosure/eviction o Certain hurricanes and natural disasters 	Qualified for the following causes: <ul style="list-style-type: none"> o Medical care o Foreclosure/eviction o Tuition payment o Buying a home o Funeral costs o Home repair costs o Disaster relief
Loans	Permitted; loans from all qualified plans limited to the lesser of 50,000 or 50% of vested account balance.	Permitted; loans from all qualified plans limited to the lesser of \$50,000 or 50% of vested account balance.
Required minimum distributions	RMD rules apply at age 72 or later, severance from service, or after death.	RMD rules apply at age 72 or later, severance from service, or after death

Have questions? We're here to help.

TeleWealth Virtual Assistance is available at www.region10rams.org/telewealth or by calling the TCG Advisor Hotline at 512-600-5204.



TeleWealth™ Virtual Assistance

What are your Retirement Numbers?



What age can I retire?



How much will my pension pay me?



How much do I need to save?

Whether retirement is around the corner or decades away, it's important to plan early and know your **three key numbers**. At TCG Advisors, a HUB International company, we are here to help you approach retirement planning with confidence.

Retirement Plan Specialist Kevin Hull can help you create a plan of action to address your unique retirement goals.

Convenient meetings from virtually anywhere at no cost to you

Through TeleWealth™ Virtual Meetings, we can provide the assistance you need without disrupting your busy schedule whether it's by phone or live video chat right from your desktop or mobile device.

We can address topics like:

- Retirement and investment planning
- How your pension and Social Security work together
- Investment and cash flow strategies
- Consolidating old employer plans



Schedule a TeleWealth™ Meeting with Kevin at www.tcgservices.com/khull

You may contact Kevin at kevin.hull@hubinternational.com

Scan code for quick meeting booking access



2025 IRS Retirement Plan, IRA, & HSA Contribution Limits

EFFECTIVE 01/01/2025

The IRS has released the 2025 Annual Plan Limitations for defined contribution and defined benefit plans. 403(b), 457(b), & 401(k) elective deferral, catch-up, and other key limits for 2025 are listed below.

	2025 Limits	2024 Limits
Employee Elective Deferrals to 403(b), 457(b) and 401(k) Plans	\$23,500	\$23,000
Catch-Up Contributions (Age 50 or older) to 403(b), 457(b) and 401(k) Plans	\$7,500	\$7,500
Catch-Up Contributions (Ages 60 – 63 in 2025) to 403(b), 457(b) and 401(k) Plans	\$11,250	n/a
Annual Addition Dollar Maximum (applies to Employer-paid 401(a), 403(b) and 401(k) Plans)	\$70,000	\$69,000
Defined Benefit Dollar Maximum	\$280,000	\$275,000
Highly Compensated Employee Threshold (applies mainly to 401(k) Plans)	\$160,000	\$155,000
Key Employee Threshold (applies mainly to 401(k) Plans)	\$230,000	\$220,000
Annual Compensation Limits (used for retirement plan calculations)	\$350,000	\$345,000
Annual IRA Contribution Limit	\$7,000	\$7,000
IRA Catch-up Contribution Limit (age 50 and older)	\$1,000	\$1,000
Health Savings Accounts (HSA) Contribution Limits	\$4,300 (Individuals) \$8,550 (Families)	\$4,150 (Individuals) \$8,300 (Families)
Health Savings Accounts (HSA) Catch Up Contributions (Age 55 or older)	\$1,000	\$1,000

For a complete list of 2025 limits, please visit the following link:
<https://www.irs.gov/pub/irs-drop/n-24-80.pdf>

TCG, a HUB International Company
 900 S Capital of Texas Hwy, Suite 350, Austin, TX 78746
 800-943-9179 | www.tcgservices.com



Investment advisory services offered through HUB Investment Partners LLC, an SEC registered investment advisor f/k/a TCG Advisors LLC. Insurance Services offered through HUB International. Recordkeeper and Third Party Administrator services offered through TCG Administrators, a HUB International Company. HUB International, owns and operates several other entities which provide various services to employers and individuals across the U.S.

Programa de Asistencia al Empleado

Support Linc | www.supportlinc.com | (800) 475-3327

La vida nos empuja en muchas direcciones diferentes. Entre los niños, las relaciones personales, las actividades extracurriculares y el tiempo en familia, parece que no tenemos suficiente tiempo en el día para encajarlo todo. Cuando se sienta estresado por la vida, llame a la línea de asistencia al empleado proporcionada por su empleador. Ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a profesionales que pueden ayudarle a enfrentar con éxito los problemas emocionales.

Un programa de asistencia al empleado, o EAP por sus siglas en inglés, es un programa voluntario y gratuito que ofrece su empleador. Con una llamada telefónica, tendrá acceso a asesoramiento a corto plazo y evaluaciones confidenciales cada vez que tenga un problema personal o laboral.

Los programas de asistencia al empleado abordan una amplia gama de problemas, incluido el bienestar mental y emocional, el abuso de sustancias y el dolor. Los asesores cumplen con los más altos estándares éticos y están capacitados para mantener la confidencialidad de su situación. Trabajan con usted para determinar la mejor manera de abordar sus necesidades y orientarlo en una dirección positiva.



SUPPORTLINC

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO PARA EAGLE MOUNTAIN SAGINAW

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 tres (3) 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: eaglemtnsaginaw

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



Medicare y los 65 años



FFMS | www.ffga.com/medicare-solutions | (281) 889-9382

Preguntas a considerar antes de jubilarse

- ¿**Planeo** jubilarme?
- ¿Soy **elegible** para inscribirme?
- ¿**Cuándo** puedo inscribirme?
- ¿Realmente **quiero** inscribirme?
- ¿**Debo** inscribirme ahora o esperar?
- ¿Qué sucede si **no** me inscribo cuando sea elegible?

Robert Dawson

Coordinador de FFMS

Celular: (281) 889-9382

Ya sea que tenga intención de jubilarse o no, estas preguntas y más pueden surgir a medida que se acerque a los 65 años.

Planificar su futuro es importante y no tiene que hacerlo solo. Deje que los expertos de First Financial le ayuden en este proceso.

Clever RX

Clever RX | partner.cleverrx.com/ffga | (800) 873-1195

Clever RX le ayuda a ahorrar dinero mediante el uso de una tarjeta de ahorro para medicamentos recetados. Se asocian con la comunidad de atención médica para brindarles a los participantes herramientas de última generación para ahorrar dinero. Le ayuda a ahorrar hasta un 80% en medicamentos recetados y, a menudo, supera el copago promedio. Además, es completamente gratis. ¡Gracias a Clever RX, nunca más pagará de más por sus recetas!

¡Use Clever RX cada vez que pague un medicamento para ahorrar al instante!



Descargue la aplicación o visite el sitio para cotizar un medicamento:
partner.cleverrx.com/ffga.

Puntos destacados de Clever RX

- 100% GRATIS de usar.
- Obtenga descuentos en miles de medicamentos.
- Ahorre hasta un 80% en medicamentos recetados – ¡A menudo supera su copago! Descargue la aplicación Clever RX utilizando la información de su tarjeta a continuación para obtener ahorros exclusivos en más de 60,000 farmacias en todo el país.
- ¡Disponible para usar ahora!

COBRA

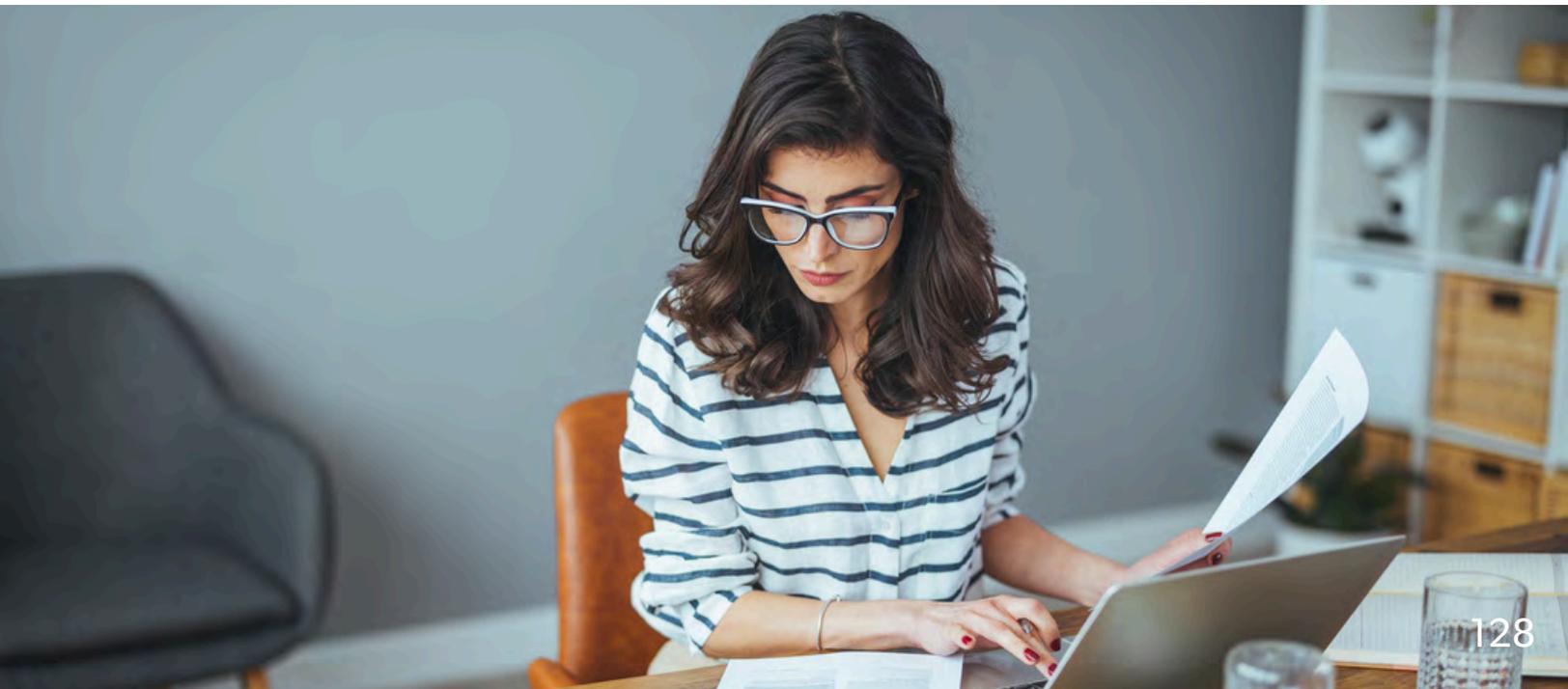
First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | (800) 523-8422, option 4

La vida está llena de eventos inesperados que pueden afectar su cobertura de seguro médico. Según la Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada, más conocida como COBRA, usted tiene derecho a continuar con su cobertura de salud grupal, como el seguro médico, dental, de visión y las cuentas de gastos flexibles por un tiempo limitado.

Puntos destacados de COBRA

- Continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo, divorcio, muerte o un hijo que ya no califica como dependiente. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.
- Usted o un miembro de su familia son responsables de notificar a su empleador sobre un divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente de un hijo dentro de los 60 días posteriores al evento. En caso de despido, fallecimiento o reducción de horas, su empleador será responsable de informarle al proveedor que usted tiene derecho a continuar con la cobertura bajo COBRA.
- Los beneficios seguirán siendo idénticos a los que tenía mientras estaba empleado. Sin embargo, usted será responsable de pagar la prima completa, más los cargos aplicables.

First Financial Administrators, Inc. ofrece servicios de administración de COBRA para los siguientes planes: médico, dental, visión, y FSA.



Información de Contacto

Ryan Hancock, Gerente de Cuentas Sénior
(800) 883-0007
ryan.hancock@ffga.com

Jamie Irwin, Coordinadora de Beneficios
(817) 232-0880 Ext. 2486
jmcnutt-erwin@ems-isd.net

Producto	Aseguradora	Sitio Web	Teléfono
Médico	BCBS	www.bcbstx.com/trsactivecare	(866) 355-5999
Prescripción	Express Scripts	www.express-scripts.com/trsactivecare	(844) 367-6108
Transporte Médico	MASA	www.masamts.com	(954) 334-8261
Telesalud	Recuro	www.recurohealth.com	(855) 673-2876
FSA/HSA	FFGA	ffa.wealthcareportal.com	(866) 853-3539
Dental	Ameritas	www.ameritas.com	(800) 487-5553
Visión	Ameritas	www.ameritas.com	(800) 487-5553
Vida A Término	UNUM	www.unum.com	(866) 679-3054
Vida Permanente	Texas Life	www.texaslife.com	(800) 283-9233
Discapacidad	American Fidelity	www.americanfidelity.com	(800) 654-8489
Cáncer	American Fidelity	www.americanfidelity.com	(800) 654-8489
Enfermedades Graves	Aetna	www.myaetnasupplemental.com	(800) 872-3862
Accidentes	Aetna	www.myaetnasupplemental.com	(800) 872-3862
Indemnización Hospitalaria	Aetna	www.myaetnasupplemental.com	(800) 872-3862
Jubilación	TCG	www.region10rams.org	(800) 943-9179
Asistencia Al Empleado	SupportLinc	www.supportlinc.com	(800) 475-3327
COBRA	FFGA	cobrapoint.benaissance.com	(800) 523-8422