



# Guía de referencia rápida sobre los beneficios de los empleados para 2024 – 2025

Tomamos las decisiones que más le convienen

# ¡Bienvenido!

Conroe Independent School District (Conroe ISD) tiene el orgullo de ofrecer un excelente paquete de beneficios para todos los empleados y sus dependientes que cumplan con los requisitos. Estos beneficios constituyen una parte valiosa de su compensación total.



Por ser un empleado regular de tiempo completo que trabaja como mínimo 18.75 horas por semana, puede elegir cobertura médica, dental y de la vista de grupo, así como también muchos otros beneficios voluntarios. En esta guía, se brindan detalles acerca del proceso de inscripción, un resumen general de sus opciones de beneficios y las primas para el año del plan 2024-2025. Puede consultar esta guía durante todo el año o visitar el sitio web del Centro de beneficios para empleados de Conroe ISD en **[ffbenefits.ffga.com/conroeisd](https://ffbenefits.ffga.com/conroeisd)**.

Para obtener información más detallada, consulte los documentos del plan en línea, en **[www.conroeisd.net/department/hr/plan-documents](https://www.conroeisd.net/department/hr/plan-documents)**. También puede llamar al **936-709-7808** o enviar un correo electrónico a **[benefitoffice@conroeisd.net](mailto:benefitoffice@conroeisd.net)** para ponerse en contacto con la Oficina de Beneficios de Conroe ISD y solicitar los documentos impresos.

## En esta guía

Términos básicos sobre seguros de salud .....	3
Inscripción .....	4
Período de inscripción especial y cambios durante el año.....	4
¿Quién cumple con los requisitos? .....	5
Cómo inscribirse .....	6
Planilla de cálculo de primas y gastos para 2024-2025 .....	7
Opciones de planes médicos .....	9
Plan de medicamentos con receta .....	11
Costos de desembolso médicos y de farmacia para 2024-2025 .....	12
Plan alternativo de CISD .....	13
Programa de Asistencia al Empleado .....	13
Programa de bienestar Healthy You .....	13
Otras opciones de beneficios .....	14
Planes de ahorros para la jubilación.....	19
Información de contacto de los beneficios.....	21
Avisos legales .....	22

### Planifique los gastos en beneficios

En las páginas 7 y 8, encontrará una práctica planilla que le permitirá consultar las primas y calcular el presupuesto para todas las opciones de beneficios del año del plan 2024 - 2025.

Esta planilla puede ayudarlo a calcular el costo de las primas y los beneficios relacionados para evitar que lo sorprendan gastos inesperados más adelante.

# Términos básicos sobre seguros de salud

**El seguro de salud puede ser difícil de entender. Consulte esta lista de términos comunes para ayudarlo a comprender los beneficios y costos mencionados en esta guía.**

**Límite anual:** El tope en los beneficios que paga su plan de salud por año del plan mientras usted esté inscrito. Se aplica a servicios particulares, como medicamentos con receta o internaciones. También se puede aplicar un límite anual al monto en dólares de los servicios cubiertos o a la cantidad de visitas que están cubiertas para un servicio. Después de alcanzar un límite anual, usted debe pagar todos los costos asociados el resto del año del plan.

**Coseguro:** La parte que le corresponde pagar por un servicio de cuidado de salud cubierto después de haber alcanzado el deducible. En general, es un porcentaje (por ejemplo, 20 %) del monto permitido para el servicio.

**Copago:** Un monto fijo en dólares que debe pagar como su parte del costo por un servicio o artículo médicos, como una visita al médico.

**Deducible:** El monto que debe por los servicios de cuidado de salud cubiertos antes de que el plan de salud comience a pagarlos.

**Formulario:** Una lista de los medicamentos con receta que están cubiertos por un plan de medicamentos con receta; también se lo denomina "lista de medicamentos".

**Red:** Los médicos, los hospitales y los proveedores que tienen contrato con su plan de salud para prestar servicios a sus miembros.

**Desembolso máximo:** El monto máximo que pagará por los servicios cubiertos en un año del plan. Una vez que gaste este monto en deducibles, copagos y coseguros, el plan de salud pagará el 100 % del costo de los servicios cubiertos.

**Año del plan:** Un período de 12 meses de cobertura de beneficios conforme a un plan de salud de grupo. Es posible que este período de 12 meses no coincida con el año calendario (del 1.º de enero al 31 de diciembre del mismo año). El año del plan de Conroe ISD para los planes que no siguen el año calendario comienza el 1.º de septiembre de cada año y termina el 31 de agosto del año siguiente. Para saber cuándo comienza el año de su plan, consulte los documentos del plan.

**Precertificación:** Una aprobación que obtiene antes de recibir servicios de cuidado de salud, planes de tratamiento, medicamentos con receta o equipo médico duradero, según lo exige el plan de salud. Consulte los documentos del plan para saber qué tipos de servicios requieren esta aprobación. También se la llama "autorización previa" o "aprobación previa".

**Prima:** El monto que paga por su plan de salud cada mes.

**Médico de cuidado primario (PCP):** Un médico que le brinda servicios de cuidado de salud o los coordina.

**Remisión:** Una orden electrónica o por escrito de su PCP para que vea a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Con algunos planes de salud, si no obtiene primero una remisión, el plan no pagará los servicios.

**Especialista:** Un médico que se enfoca en un área específica de la medicina para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar ciertos tipos de afecciones y síntomas.

**Terapia escalonada:** Un programa que exige que usted pruebe determinados medicamentos antes de que el plan pague un medicamento de marca en particular. Los primeros medicamentos, por lo general, son genéricos y cuestan menos.

Para obtener detalles acerca de los costos de desembolso, los servicios cubiertos y los límites de su plan, consulte los documentos del plan de Conroe ISD, disponibles en el sitio web del Departamento de Recursos Humanos, en [www.conroeisd.net/department/hr/plan-documents](http://www.conroeisd.net/department/hr/plan-documents).

Para obtener un glosario completo de la cobertura de salud y los términos médicos, visite [www.healthcare.gov/sbc-glossary](http://www.healthcare.gov/sbc-glossary).

## Importante: Resumen de beneficios y cobertura (SBC) disponible

Los resúmenes de los planes médicos ofrecidos están disponibles para ayudarlo a tomar una decisión informada sobre sus opciones de cobertura médica. Puede encontrar los resúmenes en línea, en [www.conroeisd.net](http://www.conroeisd.net), en "Employees > Benefits > Benefits Enrollment" (Empleados>Beneficios>Inscripción en beneficios). También puede ponerse en contacto con la Oficina de Beneficios de Conroe ISD y solicitar una copia impresa sin cargo. Para ello, llame al **936-709-7808** o envíe un correo electrónico a [benefitoffice@conroeisd.net](mailto:benefitoffice@conroeisd.net).



# Inscripción

Conroe ISD tiene un contrato con First Financial Administrators, Inc. (First Financial) para que administre el plan de beneficios flexibles conforme al Artículo 125 y para que colabore con la inscripción en los beneficios.

Si tiene preguntas sobre los beneficios, por ejemplo, cómo inscribirse, cómo funcionan los beneficios o cómo presentar un reclamo, o si necesita otra información acerca de la póliza, visite el sitio web del Centro de beneficios para empleados en [ffbenefits.ffga.com/conroeisd](http://ffbenefits.ffga.com/conroeisd) o llame a First Financial al **1-800-523-8422**. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

## Inscripción anual (del 1.º al 31 de julio de 2024)

Durante este período, tiene la oportunidad de revisar, cambiar o mantener sus beneficios para el próximo año. **Debe enviar sus elecciones de inscripción durante este período, aunque no elija ninguna cobertura a través del Distrito o quiera mantener la misma cobertura.** Los nuevos beneficios entrarán en vigor el 1.º de septiembre de 2024 y estarán vigentes hasta el 31 de agosto de 2025.

## Nuevos empleados

Como nuevo empleado, tiene **31 días calendario** a partir de la fecha de contratación para elegir beneficios que satisfagan sus necesidades y las de su familia. Debe enviar sus elecciones de inscripción durante este período, aunque no elija ninguna cobertura a través del Distrito. Si no se inscribe como nuevo empleado, perderá el acceso a la cobertura hasta el siguiente período de inscripción anual.

# Período de inscripción especial y cambios durante el año

Una vez que envíe sus elecciones de inscripción como nuevo empleado, o cuando termine la inscripción anual, solo podrá hacer modificaciones durante el año si ocurre un cambio que amerite una inscripción especial o un cambio de estado según lo definido por el Servicio de Impuestos Internos (IRS), como se menciona a continuación. Los cambios en los beneficios deben ser coherentes con el cambio de estado.

Si ocurre uno de estos cambios en su estado civil o situación familiar, póngase en contacto con la Oficina de Beneficios de Conroe ISD. Para ello, llame al **936-709-7808** o envíe un correo electrónico a [benefitsoffice@conroeisd.net](mailto:benefitsoffice@conroeisd.net) lo antes posible.

Solo tiene **30 días calendario** después de la fecha del cambio para hacer modificaciones. En el caso de cambios relacionados con los requisitos de Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), el período de notificación es de 60 días. **No se permitirá realizar cambios fuera de estos plazos hasta el siguiente período de inscripción anual.** Un especialista en beneficios puede explicarle qué cambios puede hacer.

\*Tenga en cuenta que este es solo un resumen y no indica hechos y circunstancias especiales relativas a diversos cambios y beneficios.

La fecha de inicio de la cobertura depende de la fecha de contratación y de la fecha en la que completa la inscripción. La cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha de su contratación solo si completa la inscripción en esta fecha o antes. Si completa la inscripción después del primer día del mes siguiente a su fecha de contratación, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en la que completó la inscripción. La fecha de vencimiento para el pago de las primas de todos los planes es el primer día de cobertura.

## Todos los empleados

Una vez que envíe sus elecciones de inscripción como nuevo empleado, o cuando termine la inscripción anual, solo podrá hacer modificaciones durante el año si ocurren cambios en su estado civil o situación familiar que reúnen los requisitos. Consulte la siguiente sección para obtener más información.

**Todos los empleados deben inscribirse en los beneficios o rechazarlos entre el 1.º de julio de 2024 y el 31 de julio de 2024 a las 11:59 p. m., como máximo. Los cambios entran en vigor el 1.º de septiembre de 2024.**

**Para nuevos empleados:** Asegúrese de inscribirse en los beneficios o rechazarlos antes de haber cumplido 31 días calendario en el empleo.



## Cambios de estado que le permiten cumplir con los requisitos para actualizar los beneficios\*:

- Matrimonio o divorcio.
- Nacimiento, adopción o colocación en adopción.
- Muerte.
- Dependiente que comienza a cumplir con los requisitos o que deja de hacerlo.
- Cambio en la situación laboral del empleado, del cónyuge o de un dependiente, lo cual afecta el cumplimiento de los requisitos.
- Cambio en la cobertura del plan de otro empleador, como la inscripción abierta del empleador del cónyuge.
- Derechos especiales de inscripción conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), que incluyen dejar de cumplir con los requisitos o recibir contribuciones del empleador para otra cobertura de salud.
- Sentencias, fallos o resoluciones.
- Derecho a Medicare o Medicaid.
- Ley de Licencia Familiar y Médica.
- Hechos condicionantes según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).
- Cancelación debido a una reducción de horas de trabajo.
- Cancelación debido a la inscripción en un plan de salud calificado.

## ¿Quién cumple con los requisitos?

Usted, su cónyuge legal y sus hijos menores de 26 años\* cumplen con los requisitos para recibir los beneficios descritos en esta guía\*\*. Para poder brindarle cobertura a un dependiente, debe elegir una cobertura para usted\*\*\*.

**Ninguna persona puede tener cobertura como empleado y como dependiente, ni tampoco como dependiente de más de un empleado.** Si tanto usted como su cónyuge trabajan en Conroe ISD, deben decidir cómo se inscribirá cada uno y quién brindará la cobertura para los hijos que cumplan con los requisitos.

**Si su cónyuge tiene un empleo y acceso a una cobertura médica de grupo a través de su empleador, no cumple con los requisitos para acceder a la cobertura médica de grupo de Conroe ISD.** Esta exclusión no corresponde si su cónyuge no trabaja, no cumple con los requisitos de la cobertura, perdió su cobertura como empleado activo y se le ofreció continuación de la cobertura según la COBRA, o está cubierto por Medicare. Si, durante el año del plan, su cónyuge experimenta un cambio en el estado civil o en la situación familiar que reúne los requisitos, como la pérdida de empleo que produce la pérdida de cobertura médica, se lo puede agregar a su cobertura de Conroe ISD. Debe comunicarse con la Oficina de Beneficios de Conroe ISD, a más tardar, dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha del cambio.

**Nota:** No está permitido elegir cobertura para una persona que no cumple con los requisitos. Si lo hace, es posible que pague primas por alguien que no cumple con los requisitos de la cobertura. También se lo podría considerar responsable de los reclamos pagados por un dependiente no autorizado, y se podría denegar un reclamo si la compañía de seguros determina que la persona no reúne los requisitos de la cobertura.

Si su cónyuge o hijo deja de cumplir con los requisitos durante el año por cualquier otro motivo que no sea la edad, debe ponerse en contacto de inmediato con la Oficina de Beneficios de Conroe ISD para quitar del plan a dicho dependiente.

### Auditorías de cumplimiento de requisitos de los dependientes

Es posible que se lleven a cabo auditorías de cumplimiento de requisitos de los dependientes de manera periódica para asegurarnos de que los dependientes cubiertos cumplan con lo establecido por el plan. En caso de auditoría, los participantes del plan recibirán por correo notificaciones en las que se solicitarán pruebas de cumplimiento. Si no responde a una solicitud de auditoría, se interrumpirá la cobertura del dependiente.



\*\* El término "hijo" incluye hijos naturales, hijastros, hijos adoptados legalmente, niños a cargo por orden judicial y nietos. Para que un nieto se considere su hijo, debe estar bajo custodia suya por orden judicial, o vivir con usted y figurar como dependiente en su declaración de impuestos conforme a las pautas del IRS. Con la debida prueba de discapacidad, un hijo menor de 26 años que no esté casado, que esté totalmente discapacitado y que dependa principalmente de usted para su manutención cumple con los requisitos para la continuación de la cobertura más allá del límite máximo de edad.

**Nota:** Los nietos no cumplen con los requisitos para el seguro de vida a término de American Fidelity.

\*\* El seguro por discapacidad no está disponible para cónyuges e hijos.

\*\*\* Puede comprar una póliza de seguro de vida permanente individual de Texas Life para su cónyuge y cada uno de sus hijos menores de edad, lo que incluye a sus nietos, sin adquirir una póliza para usted.

# Cómo inscribirse

## Prepárese

- Aproveche la práctica planilla de la página siguiente para programar sus elecciones de beneficios.
- Evalúe sus necesidades y las de su familia para el próximo año.
- Decida cuánto contribuir si se inscribe en una cuenta flexible de gastos.
- Tenga a mano la fecha de nacimiento y el número de Seguro Social de su cónyuge e hijos, si los va a inscribir.
- Cuente con la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social, la dirección y el número de teléfono de cualquier persona que quiera designar como beneficiaria de un plan que permita hacerlo (es decir, cuenta de ahorros de salud, plan alternativo de CISD, seguro por muerte accidental o desmembramiento [AD&D], enfermedades graves, seguro de vida a término de grupo y seguro de vida a término).

## Inscríbase en la cobertura (o rechácela)

- Inscríbase en la cobertura (o rechácela) entre el 1.º y el 31 de julio de 2024, o antes de que pasen 31 días calendario de empleo (para nuevos empleados). Para ello, visite [www.conroeisd.net](http://www.conroeisd.net) y use el enlace "Insurance Enrollment" (Inscripción en el seguro) que aparece en "Employees > Employee Logins" (Empleados > Inicio de sesión de empleados); ingrese en [ffga.benselect.com/enroll](http://ffga.benselect.com/enroll) o escanee el código QR para inscribirse.
- Inicie sesión en **FFenroll** y siga las instrucciones para realizar la inscripción. Debe completar todos los pasos y firmar electrónicamente la forma de confirmación para que sus elecciones entren en vigor.

Escanee este código para inscribirse



### Pasos para iniciar sesión

Para iniciar sesión en Ffenroll, ingrese su número de empleado de Conroe ISD o número de Seguro Social (SSN) completo y sin guiones en el recuadro correspondiente.

Ingrese su número de identificación personal (PIN) en el recuadro correspondiente. **Su PIN predeterminado es una secuencia de seis dígitos compuesta por los últimos cuatro dígitos de su SSN seguidos por los dos últimos dígitos de su año de nacimiento.** Ejemplo: si los últimos cuatro dígitos de su SSN son 1234 y nació en 1980, su PIN será 123480.



**¡Organícese!** Use la planilla de cálculo de primas y gastos de la página siguiente.

**Consejo:** El proceso de inscripción se completó satisfactoriamente cuando en la sección "Sign & Submit" (Firmar y enviar) aparece el mensaje "Congratulations, your enrollment is now complete" (Felicitaciones, su inscripción está completa). También aparecerá "Electronic Signature on File" (Firma electrónica registrada) en el renglón de firma del empleado de la declaración de autorización de deducciones y confirmación de beneficios generada por el sistema de inscripción de Ffenroll.

- Revise la declaración de confirmación y asegúrese de que sus elecciones sean correctas.
- Imprima o guarde una copia de la declaración de confirmación a modo de registro.

Para recibir asistencia técnica con el sitio de inscripción, comuníquese con la línea de ayuda de Ffenroll al **1-855-523-8422**. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.

## Seguimiento

- Si en la declaración de confirmación tiene alguna cobertura de Unum que figura con un costo para el empleado de \$0.00, es posible que Unum le envíe una carta con instrucciones para presentar evidencia de asegurabilidad. Asegúrese de responder en un plazo de 31 días.
- Controle las deducciones del salario una vez que se establezcan para asegurarse de que coincidan con su declaración de confirmación. Comuníquese con la Oficina de Beneficios de Conroe ISD si hay alguna discrepancia.





# Planilla de cálculo de primas y gastos para 2024 – 2025

Use esta planilla para calcular los gastos en beneficios. Todas las primas deben deducirse del salario. Es su responsabilidad asegurarse de que las deducciones totales no superen sus ganancias por período de pago, menos cualquier deducción obligatoria. Las tarifas que se muestran son por salario, en función de 24 salarios por año, a menos que se indique lo contrario.

## Estimación para la FSA: Gastos del cuidado de salud (de desembolso)

Tipo de gasto Costo anual aproximado

Estos totales ilustran claramente el monto que puede optar por contribuir a su cuenta flexible de gastos (FSA) de salud. Tenga en cuenta que es mejor calcular de menos que de más.

### Gastos médicos

Deducibles \$ \_\_\_\_\_  
 Copago por visita al consultorio del PCP o especialista \$ \_\_\_\_\_  
 Montos de coseguro \$ \_\_\_\_\_  
 Costos de medicamentos con receta \$ \_\_\_\_\_

### Gastos dentales

Deducibles, coseguro y copagos \$ \_\_\_\_\_  
 Costos de ortodoncia \$ \_\_\_\_\_  
 Dentaduras postizas, incluidos reemplazos \$ \_\_\_\_\_

### Gastos de cuidado de la vista

Anteojos o lentes de contacto \$ \_\_\_\_\_  
 Solución para lentes de contacto \$ \_\_\_\_\_  
 Cirugía de la vista \$ \_\_\_\_\_

### Otros gastos calificados

\$ \_\_\_\_\_

**Total** \$ \_\_\_\_\_

El monto máximo de contribución a la FSA de salud para el año del plan 2024-2025 es de \$3,200 (\$133.33 por salario). Su elección anual completa estará disponible al inicio del año del plan (o fecha de inicio de la cobertura).

## Estimación para la FSA: Gastos de cuidado de dependientes

Tipo de gasto Costo anual aproximado

Este total ilustra claramente el monto que puede optar por contribuir a la FSA para cuidado de dependientes. Tenga en cuenta que es mejor calcular de menos que de más.

Gastos por el cuidado de personas que reúnen los requisitos; dicho cuidado le permite a usted (y a su cónyuge si presentan la declaración de impuestos de forma conjunta) trabajar o buscar empleo. Por ejemplo, cuidado de niños, centro de cuidado diurno de adultos, programas para niños antes y después de la escuela, cuidado de personas mayores o ancianas, guardería o institución educativa de nivel preescolar, campamento de verano infantil durante el día, etc.

**Total** \$ \_\_\_\_\_

El monto máximo de contribución a la FSA para cuidado de dependientes para el año del plan 2024-2025 es de \$5,000 (\$208.33 por salario). Si está casado y presentan sus declaraciones de impuestos por separado, el límite es de \$2,500. Los fondos de la cuenta están disponibles en cuanto se reciben los depósitos. No se pueden hacer cambios fuera del período de inscripción anual o del período de inscripción para nuevos empleados. Para obtener más información, comuníquese con la Oficina de Beneficios de Conroe ISD.

## Planilla de estimación de beneficios para 2024-2025

Prima de la cobertura médica\*: Blue Cross and Blue Shield of Texas Costo anticipado por salario

	BluePremier HMO	Blue Essentials HMO	Blue Choice PPO HDHP	
Empleado solamente	\$73.00	\$78.00	\$47.00	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$499.00	\$504.00	\$378.00	
Empleado + hijo(s)	\$255.00	\$262.00	\$199.00	
Empleado + familia	\$538.00	\$567.00	\$471.00	

\* Sume \$5 si alguna de las personas inscritas consume tabaco. La contribución actual del Distrito es de \$223.00 por período de pago y ya está contemplada en las primas mencionadas más arriba. Si su indicador equivalente de tiempo completo (FTE) es inferior al 100 %, también pagará una parte de la contribución del Distrito equivalente al porcentaje por el que no está empleado. Por ejemplo, si su FTE es del 60 %, pagará el 40 % de la contribución del Distrito u \$89.20 adicionales por período de pago.

### Prima de la cobertura dental: Aetna®

	Aetna DMO	Aetna PPO/PDN (Low)	Aetna PPO/PDN (High)	
Empleado solamente	\$7.31	\$15.63	\$26.05	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$12.41	\$32.03	\$48.05	
Empleado + hijo(s)	\$11.68	\$28.75	\$44.79	
Empleado + familia	\$16.51	\$48.47	\$64.35	

### Prima de la cobertura de la vista: Ameritas®/VSP®

Empleado solamente	\$4.40	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$10.34	
Empleado + hijo(s)	\$9.46	
Empleado + familia	\$15.96	

### Prima del seguro por accidentes: Aetna®

	Low	High	
Empleado solamente	\$2.99	\$4.31	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$5.98	\$8.63	
Empleado + hijo(s)	\$6.28	\$9.06	
Empleado + familia	\$9.28	\$13.37	

### Prima del seguro por muerte accidental y desmembramiento: Reliance Standard

Empleado solamente	\$0.11 por cada \$10,000 de cobertura	\$ _____
Empleado + familia	\$0.185 por cada \$10,000 de cobertura	

### Prima del seguro por cáncer: Guardian®

	Basic	Advantage	Premier	
Empleado solamente	\$11.36	\$16.09	\$25.28	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$18.04	\$25.16	\$38.97	
Empleado + hijo(s)	\$15.99	\$22.84	\$36.12	
Empleado + familia	\$22.67	\$31.90	\$49.81	

# Planilla de cálculo de primas y gastos para 2024 – 2025 (CONTINÚA)

Las tarifas que se muestran son por salario, en función de 24 salarios por año, a menos que se indique lo contrario.

## Planilla de estimación de beneficios para 2024-2025

Prima del seguro por enfermedades graves: Aflac®	Costo anticipado por salario
Consulte el folleto sobre enfermedades graves en la Biblioteca de Formas de FEnroll.	\$ _____

## Prima del seguro por discapacidad: American Fidelity®

Las tarifas dependen del monto del beneficio y del período de espera seleccionados. También puede consultar el folleto sobre discapacidad y la calculadora de porcentajes del plan por discapacidad en la Biblioteca de Formas de FEnroll.

**Tarifas del seguro por discapacidad:** Las tarifas que se muestran son su deducción mensual, y las tarifas calculadas se deben dividir por 2.

Período de espera (días)	Beneficio máx. hasta la SSNRA* por accidente y enfermedad (tarifa por cada \$100 de salario mensual cubierto)			
	66.67 % del salario	50 % del salario	35 % del salario	
7**	\$2.50	\$1.88	\$1.32	
14**	\$2.12	\$1.60	\$1.12	
30**	\$1.76	\$1.32	\$0.92	
60	\$1.08	\$0.82	\$0.58	
90	\$0.80	\$0.60	\$0.42	
150	\$0.52	\$0.40	\$0.28	\$ _____

Período de espera (días)	Beneficio máx. hasta la SSNRA* por accidente y 5 años por enfermedad (tarifa por cada \$100 de salario mensual cubierto)			
	66.67 % del salario	50 % del salario	35 % del salario	
7**	\$2.25	\$1.70	\$1.20	
14**	\$1.90	\$1.44	\$1.00	
30**	\$1.58	\$1.20	\$0.84	
60	\$0.86	\$0.66	\$0.46	
90	\$0.64	\$0.48	\$0.34	
150	\$0.42	\$0.32	\$0.22	\$ _____

\* La SSNRA es la edad normal de jubilación según el Seguro Social.

\*\* Incluye un beneficio por el primer día de internación en el hospital.

## Prima del plan de indemnización hospitalaria: Aetna

	Low	High	
Empleado solamente	\$4.42	\$13.07	
Empleado + cónyuge	\$9.01	\$26.68	
Empleado + hijo(s)	\$7.08	\$20.85	
Empleado + familia	\$11.16	\$32.90	\$ _____

## Prima del plan de protección legal: Legal Access

	\$7.25	\$ _____
--	--------	----------

## Biblioteca de Formas de FEnroll

Para tener acceso a la Biblioteca de Formas de FEnroll, ingrese en [ffga.benselect.com/enroll](http://ffga.benselect.com/enroll) o en [www.conroeisd.net](http://www.conroeisd.net) y vaya a "Employees > Employee Logins > Insurance Enrollment" (Empleados > Inicio de sesión de empleados > Inscripción en el seguro).

## Prima del seguro de vida (a término de grupo): Unum®

Costo anticipado por salario	
Las tarifas dependen del rango de edad y del monto de beneficio seleccionado. También puede consultar el folleto sobre el seguro de vida a término de grupo en la Biblioteca de Formas de FEnroll (la tarifa calculada se debe dividir por 2).	\$ _____

Tarifas del seguro de vida a término:  
Las tarifas que se muestran son su deducción mensual.

Rango de edades	Empleado cada \$1,000	Cónyuge cada \$1,000	Niño cada \$1,000
< 25	\$0.03	\$0.06	\$0.04
25-29	\$0.03	\$0.06	
30-34	\$0.04	\$0.08	
35-39	\$0.07	\$0.11	
40-44	\$0.08	\$0.18	
45-49	\$0.12	\$0.32	
50-54	\$0.19	\$0.52	
55-59	\$0.35	\$0.82	
60-64	\$0.43	\$1.26	
65-69	\$0.74	\$1.86	
70-74+	\$1.20	\$1.86	

La prima que se paga para la cobertura de los hijos se basa en el costo de la cobertura de un hijo, independientemente de cuántos hijos tenga.

Las tarifas para usted y su cónyuge se basan en las edades que tengan a partir del 1.º de septiembre de cada año.

## Prima del seguro de vida (a término): American Fidelity

Las tarifas dependen del rango de edad y del monto de beneficio seleccionado. Consulte el folleto sobre seguros de vida a término de AFA en la Biblioteca de Formas de FEnroll (la tarifa se debe dividir por 2).	\$ _____
---	----------

## Prima del seguro de vida (permanente): Texas Life Insurance Company

Las tarifas dependen del rango de edad y del monto de beneficio seleccionado. Consulte el folleto sobre seguros de vida universales de Texas Life en la Biblioteca de Formas de FEnroll (la tarifa se debe dividir por 2).	\$ _____
--	----------

## Contribución a la FSA de salud

Use la herramienta de estimación para la FSA; divida el total por 24*.	\$ _____
--	----------

## Contribución a la FSA para cuidado de dependientes

Use la herramienta de estimación para la FSA; divida el total por 24*.	\$ _____
--	----------

## Contribución a la HSA (opcional solo con Blue Choice PPO HDHP)

Divida el monto de elección anual por 24*. Los montos máximos de contribución a la HSA, incluidas las contribuciones del participante y del empleador, para el año calendario 2024 son de \$4,150 para la cobertura individual y de \$8,300 para la cobertura familiar. El monto máximo para 2025 es de \$4,300 para la cobertura individual y de \$8,550 para la cobertura familiar. Las personas que tienen 55 años o más al final del año calendario pueden contribuir \$1,000 adicionales por año. Conroe ISD hará una contribución anual del empleador de \$500 para los empleados inscritos en una HSA a través del Distrito (\$250 si la cobertura comienza después del 31 de enero de 2025). Si su equivalente de tiempo completo (FTE) es inferior al 100 %, recibirá una contribución que será igual al porcentaje por el que está empleado (por ejemplo, si su FTE es del 60 % y su cobertura comienza el 1.º de septiembre de 2024, recibirá una contribución anual de \$300). <b>Nota:</b> Puede modificar el monto de su contribución en cualquier momento durante el año del plan.	\$ _____
---	----------

**Costo anticipado total por salario** \$ \_\_\_\_\_

\* Si se inscribe después del 1.º de septiembre, la elección total se dividirá por la cantidad de períodos de pago restantes.

# Opciones de planes médicos administradas por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX)

Conroe ISD ofrece tres opciones de planes médicos autofinanciados administradas por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) que puede elegir: **Blue Premier HMO, Blue Essentials HMO y Blue Choice PPO HDHP**. A través de este acuerdo, BCBSTX no asegura a nuestros empleados, sino que procesa y paga reclamos con el dinero que proporcionamos de las primas, los coseguros, los copagos, los deducibles y las contribuciones del distrito escolar. Esto quiere decir que Conroe ISD y sus empleados participantes, como grupo, pagan la totalidad del costo de todos los gastos médicos y de medicamentos con receta.

**Por ser empleados y participantes del plan, tenemos la responsabilidad de prestar atención al costo total de nuestras elecciones de cuidado de salud. En definitiva, lo pagamos entre todos. Cuando los gastos anuales superan el ingreso anual de los planes, debemos hacer cambios en las estructuras de las primas o el diseño del plan para el año siguiente.**

La inscripción en un plan médico de Conroe ISD incluye las herramientas de BCBSTX para ayudarlo a aprovechar al máximo sus beneficios. Las herramientas de estimación de costos le permiten ver los costos de visitas de salud generales y de procedimientos, cirugías, diagnósticos, servicios de imágenes y vacunas específicos, entre otras cosas. Estas herramientas sirven para minimizar sus costos de desembolso y también los costos del plan. Más allá del plan que elija, antes de necesitar cuidado, averigüe cómo funciona el plan, qué está cubierto y a dónde dirigirse para recibir cuidado.

## ¿Cómo saber qué proveedores forman parte de la red de un plan?

Para averiguar si un médico, hospital u otro proveedor pertenece a la red de un plan, use Provider Finder®, el directorio en línea de BCBSTX. Puede buscar por nombre del plan para ver todos los proveedores dentro de la red de ese plan de salud, o puede buscar los proveedores específicos que quiere consultar para conocer qué planes de salud aceptan.

Cómo obtener acceso a Provider Finder:

- Ingrese en **www.bcbstx.com**.
- Haga clic en "Find Care" (Buscar cuidado).
- En "Providers in Your Network" (Proveedores en su red), haga clic en "Find a Doctor or Hospital" (Busque un médico u hospital).
- En "Guest Search" (Búsqueda como invitado), haga clic en "Search as a Guest" (Buscar como invitado).
- Seleccione un plan:
  - Para Blue Premier HMO, seleccione Blue Premier<sup>SM</sup> [HMH].
  - Para Blue Essentials HMO, seleccione Blue Essentials<sup>SM</sup> [HMO].
  - Para Blue Choice PPO HDHP, seleccione Blue Choice PPO<sup>SM</sup> [BCA].

**Nota:** Las afiliaciones a la red de proveedores están sujetas a cambios en cualquier momento y no dependen de un año del plan de Conroe ISD. Una vez inscrito, inicie sesión en su cuenta Blue Access for Members<sup>SM</sup> (BAM) en **www.bcbstx.com** y haga clic en "Provider Finder" (Encontrar un proveedor) o descargue la aplicación de **BCBSTX** para obtener la información más actualizada.

## Visitas virtuales y línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana

**Visitas virtuales:** Gracias a las visitas virtuales, el médico siempre está disponible. Reciba cuidado que no sea de emergencia de un médico certificado por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono, por videoconferencia o a través de la aplicación móvil. Todo desde la privacidad y comodidad de su hogar. No se exponga a salas de espera repletas, costosas facturas de un centro de cuidado de urgencia o de una sala de emergencias, o semanas de espera (o más) para ser atendido, cuando puede hablar con un médico en minutos gracias a las visitas virtuales. Las visitas virtuales, proporcionadas a través de MDLIVE®, son una alternativa conveniente para el tratamiento de más de 80 problemas de salud, como alergias, influenza, resfrios, fiebre, dolores de cabeza, náuseas y sinusitis. Los médicos de las visitas virtuales incluso pueden enviar recetas a su farmacia local.

También están a su disposición las visitas virtuales con terapeutas de salud emocional y psicológica con licencia; se requiere cita previa y pueden ayudarlo con el manejo de la ansiedad, la depresión, el estrés y más.

**Línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana:** BCBSTX cuenta con enfermeros registrados esperando para hablar con usted cuando quiera llamar a la línea de enfermería. Pueden responder preguntas de salud y ayudarlo a decidir si debe ir a la sala de emergencias o a un centro de cuidado de urgencia, o a concertar una cita con su médico.



# Opciones de planes médicos administradas por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) (CONTINÚA)

Características principales	Blue Premier HMO	Blue Essentials HMO	Blue Choice PPO HDHP
<b>Se requiere PCP</b>	Sí.	Sí.	No.
<b>Remisiones a especialistas obligatorias</b>	Sí.	Sí.	No.
<b>Costo compartido por servicios de cuidado de salud y medicamentos con receta cubiertos</b>	Copagos, deducibles y coseguro.	Copagos, deducibles y coseguro.	Deducibles y coseguro. <i>El miembro paga el costo total del cuidado médico, los suministros y los medicamentos con receta hasta que se alcanza el deducible.</i>
<b>Año del plan</b>	Del 1.º de septiembre al 31 de agosto.	Del 1.º de septiembre al 31 de agosto.	Del 1.º de enero al 31 de diciembre <sup>2</sup> .
<b>Hospitales de la red<sup>3</sup></b>	Memorial Hermann y St. Luke's Health.	HCA Houston Healthcare, Houston Methodist, MD Anderson, Memorial Hermann, St. Luke's Health y Texas Children's Hospital.	HCA Houston Healthcare, Houston Methodist, MD Anderson, Memorial Hermann, St. Luke's Health y Texas Children's Hospital.
<b>Kelsey-Seybold Clinic dentro de la red<sup>3</sup></b>	No.	Sí.	Sí.
<b>Área de servicio</b>	<b>Condados de la zona metropolitana de Houston:</b> Chambers, Fort Bend, Harris, Liberty y Montgomery.  <b>Otros condados de Texas:</b> Atascosa, Bandera, Bell, Bexar, Collin, Comal, Dallas, Denton, Ellis, Guadalupe, Hardin, Hays, Jefferson, Johnson, Kendall, Orange, Rockwall, Tarrant, Travis y Williamson.	Todos los condados de Texas.	Todo el país.
<b>Cobertura fuera de la red</b>	No <sup>4</sup> .	No <sup>4</sup> .	Sí.
<b>Cumple con los requisitos para una cuenta de ahorros de salud (HSA)<sup>5</sup></b>	No.	No.	Sí (incluye contribución anual de CISD de \$500) <sup>5</sup> .

<sup>1</sup>Las excepciones al requisito de remisión son el cuidado de emergencia, el cuidado de urgencia, las visitas ginecológicas, las visitas obstétricas, las mamografías de control anuales, las visitas a un profesional de salud mental y los exámenes completos de ojos de rutina.

<sup>2</sup>El año del plan será del 1.º de septiembre al 31 de agosto a partir del 1.º de septiembre de 2025.

<sup>3</sup>Las afiliaciones a la red de proveedores están sujetas a cambios en cualquier momento.

<sup>4</sup>Los servicios y suministros recibidos fuera de la red no están cubiertos, a menos que se trate de una emergencia médica real.

<sup>5</sup>Una HSA le permite ahorrar dinero libre de impuestos en una cuenta aparte para pagar costos médicos no reembolsados. Los fondos de la cuenta están disponibles en cuanto se reciben los depósitos. Una HSA es similar a una cuenta flexible de gastos (FSA) de salud, con la diferencia de que el saldo de una HSA se puede transferir de un año a otro. Los montos máximos de contribución a la HSA, incluidas las contribuciones del participante y del empleador, para el año calendario 2024 son de \$4,150 para la cobertura individual y de \$8,300 para la cobertura familiar. El monto máximo para 2025 es de \$4,300 para la cobertura individual y de \$8,550 para la cobertura familiar. Las personas que tienen 55 años o más pueden contribuir \$1,000 adicionales por año. Blue Choice PPO HDHP incluye una contribución anual del empleador de \$500 para los empleados inscritos en una HSA a través de Conroe ISD (\$250 si la cobertura comienza después del 31 de enero de 2025). Si su equivalente de tiempo completo (FTE) es inferior al 100 %, recibirá una contribución que será igual al porcentaje por el que está empleado (por ejemplo, si su FTE es del 60 % y su cobertura comienza el 1.º de septiembre de 2024, recibirá una contribución anual de \$300). Para reunir los requisitos para una HSA, debe estar inscrito en un HDHP que cumpla con los requisitos y no puede estar inscrito en Medicare, un plan de seguro médico secundario o una FSA total que sea suya o de su cónyuge. Tenga en cuenta que los titulares de cuentas que no elijan recibir estados de cuenta electrónicos con el administrador de la HSA incurrirán en una tarifa de \$1.50 cada trimestre.

## Nota para niños que viven fuera del estado de Texas

Si inscribe a un hijo dependiente que cumple con los requisitos en los planes Blue Premier HMO o Blue Essentials HMO y este asiste a una escuela o reside con un padre o madre con custodia fuera del estado de Texas, es posible que reúna los requisitos para el programa Away From Home Care® (AFHC). Para obtener más información o realizar la inscripción, llame a Servicios al Cliente de Blue Cross and Blue Shield of Texas, al **1-877-299-2377**.

**Asegúrese de ingresar la dirección completa y correcta de cada hijo en la sección de dependientes de FEnroll (el sitio de inscripción).**

*Tenga en cuenta que en el momento de la publicación, el programa AFHC no está disponible en los siguientes estados: Alabama, Alaska, Idaho, Iowa, Kansas, Michigan, Misisipi, Montana, Nebraska, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Oregón, Puerto Rico, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Utah, Vermont, Islas Vírgenes, Washington, Virginia Occidental y Wyoming.*

# Plan de medicamentos con receta administrado por Prime Therapeutics

Prime Therapeutics administrará su plan de medicamentos con receta, que se incluye con la cobertura médica de Blue Cross and Blue Shield of Texas. Como administrador de beneficios de farmacia, Prime Therapeutics le brinda maneras fáciles y económicas de obtener los medicamentos que necesita.

Estos son sus beneficios:

- Cobertura para la mayoría de los medicamentos.
- La conveniencia de recibir órdenes por correo a través de Express Scripts® Pharmacy.
- Una variedad de farmacias, que incluye cadenas de tiendas al por menor.
- Asistencia personalizada con sus necesidades de medicamentos de especialidad a través de Accredo®.
- Herramientas en línea que lo ayudan a encontrar lo que necesita más rápido: precios, formas, farmacias y más.

## ¿Cómo funciona el plan?

Es bastante simple. Cada medicamento cubierto por el plan está en un nivel diferente. Cuanto más bajo sea el nivel, más bajo será el precio. Cuanto más alto sea el nivel, más alto será el precio.

**Consejo:** Para obtener el mejor precio, infórmele al médico qué medicamentos cubre su plan, incluidos aquellos en los niveles más bajos. Puede iniciar sesión en [www.myprime.com](http://www.myprime.com) o usar la aplicación **MyBlueRxTX** para confirmar la cobertura y los costos.

## ¿Qué paga usted?

Esto también es simple. Puede pagar una tarifa fija o un porcentaje del precio del medicamento, según el plan médico que elija. El costo exacto depende del nivel en el que esté su medicamento.

## Cómo averiguar los costos exactos

**Antes de inscribirse:** En esta guía, se brindan algunos detalles sobre lo que pagará por los medicamentos. Tenga en cuenta el deducible para los medicamentos con receta de los planes Blue Premier HMO y Blue Essentials HMO. Puede evitar este deducible tomando un medicamento genérico.

**Después de inscribirse:** Regístrese en su sitio web personalizado en [www.myprime.com](http://www.myprime.com) y también descargue la aplicación de **MyBlueRxTX**. Luego, inicie sesión en cualquier momento para calcular costos de medicamentos o comparar precios entre una farmacia local y otra de órdenes por correo.

Si su médico receta un medicamento de marca, o usted lo solicita, cuando hay un medicamento genérico equivalente disponible, usted debe pagar la diferencia de costo (si la hay) entre el medicamento de marca y el genérico, más el copago y coseguro que correspondan.

## Su seguridad está primero

Sus beneficios de farmacia incluyen revisiones de seguridad para los medicamentos que le receta el médico. Esto podría implicar que sea necesaria una aprobación especial para que se cubra determinado medicamento. O bien Prime Therapeutics puede pedirle al médico que le recete otro medicamento. Su médico siempre puede solicitar una excepción.

## ¿Qué medicamentos están cubiertos?

Su plan de medicamentos con receta cubre la mayoría de los medicamentos. Sin embargo, algunos medicamentos no están cubiertos porque hay alternativas cubiertas similares que funcionan de la misma manera, pero tienen un costo más bajo, o están disponibles sin receta. Cómo consultar:

### Antes de inscribirse:

Visite [www.myprime.com](http://www.myprime.com) y siga los siguientes pasos:

- En la barra de menú, haga clic en "Medicines" (Medicamentos), luego "Find medicines" (Buscar medicamentos).
- Aparecerá un cuadro de inicio de sesión. Haga clic en "Continue without sign in" (Continuar sin iniciar sesión) en la parte inferior.
- Seleccione el plan de salud de BCBS Texas.
- Seleccione No como respuesta a la pregunta que comienza con "Are you a Medicare Part D member..." (¿Es usted miembro de un plan de Medicare Parte D?).
- Seleccione "Other BCBSTX Plans" (Otros planes de BCBSTX) para el tipo de plan de salud y haga clic en "Continue" (Continuar).
- Seleccione "Balanced Drug List" (Lista equilibrada de medicamentos) y haga clic en "Apply" (Aplicar).
- Ingrese el nombre del medicamento o la enfermedad, luego seleccione el resultado correcto. Puede ingresar la dosis del medicamento. También puede elegir de un listado de medicamentos usados para tratar la enfermedad e ingresar la dosis.

**Después de inscribirse:** Regístrese en su sitio web personalizado en [www.myprime.com](http://www.myprime.com) y también descargue la aplicación de **MyBlueRxTX** para consultar la cobertura y la disponibilidad de los medicamentos según su plan. También puede llamar al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud.

## ¿Cómo obtiene sus medicamentos?

**Para medicamentos con receta de uso ocasional:** Visite su farmacia al por menor local para obtener medicamentos que tomará poco tiempo, como los antibióticos. Para conseguir el mejor precio, vaya a una farmacia de la red. Puede encontrar una en [www.myprime.com](http://www.myprime.com) o usando la aplicación de **MyBlueRxTX**.

**Para medicamentos con receta de uso regular:** Use el servicio de entrega a domicilio de Express Scripts Pharmacy para los medicamentos que toma con regularidad, como aquellos para tratar la presión sanguínea, el colesterol o la diabetes. Puede configurar recordatorios de medicamentos y renovaciones automáticas. Los miembros de planes HMO pueden pedir un suministro de hasta 90 días por el costo de un suministro para 60 días. O bien...

**Para medicamentos de especialidad:** Use la farmacia de especialidad de Accredo para medicamentos que tratan enfermedades más complejas, como la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple\*. El medicamento se embala de manera segura para que llegue sano y salvo. Accredo también puede ayudarlo con cualquier pregunta que pueda tener sobre la dosis o los efectos secundarios. Llame al **1-833-721-1619** para recibir ayuda.

\* Es posible que algunos medicamentos solo estén cubiertos cuando se obtienen a través de Accredo.

La clasificación de medicamentos en el *Formulario*, así como también las listas de exclusiones y autorización previa, están sujetas a cambios. Los cambios no dependen del año del plan de Conroe ISD. Visite [www.myprime.com](http://www.myprime.com) para obtener la información más actualizada.

# Costos de desembolso médicos y de farmacia para 2024 – 2025

En el siguiente cuadro se indica el monto que pagará por tipos comunes de servicios cubiertos.

Beneficios del plan	Blue Premier HMO Año del plan del 1.º de septiembre al 31 de agosto	Blue Essentials HMO Año del plan del 1.º de septiembre al 31 de agosto	Blue Choice PPO HDHP Año del plan del 1.º de enero al 31 de diciembre*	
			Red	Fuera de la red
<p>Todo el cuidado médico, los suministros y los medicamentos con receta están sujetos al deducible antes de que se aplique el coseguro, a menos que se indique lo contrario.</p>				
<b>Deducible</b>				
Individual	\$900	\$1,500	\$3,500	\$6,900
Familiar	\$2,700	\$3,750	\$7,000	\$13,800
<b>Desembolso máximo (incluye deducibles, copagos y coseguro)</b>				
Individual	\$6,000	\$7,000	\$7,050	Sin límite.
Familiar	\$12,000	\$14,000	\$14,100	Sin límite.
<b>Visita al consultorio</b>				
Médico de cuidado primario (PCP)	Copago de \$20.	Copago de \$40.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Especialista	Copago de \$50.	Copago de \$55.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
<b>Cuidado preventivo (sujeto a límites de edad y frecuencia)</b>				
Exámenes físicos de rutina, vacunas de cuidado preventivo, visitas de cuidado preventivo para mujeres sanas, exámenes de rutina para detectar cáncer y cuidado prenatal	\$0 (el plan paga el 100 %).	\$0 (el plan paga el 100 %).	\$0 (el plan paga el 100 %).	Sin cobertura.
<b>Hospital, cirugía y servicio de especialidad</b>				
Sala de emergencias	20 % después del deducible, más copago de \$250.	20 % después del deducible, más copago de \$250.	30 % después del deducible, más copago de \$150.	30 % después del deducible, más copago de \$150.
Centro de cuidado de urgencia	Copago de \$50.	Copago de \$50.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Servicios de laboratorio y radiografías de diagnóstico	\$0 (el plan paga el 100 %).	\$0 (el plan paga el 100 %).	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Ciertos procedimientos de diagnóstico (incluye gammagrafía ósea, prueba de esfuerzo cardíaco, tomografía computarizada con contraste o sin este, resonancia magnética, mielograma y tomografía por emisión de positrones)	Copago de \$100.	Copago de \$100.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible.
Cuidado del médico e internación	20 % después del deducible.	20 % después del deducible.	30 % después del deducible.	50 % después del deducible más copago por ingreso de \$500.
Visitas virtuales a través de MDLIVE	\$0 (el plan paga el 100 %).	\$0 (el plan paga el 100 %).	\$0 (el plan paga el 100 %)**.	N/A.
<b>Beneficios de farmacia (Lista equilibrada de medicamentos)</b>				
Deducible de medicamentos con receta (eximido para los medicamentos genéricos)	\$200 por persona, por año del plan.	\$200 por persona, por año del plan.	N/A.	N/A.
<b>Medicamentos con receta (al por menor)</b>				
Genéricos	Copago de \$15.	Copago de \$15.	30 % después del deducible.	Sin cobertura.
De marca preferidos	Copago de \$60.	Copago de \$60.	30 % después del deducible.	Sin cobertura.
De marca no preferidos	Copago de \$120.	Copago de \$120.	30 % después del deducible.	Sin cobertura.
<b>Medicamentos con receta (de especialidad)</b>				
Se debe usar Accredio para medicamentos de especialidad (limitado a un suministro para 30 días).	Copago de \$250.	Copago de \$250.	30 % después del deducible.	Sin cobertura.
<b>Medicamentos con receta (orden por correo)</b>				
Genéricos	Copago de \$30.	Copago de \$30.	30 % después del deducible.	Sin cobertura.
De marca preferidos	Copago de \$120.	Copago de \$120.	30 % después del deducible.	Sin cobertura.
De marca no preferidos	Copago de \$240.	Copago de \$240.	30 % después del deducible.	Sin cobertura.

## Atención, miembros y miembros potenciales de Blue Choice PPO HDHP:

Los acumuladores de deducibles y desembolsos máximos actualmente se reinician cada 1.º de enero. El último reinicio del 1.º de enero se producirá el 1.º de enero de 2025. A partir de ese momento, los acumuladores se reiniciarán cada 1.º de septiembre, incluido el 1.º de septiembre de 2025.

Su privacidad es importante para nosotros. Toda la información médica que figura en los archivos de BCBSTX es confidencial y no se compartirá con Conroe ISD.

\* Será del 1.º de septiembre al 31 de agosto a partir del 1.º de septiembre de 2025.

\*\* Según la legislación al momento de la publicación, este costo cambiará al 30 % después del deducible el 1.º de enero de 2025.

## Plan alternativo de CISD administrado por America's Choice Healthplans

Si es empleado de tiempo completo y rechaza la cobertura médica de grupo de Conroe ISD porque está inscrito en otra cobertura médica, usted cumple con los requisitos para inscribirse en el plan alternativo de CISD. Este plan **GRATUITO** incluye:

- Monto permitido diario por internación de \$165.
- Beneficios dentales que se pueden utilizar en cualquier consultorio dental.
- Seguro de vida a término de \$10,000.
- Seguro por muerte accidental o desmembramiento de \$15,000.

Durante la inscripción, tendrá que proporcionar información sobre el otro plan médico en el que esté inscrito, incluido el nombre de la compañía de seguros.

Debe volver a inscribirse en el plan alternativo de CISD cada año durante el período de inscripción anual para que continúe la cobertura durante el nuevo año del plan. De lo contrario, la cobertura terminará el 31 de agosto.

## Programa de Asistencia al Empleado de SupportLinc

La vida puede ser complicada. Por ser empleado de Conroe ISD, usted tiene acceso a apoyo confidencial y **GRATUITO** para enfrentar los desafíos de la vida diaria a través del Programa de Asistencia al Empleado (EAP) de SupportLinc. El EAP está disponible las 24 horas del día, todos los días del año, para todos los empleados de tiempo completo y sus familias, incluido cualquier integrante del grupo familiar e hijos hasta los 26 años de edad, aunque no vivan con usted.

Los servicios abarcan asesoramiento a corto plazo, consultas legales, planificación financiera, remisiones a recursos para cuidado de niños y personas mayores, reparaciones en el hogar y necesidades de vivienda. Además, puede tener acceso a miles de artículos, hojas de recomendaciones y videos en línea que tratan distintos temas sobre la salud, el bienestar y el equilibrio entre la vida laboral y personal.

Para comenzar, póngase en contacto con SupportLinc:

Teléfono: **1-800-475-3EAP (1-800-475-3327)**

Sitio web: **www.supportlinc.com**

Correo electrónico: **support@curalinc.com**

Aplicación: **eConnect® Mobile** de Curalinc Healthcare

Twitter: **@supportlinc**

CISD SSO: Abra la carpeta del Portal para Empleados y use el ícono del EAP.

## Programa de bienestar Healthy You

Conroe ISD le ofrece el programa de bienestar Healthy You para ayudarlo a lograr la mejor salud física, mental, financiera y emocional. Use los recursos del programa y la plataforma en línea para enfocarse en sus objetivos con respecto al bienestar, sin importar cuáles sean.

### Herramientas y recursos

- Tome cursos de aprendizaje en video.
- Participe en desafíos personales y grupales.
- Cree sus propios "desafíos virales" e invite a otras personas a sumarse.
- Busque recetas, videos y artículos.
- Descargue la aplicación **Navigate Wellbeing**.
- Comuníquese a través del centro de mensajes.
- Sincronice aplicaciones y dispositivos, o registre de forma manual el recuento de pasos, los minutos de actividad, las horas de sueño, información nutricional y mucho más.

**Gane recompensas.** Cuando completa satisfactoriamente las actividades requeridas cada año, además de las actividades opcionales, usted reúne los requisitos para participar en un sorteo de créditos del Rewards Mall (Centro de Recompensas). Los ganadores pueden elegir su premio en el Rewards Mall en línea. Consulte el cuadro de actividades en el panel de la plataforma para obtener más detalles y hacer un seguimiento de su progreso.

**Únase al programa.** Regístrese o inicie sesión en **www.healthyyouconroeisd.com**. Los nuevos usuarios deben seleccionar "**JOIN NOW**" (Unirse ahora) y seguir las instrucciones en pantalla. Si es un usuario registrado, escriba su nombre de usuario y contraseña. El año del programa comienza el 1.º de septiembre y termina el 31 de agosto del siguiente año.



# Otras opciones de beneficios

## Cobertura dental de Aetna

Elija entre dos tipos de planes dentales: un plan **DMO®** o un plan de organización de proveedores preferidos (**PPO**). En Texas, se conoce al plan PPO como Red de dentistas participantes o PDN. Use las tablas debajo para comparar los planes y decidir cuál es mejor para usted.

DMO	PPO/PDN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Con este plan, tendrá que elegir un dentista de cuidado primario (PCD) de la red DMO dentro del área geográfica de servicios del plan.</li> <li>En general, las primas son más bajas.</li> <li>No hay deducibles ni límites anuales en dólares.</li> <li>Se necesita remisión para consultar a especialistas. No se necesita remisión para consultar a ortodoncistas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con este plan, puede elegir cualquier dentista con licencia en todo el país, ya sea dentro o fuera de la red. Debido a que los dentistas de la red ofrecen tarifas especiales por los servicios cubiertos, la parte de los gastos que usted debe pagar suele ser más baja. Es posible que pague más si recibe cuidado de dentistas fuera de la red*.</li> <li>En general, las primas son más altas.</li> <li>Hay deducibles o límites anuales en dólares.</li> <li>No se necesita remisión para consultar a especialistas.</li> </ul>
<b>Considere un plan DMO si:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Su dentista forma parte de la red DMO. Averigüe si su dentista forma parte de la red DMO con la herramienta de búsqueda de proveedores en <a href="http://www.aetna.com">www.aetna.com</a>.</li> <li>Supone que necesitará servicios dentales mayores, y su dentista está dentro de la red. El plan DMO no tiene límite de por vida para servicios mayores.</li> <li>El costo es lo más importante: el plan DMO tiene primas más bajas, y puede terminar ahorrando dinero.</li> </ul>	<b>Considere un plan PPO si:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La posibilidad de visitar a cualquier dentista es lo más importante. Puede ver a cualquier dentista con licencia con este plan, por lo que la red suele ser más grande que la red DMO.</li> <li>Quiere consultar a especialistas sin necesidad de obtener una remisión. Con este plan, no necesita una remisión para consultar a un especialista.</li> </ul>

Características del plan	DMO	PPO/PDN (Low)	PPO/PDN (High)
<b>Aspectos básicos del plan</b>			
Deducible individual (eximido para servicios preventivos)	Ninguno.	\$100 por año del plan.	\$50 por año del plan.
Deducible familiar (eximido para servicios preventivos)	Ninguno.	\$300 por año del plan.	\$150 por año del plan.
Monto de beneficio máximo por persona	Sin límite.	\$800 por año del plan.	\$1,500 por año del plan.
Dentista de cuidado primario obligatorio	Sí.	No.	No.
Remisiones a especialistas obligatorias	Sí.	No.	No.
Período de espera	Ninguno.	Ninguno.	Ninguno para servicios preventivos, básicos y mayores; 12 meses para servicios de ortodoncia.
Cobertura fuera de la red	No.	Sí*.	Sí*.
<b>Beneficios del plan</b>			
Servicios preventivos (p. ej., limpiezas, exámenes o radiografías)	\$0 (el plan paga el 100 %).	\$0 (el plan paga el 100 %).	\$0 (el plan paga el 100 %).
Servicios básicos (p. ej., rellenos, raspados o limadura de raíces)	Basado en la lista de copagos que figura en el <i>Resumen de beneficios</i> del plan DMO de Aetna.	40 % después del deducible.	20 % después del deducible.
Servicios mayores (p. ej., coronas, dentaduras postizas o conductos radiculares)	Basado en la lista de copagos.	60 % después del deducible	50 % después del deducible.
Servicios de ortodoncia	Basado en la lista de copagos.	Sin cobertura.	50%** después del deducible.

**Los planes no cubren los trabajos dentales, incluidos tratamientos de ortodoncia, que se iniciaron antes de que el miembro reciba la cobertura del plan.**

\* Los beneficios fuera de la red se pagan en función de los niveles de los cargos usuales y predominantes o los cargos reconocidos, según lo determine Aetna y lo que se especifique en los documentos del plan. Usted deberá pagar el saldo entre el monto facturado y el monto pagado por Aetna.

\*\* Para hijos menores de 19 años (sin cobertura para adultos).



## Otras opciones de beneficios (CONTINÚA)

### Cobertura de la vista a través de Ameritas/Vision Service Plan (VSP)

El seguro de la vista ayuda a cubrir los servicios de profesionales del cuidado de la vista, como optometristas y oftalmólogos. Los exámenes completos de ojos de rutina hacen más que medir la vista: pueden identificar enfermedades graves de los ojos de manera precoz y así otorgar más tiempo para tratarlas. La mayoría de las personas no sabe que los exámenes completos de ojos también pueden detectar signos tempranos de afecciones como diabetes, enfermedad cardíaca y presión sanguínea alta.

El seguro de la vista puede ayudar a pagar lo siguiente:

- Lentes de contacto.
- Exámenes de ojos.
- Anteojos.
- Cirugías de ojos, incluida la cirugía ocular LASIK.
- Corrección de la vista.

#### Aspectos destacados de los beneficios del cuidado de los ojos

Deducible para examen de ojos	\$10
Deducible para lentes o marcos de anteojos	\$10
Examen completo de ojos anual	Cobertura total después del deducible.
Lentes (por par) Incluye monofocales, bifocales, trifocales y lenticulares	Cobertura total después del deducible.
Lentes progresivos	Consulte las opciones de lentes en el documento del plan.
Lentes de contacto Adaptación de lentes y exámenes de seguimiento Optativos Medicamento necesarios	15 % de descuento. Hasta \$130. Cobertura total.
Monto permitido para marcos	\$130*
Frecuencia de exámenes, anteojos y lentes de contacto	Cada 12 meses.

\* El monto permitido de Costco será el precio mayorista equivalente.

### Cuentas flexibles de gastos administradas por First Financial Administrators, Inc.

Puede reducir su ingreso gravable depositando dinero directamente de su salario en cuentas flexibles de gastos (FSA) de salud o de cuidado de dependientes. Puede usar estos fondos libres de impuestos para pagar gastos de cuidado de salud o de dependientes que cumplan con los requisitos.

#### Conroe ISD ofrece las siguientes opciones de FSA:

Se pueden usar los fondos de una **FSA de salud** para pagar gastos médicos, dentales y de la vista de desembolso, como copagos, deducibles, coseguro, suministros y equipos médicos, tratamiento por abuso de sustancias y de salud mental, ortodoncia, anteojos y lentes de contacto, y compra de artículos comunes de cuidado de salud, como solución para lentes de contacto e insumos de primeros auxilios. Puede contribuir entre \$120 (\$5 por salario) y \$3,200 (\$133.33 por salario) por año. Su elección anual completa estará disponible al inicio del año del plan (o fecha de inicio de la cobertura).

Se pueden usar los fondos de la **FSA de cuidado de dependientes** para pagar los servicios de cuidado de niños para hijos dependientes que cumplan con los requisitos y sean menores de 13 años o los servicios para cuidar a otros miembros de la familia dependientes que cumplan con los requisitos, como el cuidado de personas mayores. Los fondos de la FSA de cuidado de dependientes no se pueden usar para los costos de cuidado de salud de dependientes.

Puede contribuir hasta \$5,000 por año (\$208.33 por salario) o \$2,500 si está casado y presenta sus declaraciones de impuestos por separado. Los fondos de la FSA para cuidado de dependientes están disponibles en cuanto se reciben los depósitos.

#### Notas importantes:

- Los fondos de ambos tipos de FSA que queden en su cuenta al final del año del plan se perderán si no se utilizan. Por tal motivo, tal vez le convenga hacer un cálculo prudente de los gastos que cumplen con los requisitos y que tendrán usted y su familia durante el año del plan, del 1.º de septiembre al 31 de agosto.
- Los gastos se deben generar durante el año del plan en el que se contribuyen los fondos. Sin embargo, si le quedan fondos en la cuenta cuando termina el año del plan, tendrá un período de gracia de dos meses y medio que finaliza el 15 de noviembre para efectuar reclamos que cumplan con los requisitos.
- Visite [www.ffga.com](http://www.ffga.com) para obtener una lista completa de gastos que cumplen con los requisitos.
- Los montos de contribución no se pueden modificar durante el año del plan, a menos que experimente un cambio en su estado, tal cual se describe en la página 4 de esta guía.
- Si usted o su cónyuge contribuyen a una HSA, usted no cumple con los requisitos para contribuir a una FSA de salud.



## Otras opciones de beneficios (CONTINÚA)

### Plan de seguro por accidentes de Aetna

Con el plan de seguro por accidentes de Aetna, se pagan beneficios cuando usted recibe tratamiento por una lesión accidental. El plan paga una larga lista de lesiones leves y más graves que están cubiertas, como laceraciones, quemaduras, mordeduras de animales, dislocaciones y fracturas. Los beneficios se pagan por cuidado inicial, cuidado de seguimiento, cuidado en un hospital, cuidado quirúrgico y asistencia con el transporte o alojamiento. El plan también incluye una cláusula adicional sobre deportes organizados y un beneficio para exámenes de salud. Puede usar los beneficios que recibe para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o para sus gastos personales.

#### Características adicionales:

- Emisión garantizada todos los años, incluso si no se aplicó en el pasado, sin que tenga que responder preguntas de salud.
- Sin período de espera, pero debe ser un trabajador activo para que la cobertura entre en vigor, lo que significa que debe estar trabajando o estar disponible para hacerlo.
- Compatible con la cuenta de ahorros de salud (HSA).
- Cobertura en el lugar de trabajo y fuera de este.
- Transferible: lleve la cobertura con usted si deja su empleo.

Hay dos opciones de planes para los empleados de Conroe ISD: Low y High. En algunos casos, el plan High paga mejores beneficios que el plan Low. Por ejemplo, el beneficio para la sala de emergencias del plan Low es de \$150, mientras que con el plan High se paga \$200.

Aetna quiere que usted comprenda los beneficios del plan. Si tiene preguntas antes de inscribirse, puede llamar a un representante de Servicios al Cliente, al **1-800-607-3366**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

El plan de seguro por accidentes de Aetna ofrece beneficios limitados. Es un suplemento del seguro de salud y no reemplaza la cobertura médica principal. Se aplican limitaciones y exclusiones.

### Seguro por muerte accidental o desmembramiento de Reliance Standard

El seguro por muerte accidental o desmembramiento (AD&D) paga un monto en caso de muerte o desmembramiento como resultado de un accidente cubierto. Puede seleccionar montos de beneficio de \$10,000 a \$500,000, en incrementos de \$10,000. Los montos que superen los \$150,000 están limitados a diez veces su salario anual. Puede adquirir cobertura para usted o para usted y su familia. El monto de beneficio aplicado a los dependientes asegurados se basa en la composición de la familia en el momento del siniestro y es un porcentaje de su monto de beneficio como se detalla a continuación:

**Cónyuge:** 60 %

**Cada hijo dependiente:** 15 %

**Cada hijo dependiente (si no hay cónyuge):** 20 %

El monto de beneficio se reduce al 50 % a los 75 años de edad; al 25 % a los 80 años de edad; y se cancela con la jubilación.

### Seguro por cáncer de Guardian

La cobertura de grupo del seguro por cáncer voluntario de Guardian brinda beneficios en efectivo en caso de cáncer y otras 30 enfermedades específicas. Puede ayudar a cubrir el costo de determinados tratamientos para el cáncer y otras enfermedades cuando ocurren. Recibir un diagnóstico de cáncer u otra enfermedad determinada puede ser difícil para cualquiera, tanto a nivel emocional como financiero. Contar con la cobertura adecuada que lo ayude mientras transita la enfermedad o recibe tratamiento para el cáncer es importante. La cobertura del seguro por cáncer de Guardian puede brindarle seguridad financiera adicional cuando más la necesite:

- Beneficios que se pagan directamente a usted, a menos que se asignen de otra forma.
- Cobertura disponible para usted o para toda su familia.
- Exención de primas después de 90 días de discapacidad debido al cáncer mientras dure la discapacidad (solo para el asegurado principal).
- Transferible, lo que quiere decir que usted puede continuar con la cobertura (debe cumplir ciertos requisitos) si cambia de trabajo o se jubila.

### Plan por enfermedades graves de Aflac

Aflac puede ayudar a aliviar la tensión financiera generada al lidiar con una enfermedad grave. Si bien el plan médico principal puede pagar una buena parte de los costos asociados con una enfermedad grave, es posible que muchos gastos no estén cubiertos. Un plan por enfermedades graves puede ayudar a pagar los costos del tratamiento de enfermedades graves cubiertas, como un ataque cardíaco o derrame cerebral.

Lo más importante es que el plan lo ayuda a concentrarse en la recuperación, sin tener que dirigir su atención a los costos de desembolso. Con el plan por enfermedades graves de Aflac, usted recibe beneficios en efectivo de manera directa (a menos que se asignen de otra forma), lo que le da la libertad de usarlos para pagar facturas relacionadas con el tratamiento o cubrir gastos de la vida diaria.

#### Entre los beneficios del plan se incluyen los siguientes:

- Beneficio por realizarse exámenes de salud anuales
- Beneficio pagadero por enfermedades graves:
  - Cáncer
  - Ataque cardíaco (infarto de miocardio)
  - Derrame cerebral
  - Insuficiencia renal (insuficiencia renal en etapa terminal)
  - Cáncer de piel
  - Cáncer no invasivo
  - Paro cardíaco súbito
  - Trasplante de órganos importantes
  - Quemadura grave
  - Cirugía de baipás en arteria coronaria
  - Coma
  - Parálisis
  - Pérdida de la visión

## Otras opciones de beneficios (CONTINÚA)

- Pérdida de la audición
  - Pérdida del habla
  - Trasplante de médula ósea (células madre)
- Hay cláusulas adicionales disponibles por un costo adicional que agregan cobertura para la enfermedad de Lou Gehrig o la esclerosis lateral amiotrófica, la esclerosis múltiple sostenida, la enfermedad de Alzheimer avanzada, la enfermedad de Parkinson avanzada y tumores cerebrales benignos.

### Las características del plan incluyen lo siguiente:

- Los beneficios se pagan directamente a usted, a menos que se asignen de otra forma.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge e hijos dependientes.
- La cobertura se puede conservar (debe cumplir ciertos requisitos). Esto quiere decir que puede llevarla con usted si cambia de trabajo o se jubila.
- Pago rápido de reclamos. La mayoría de los reclamos se procesan en unos cuatro días.

### Seguro por discapacidad de American Fidelity

El plan de seguro por discapacidad de grupo de American Fidelity funciona como una póliza de seguro por discapacidad a largo plazo y a corto plazo, lo cual le ofrece una excelente oportunidad de protegerse sin descuidar su estilo de vida. El seguro por discapacidad le paga un beneficio mensual cuando no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión con cobertura. Este beneficio reemplaza una parte de sus ingresos, como se describe a continuación, si experimenta una discapacidad cubierta.

Usted gozará de la comodidad de la deducción directa de las primas de su salario y de la tranquilidad de saber que recibirá ayuda para cumplir con sus compromisos financieros en momentos de necesidad.

### Elige el porcentaje del salario mensual que quiere proteger, en función de lo siguiente:

- Asequibilidad.
- Porcentaje de ingresos (35 %, 50 % o 66.67 %).
- Cantidad de días previos para que los beneficios sean pagaderos (períodos de espera de 7 a 150 días). Si elige un período de espera de 7, 14 o 30 días y queda internado en un hospital durante 18 horas o más, el resto del período de espera se eximirá y se pagarán los beneficios a partir de la fecha de internación.
- Por cuánto tiempo se pagan los beneficios por discapacidad. Puede elegir 5 años para una enfermedad cubierta o hasta los 65 años de edad para una enfermedad o lesión con cobertura. Después de los 65 años, el período de beneficios se ampliará a 12 meses o hasta la edad normal de jubilación según el Seguro Social (SSNRA), el plazo que sea mayor.

Si elige inscribirse en un seguro por discapacidad, no se cubrirá una discapacidad provocada por una **enfermedad preexistente** o como resultado de esta, a menos que en la fecha en la que quede discapacitado haya estado cubierto por la póliza de grupo durante 12 meses sin interrupción.

### El embarazo se considera una enfermedad preexistente.

Si está embarazada en la fecha en que comienza su cobertura de seguro por discapacidad, los reclamos relacionados con su embarazo estarán sujetos a la limitación en relación con enfermedades preexistentes.

Una **enfermedad preexistente** hace referencia a una enfermedad, lesión, afección física o enfermedad mental (o afección relacionada) debido a la cual tuvo o recibió cualquiera de los siguientes durante el período de tres meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigor de la cobertura:

1. Tratamientos, gastos o medicamentos.
2. Cuidados o servicios, como pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas.
3. Diagnóstico o asesoramiento de un médico.

### Plan de indemnización hospitalaria de Aetna

La cobertura de indemnización hospitalaria de Aetna le paga beneficios en efectivo directamente a usted, no a su médico u hospital, cuando está internado. Puede usar los beneficios como usted quiera: para pagar facturas médicas o gastos de la vida diaria, como vivienda, el uso de un automóvil, facturas de servicios públicos, cuidado de niños, alimentos y gastos de la tarjeta de crédito.

Hay dos opciones de planes de servicios hospitalarios para los empleados de Conroe ISD: Low y High. El plan High paga mejores beneficios que el plan Low. Por ejemplo, el beneficio para internación por día del plan Low es de \$50, mientras que con el plan High se paga \$150. Ambos planes incluyen beneficios de internación para cuidado de rutina de recién nacidos e internaciones en centros de rehabilitación y de tratamiento por trastornos mentales y abuso de sustancias. Se aplican máximos por año del plan.

Para que la cobertura entre en vigor, debe ser trabajador activo, es decir, estar trabajando o disponible para hacerlo. Esta cobertura brinda beneficios limitados. Es un suplemento del seguro de salud y no reemplaza la cobertura médica principal.

Aetna quiere que usted comprenda los beneficios del plan. Si tiene preguntas antes de inscribirse, puede llamar a un representante de Servicios al Cliente al **1-888-772-9682 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

### Plan de protección legal de Legal Access Plans

El plan de protección legal familiar de Legal Access Plans brinda descuentos, tarifas fijas y servicios cubiertos para necesidades comunes de índole legal. En este plan se incluyen beneficios de recuperación y prevención de robo de identidad, asesoramiento financiero, preparación de presupuestos y planificación financiera.

Su inscripción en el plan extiende la cobertura a toda su familia. Todos los dependientes menores de 23 años están cubiertos por el plan, ya sea que residan en su hogar o en una institución educativa. El plan también cubre a los padres del miembro y del cónyuge del miembro.

## Otras opciones de beneficios (CONTINÚA)

### Seguro de vida (a término de grupo, a término y permanente)

El seguro de vida brinda protección contra la pérdida financiera en caso de que muera el asegurado. El beneficio puede ser invaluable para una familia que enfrenta la muerte prematura de un familiar que haya estado empleado. Conroe ISD ofrece tres tipos de seguro de vida: a término de grupo, a término y permanente. Siga leyendo para decidir cuál de ellos, o una combinación de coberturas, es lo más apropiado para usted.

### Seguro de vida a término de grupo de Unum

Este seguro proporciona una cobertura económicamente accesible y pagada por el empleado: un beneficiario de su elección recibirá una suma de dinero fija si usted muere. Esta cobertura es transferible si deja Conroe ISD, lo que quiere decir que puede conservar la cobertura de la póliza de grupo, por una tarifa un poco más alta, mientras la póliza siga vigente.

#### Opciones de montos de cobertura

**Empleado:** Hasta cinco veces el salario en incrementos de \$10,000. No debe superar los \$500,000. Los beneficios se pagarán al beneficiario designado.

**Cónyuge:** Hasta el 100 % del monto del empleado en incrementos de \$5,000. No debe superar los \$500,000. Los beneficios se pagarán al empleado.

**Hijo:** Incrementos de \$2,000. No debe superar los \$10,000. El beneficio máximo por muerte de un hijo, desde el nacimiento con vida hasta que cumpla seis meses, es de \$1,000. Los beneficios se pagarán al empleado. Los nietos no cumplen con los requisitos para esta cobertura, a menos que estén bajo su custodia por orden judicial, o vivan con usted y figuren como dependientes en su declaración de impuestos.

Los montos de cobertura se reducirán de acuerdo con el siguiente esquema:

**70 años:** El seguro se reduce al 65 % del monto original, redondeado al valor de \$10,000 más próximo siguiente.

**75 años:** El seguro se reduce al 50 % del monto original, redondeado al valor de \$10,000 más próximo siguiente.

#### Estipulaciones sobre la inscripción

Si se inscribe cuando comienza a cumplir con los requisitos por primera vez, puede solicitar hasta \$200,000 por usted, \$25,000 por su cónyuge o \$10,000 por sus hijos. Los montos que superen estos límites, si están disponibles, requerirán una evaluación de riesgos y la aprobación de Unum.

Si no se inscribe en el plazo de 31 días calendario a partir de la fecha de su contratación, solo podrá solicitar la cobertura durante un período de inscripción anual futuro o dentro de los 31 días calendario a partir de un cambio de estado. Tendrá que responder preguntas de salud para la totalidad del monto.

Una vez que usted y sus dependientes estén inscritos en el plan, podrá aumentar la cobertura a un máximo de \$200,000 por usted, \$25,000 por su cónyuge o \$10,000 por sus hijos durante un período de inscripción anual futuro, o dentro de los 31 días calendario a partir de un cambio de estado, sin evaluación de riesgos. Los montos que superen estos límites, si están disponibles, requerirán una evaluación de riesgos y la aprobación de Unum.

El inicio de la cobertura se retrasará si no tiene un empleo activo debido a una lesión, enfermedad, suspensión temporal o licencia en la fecha en la que el seguro hubiera entrado en vigencia.

### Seguro de vida a término de American Fidelity

El seguro AF Term Life® le ofrece protección durante los años de mayores ingresos cuando tiene responsabilidades económicas, como pagar una hipoteca o mantener a su familia. La póliza lo cubre durante un plazo establecido que puede ser de 10, 20 o 30 años. Usted decide qué plazo es mejor según su situación financiera.

#### Características:

- Fácil de solicitar.
- Solo tres preguntas de salud.
- Sin exámenes médicos.
- Beneficio anticipado por muerte.
- Máximo de emisión por empleado: \$200,000.
- Máximo de emisión por cónyuge: \$50,000.
- Máximo de emisión por hijo: \$30,000 (los nietos no se pueden agregar a esta cobertura).
- Garantía de que las tarifas no aumentarán durante el plazo inicial que elija.
- Monto del beneficio por muerte garantizado durante el plazo que elija.
- Por lo general, el monto del beneficio por muerte que se paga está libre de impuestos.
- Una póliza que le pertenece y puede llevar con usted por la misma tarifa si deja el empleo.
- Opción de renovar la póliza al final del plazo hasta que el asegurado cumpla 90 años. Además, puede convertirla en una póliza de seguro de vida total antes de la fecha de aniversario de la póliza después de cumplir 75 años.

#### Edades de emisión:

- Plazo de 10 años: De 18 a 70 años.
- Plazo de 20 años: De 18 a 60 años.
- Plazo de 30 años: De 18 a 50 años.

## Otras opciones de beneficios (CONTINÚA)

### Seguro de vida permanente de Texas Life

El seguro de vida permanente voluntario puede ser un complemento ideal para el seguro de vida a término de grupo o el seguro de vida a término opcional descritos en las secciones anteriores. Mientras pague las primas necesarias, la póliza le pertenece a usted, aunque cambie de trabajo o se jubile. Puede solicitar esta cobertura transferible y permanente, no solo para usted, sino también para su cónyuge, hijos menores de edad y nietos.

#### Características:

- Máximo de emisión por empleado: \$300,000.
- Máximo de emisión por cónyuge: \$50,000.
- Máximo de emisión por hijo: \$50,000.
- Máximo de emisión por nieto: \$50,000.
- Las primas dependen de la edad y del consumo de tabaco de la persona cubierta en el momento de la emisión y están garantizadas por un período considerable (después del período garantizado, las primas pueden bajar, permanecer igual o aumentar).
- Beneficios por muerte garantizados hasta los 121 años.
- Solo tres preguntas rápidas para la solicitud.
- La póliza le pertenece. Si deja CISD, se lleva la póliza con usted por la misma tarifa que pagaba como empleado.
- El beneficio por muerte se duplica si su muerte es accidental, hasta los 65 años.
- Reembolso de la prima si la prima que paga cuando adquiere la póliza aumenta alguna vez y usted renuncia a la póliza debido a esto (se aplican ciertas condiciones).
- Cláusulas adicionales del beneficio anticipado por muerte (solo para el empleado).

## Planes de ahorros para la jubilación

### Notificación anual sobre el plan 403(b)

Como empleado de Conroe ISD, usted tiene la oportunidad de ahorrar para su jubilación a través de un plan voluntario 403(b). Es un plan de ahorros para la jubilación suplementario que se ofrece a los empleados de escuelas públicas a través de sus distritos escolares. Como sucede con un plan 401(k), los empleados que cumplen con los requisitos pueden contribuir a un plan 403(b) dentro de los límites que establece el IRS, ya sea a través de contribuciones antes de impuestos o Roth después de impuestos.

### Límites del plan 403(b)

- Los participantes pueden contribuir hasta \$23,000 en 2024.
- Los participantes que tengan 50 años o más en cualquier momento del año calendario 2024 pueden contribuir hasta \$30,500. Esto incluye \$7,500 adicionales en contribuciones de actualización.
- Puede dividir sus contribuciones entre las tradicionales antes de impuestos y las Roth después de impuestos, pero no puede superar el límite del IRS.
- A diferencia de las cuentas de jubilación individuales Roth, no hay tope de ingresos en las contribuciones Roth al plan 403(b).
- Sus contribuciones al plan 403(b) deben sumarse para estos tipos de planes: 401(k), 403(b), planes SIMPLE (planes SIMPLE IRA y SIMPLE 401(k)) y SARSEP. Consulte a un asesor fiscal si esto le afecta y notifique a First Financial.
- El límite de contribución al plan 403(b) es distinto del límite para un plan tradicional IRA, Roth IRA o 457(b).

### Inscripción en el plan 403(b)

Usted puede inscribirse en el plan 403(b) en cualquier momento del año y no solamente durante el período de inscripción anual o como nuevo empleado.

#### PASO 1: Revise la lista de proveedores de inversiones disponibles para el plan 403(b).

- Visite [www.ffga.com](http://www.ffga.com) y pase el cursor sobre "Login" (Inicie sesión) en la parte superior de la página. Seleccione "Retirement Plan Information" (Información del plan de jubilación). Escriba Conroe ISD, seleccione la opción de la lista que aparece y luego haga clic en "Submit" (Enviar). Seleccione "Your Authorized Providers" (Sus proveedores autorizados), en el cuadro "Related Resources" (Recursos relacionados) en la esquina superior derecha.
- Antes de abrir una cuenta de anualidad 403(b)(1) o de custodia 403(b)(7), usted debería investigar exhaustivamente las opciones disponibles, incluso otros planes, como por ejemplo un plan 457(b) patrocinado por el empleador. Puede obtener más información sobre los planes 403(b) en [www.403bwise.org](http://www.403bwise.org).
- Ni Conroe ISD ni First Financial Administrators, Inc. ofrecen asesoramiento ni respaldan o aprueban explícita o implícitamente ningún proveedor o agente específico del plan 403(b). Puede comparar las tarifas de los planes 403(b) de los proveedores disponibles en [www.403compare.com](http://www.403compare.com). Además, puede investigar a las firmas y los agentes en [www.investor.gov/CRS](http://www.investor.gov/CRS).

# Planes de ahorros para la jubilación (CONTINUÍA)

## PASO 2: Configure su cuenta del plan 403(b).

- Complete las formas de inscripción del plan 403(b) o inscribáse en línea a través de la compañía que seleccione. Si tiene una cuenta existente que fue abierta mientras usted era empleado de otro distrito escolar, es posible que pueda seguir contribuyendo a la cuenta a través de Conroe ISD. Contacte al proveedor de su plan 403(b) o a First Financial para obtener ayuda. Es posible que deba completar una forma de transferencia entre planes.
- Si la compañía del plan 403(b) que selecciona no permite que usted se inscriba por su cuenta y exige que lo haga a través de un agente, puede llamar a la compañía para obtener información sobre un agente en su área. También puede usar la herramienta de búsqueda de agentes del plan 403(b) de First Financial en [https://services.ffga.com/for-individuals/services-investments/investments/403\(b\)-retirement-plan/search-agent-by-zip.aspx](https://services.ffga.com/for-individuals/services-investments/investments/403(b)-retirement-plan/search-agent-by-zip.aspx).

## PASO 3: Comience a contribuir al plan 403(b).

- Una vez que su cuenta del plan 403(b) esté abierta, complete la forma del acuerdo de reducción de salario (SRA) del plan 403(b). Puede enviarla por fax a First Financial al **1-866-265-4594** o cargarla en <https://sftp-transfer.ffga.com>. Para obtener sus credenciales de inicio de sesión, llame a First Financial al **1-800-523-8422**, opción 2, o envíe un correo electrónico a [retirement@ffga.com](mailto:retirement@ffga.com). La forma SRA está disponible en línea, en [www.ffga.com](http://www.ffga.com). Tenga en cuenta que se requiere la firma de un agente a menos que el SRA sea para una cuenta nueva de inscripción por su cuenta en el plan 403(b).
- Si en algún momento desea ajustar su contribución al plan 403(b), deberá completar y enviar una nueva forma SRA. No es necesaria la firma de un agente para realizar cambios en la contribución al plan 403(b) en una cuenta existente.

## Plan de jubilación 457(b) de FFinvest

- Inscribirse en un plan de ahorros 457(b) es otra opción para ahorrar para la jubilación. Puede reducir sus impuestos actuales además de ganar ingresos libres de impuestos, reducir la brecha de sus ingresos para la jubilación y acercarse a la independencia financiera. A diferencia de los planes 403(b), los retiros anticipados de una cuenta 457(b) no están sujetos al impuesto del 10 % por retiro anticipado debido a la terminación del empleo.
- Los participantes pueden contribuir hasta \$23,000 en 2024. Los participantes que tienen 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario 2024 pueden contribuir \$7,500 adicionales en contribuciones de actualización hasta un máximo de \$30,500.
- Si necesita ayuda para decidir cuánto debe ahorrar o qué opciones de ingresos seleccionar, programe una reunión virtual con un especialista en planes de jubilación de TCG en [www.tcgservices.com/telewealth](http://www.tcgservices.com/telewealth).

## Para inscribirse durante el período de inscripción anual

1. Cuando esté revisando y realizando las elecciones para el nuevo año del plan en FFenroll, busque el enlace para el plan de jubilación 457(b) de FFinvest y haga clic en él. Si aparece un mensaje que le pide que inicie sesión, use su número de Seguro Social sin guiones como nombre de usuario y su fecha de nacimiento en formato MMDDAAAA como contraseña.
2. Siga los pasos en pantalla para seleccionar las opciones de contribución del salario e inversión. Recuerde designar un beneficiario de la cuenta.
3. Continúe hasta que reciba un aviso de confirmación.

## Para inscribirse durante todo el año

1. Ingrese en [www.tcgservices.com/enroll](http://www.tcgservices.com/enroll).
2. Busque Conroe ISD y elija el plan de ahorros 457(b).
3. Para iniciar sesión, use su número de Seguro Social sin guiones como nombre de usuario y su fecha de nacimiento en formato MMDDAAAA como contraseña.
4. Siga los pasos en pantalla para seleccionar las opciones de contribución del salario e inversión. Recuerde designar un beneficiario de la cuenta.
5. Continúe hasta que reciba un aviso de confirmación.

Conroe ISD no emplea ni contrata a ningún agente financiero. First Financial Administrators, Inc. es el administrador externo del plan 403(b) para Conroe ISD, y TCG Administrators es el administrador del plan 457(b). Ningún agente financiero lo llamará a su hogar ni le enviará un correo electrónico en nombre de Conroe ISD.

Además, los agentes tienen prohibido realizar ventas o llevar a cabo actividades comerciales en una propiedad del Distrito. Debido a que las estrategias de inversión son una decisión personal que cada empleado debe evaluar por su cuenta, Conroe ISD no recomienda planes 403(b) individuales, representantes de ventas, agentes o asesores financieros, ni les da el visto bueno.

## ¿Busca formas de reclamo o más información?

Inicie sesión en el Centro de beneficios para empleados de Conroe ISD en [ffbenefits.ffga.com/conroeisd](http://ffbenefits.ffga.com/conroeisd).

Dentro de "Benefit Plans & Premiums" (Beneficios y primas del plan), elija el año del plan y luego el plan deseado.

# Información de contacto de los beneficios

## Beneficios de salud de grupo

### Seguro médico y de farmacia

#### Servicios al Cliente de Blue Cross and Blue Shield of Texas

Blue Premier HMO (número de grupo: 341643) ...	1-877-299-2377
Blue Essentials HMO (número de grupo: 341644) ..	1-877-299-2377
Blue Choice PPO HDHP (número de grupo: 341642) ..	1-800-521-2227
Sitio web para miembros personalizado .....	<a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a>
Línea de ayuda en Internet .....	1-888-706-0583

Disponibles de lunes a viernes,

de 7 a. m. a 10 p. m., y los sábados, de 7 a. m. a 3:30 p. m.

Línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana .....	1-800-581-0393
Salud mental, emocional y psicológica .....	1-800-528-7264
Programa de apoyo a la maternidad Ovia .....	1-888-421-7781
Visitas virtuales a través de MDLIVE .....	1-888-680-8646

[www.MDLIVE.com/bcbstx](http://www.MDLIVE.com/bcbstx)

Prime Therapeutics .....	<a href="http://www.myprime.com">www.myprime.com</a>
Express Scripts Pharmacy (órdenes por correo) ..	1-833-715-0942

[www.express-scripts.com/rx](http://www.express-scripts.com/rx)

Accredo (farmacia de especialidad) .....	1-833-721-1619
--	----------------

[www.accredo.com](http://www.accredo.com)

### Cuenta de ahorros de salud

(número de identificación del empleador: FFA217)

First Financial Administrators, Inc. ....	1-866-853-3539
---	----------------

[www.ffga.com](http://www.ffga.com)

### Plan alternativo (número de grupo: 71200)

America's Choice Healthplans .....	1-866-317-0167
------------------------------------	----------------

[www.achonline.com](http://www.achonline.com)

### Plan dental (número de grupo: 737387)

Aetna.....	1-877-238-6200
------------	----------------

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

### Plan de la vista (número de grupo: 10-350759)

VSP .....	1-800-877-7195
-----------	----------------

[www.vsp.com](http://www.vsp.com)

## Otros beneficios

### Plan de ahorros para la jubilación 403(b)

First Financial Administrators, Inc. ....	1-800-523-8422
---	----------------

[www.ffga.com](http://www.ffga.com)

### Plan de ahorros para la jubilación 457(b) (FFinvest)

First Financial Administrators, Inc. ....	1-800-523-8422
---	----------------

[www.ffga.com](http://www.ffga.com)

TCG Administrators .....	1-800-943-9179
--------------------------	----------------

[www.tcgservices.com](http://www.tcgservices.com)

JR Cornejo, First Financial Administrators, Inc. ....	903-245-3889
---	--------------

[jr.cornejo@ffga.com](mailto:jr.cornejo@ffga.com)

### Programa de Asistencia al Empleado (EAP).....

1-800-475-3327

[www.supportlinc.com](http://www.supportlinc.com)

### Programa de bienestar Healthy You.....

1-888-282-0822

[info@navigatewell.com](mailto:info@navigatewell.com)

### Permiso para ausentarse del trabajo

Departamento de Recursos Humanos de CISD	
	<a href="mailto:hrleaves@conroeisd.net">hrleaves@conroeisd.net</a>

[www.conroeisd.net](http://www.conroeisd.net)

### Indemnización a trabajadores

Departamento de Recursos Humanos de CISD	
	<a href="mailto:hrworkerscomp@conroeisd.net">hrworkerscomp@conroeisd.net</a>

[www.conroeisd.net](http://www.conroeisd.net)

### Teacher Retirement System (TRS) .....

1-800-223-8778

[www.trs.texas.gov](http://www.trs.texas.gov)

## Beneficios voluntarios adicionales

### Plan de seguro por accidentes

(número de grupo: 802372)

Aetna .....	1-800-607-3366
-------------	----------------

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

### Seguro por muerte accidental o desmembramiento

(número de grupo: VAR 053228)

Reliance Standard .....	1-800-435-7775
-------------------------	----------------

[www.reliancestandard.com](http://www.reliancestandard.com)

### Seguro por cáncer

(número de grupo: 00574917)

Guardian.....	1-800-541-7846
---------------	----------------

[www.guardiananytime.com](http://www.guardiananytime.com)

### Seguro por enfermedades graves

(número de grupo: 22863)

Aflac .....	1-800-433-3036
-------------	----------------

[www.aflacgroupinsurance.com](http://www.aflacgroupinsurance.com)

### Seguro por discapacidad

American Fidelity .....	1-800-662-1113
-------------------------	----------------

[www.americanfidelity.com](http://www.americanfidelity.com)

### Cuentas flexibles de gastos de salud

y de cuidado de dependientes (número de identificación del empleador: FFA217)

First Financial Administrators, Inc. ....	1-866-853-3539
---	----------------

[www.ffga.com](http://www.ffga.com)

### Seguro de indemnización hospitalaria

(número de grupo: 802372)

Aetna .....	1-888-772-9682 (TTY: 711)
-------------	---------------------------

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

### Plan de protección legal

(grupo: Conroe ISD)

Legal Access Plans .....	1-888-416-4313
--------------------------	----------------

(preinscripción, llame al 1-800-248-9000)

[www.legaleaseplan.com/conroeisd](http://www.legaleaseplan.com/conroeisd)

### Seguro de vida a término de grupo

(número de grupo: 568676)

Unum .....	1-800-445-0402
------------	----------------

[www.unum.com](http://www.unum.com)

### Seguro de vida a término

American Fidelity .....	1-800-654-8489
-------------------------	----------------

[www.americanfidelity.com](http://www.americanfidelity.com)

### Seguro de vida permanente

(número de grupo: SM2656)

Texas Life .....	1-800-283-9233
------------------	----------------

[www.texaslife.com](http://www.texaslife.com)

### Oficina de Beneficios de CISD

936-709-7808  
[benefitoffice@conroeisd.net](mailto:benefitoffice@conroeisd.net)  
[www.conroeisd.net/hr/benefits](http://www.conroeisd.net/hr/benefits)

### Línea de ayuda de FFenroll

First Financial Administrators, Inc.  
 1-855-523-8422

### Administrador externo

First Financial Administrators, Inc.  
 1-800-523-8422  
[www.ffga.com](http://www.ffga.com)

JR Cornejo, administrador ejecutivo sénior  
 903-245-3889  
[jr.cornejo@ffga.com](mailto:jr.cornejo@ffga.com)



## Aviso para los empleados: Cobertura del mercado de seguros de salud Opciones y su cobertura de salud

**Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del mercado de seguros de salud ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el mercado de seguros de salud y la cobertura de salud que se ofrece a través de su empleo.**

**¿Qué es el mercado de seguros de salud?** Este mercado se creó para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. Este mercado ofrece múltiples opciones en un solo lugar que le permitirán encontrar y comparar opciones de seguros de salud privados en su área geográfica.

**¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro de salud en el Mercado?** Puede reunir los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de desembolso, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece una cobertura que no se considera económicamente accesible para usted y que no cumple con ciertos estándares del valor mínimo. Los ahorros para los que cumple con los requisitos dependen de los ingresos de su hogar. También puede reunir los requisitos para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

**¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro de salud a través del Mercado?** Puede inscribirse en un plan de seguro de salud del Mercado durante el período de inscripción abierta anual del Mercado. El período de inscripción abierta varía según el estado, pero por lo general comienza el 1.º de noviembre y continúa por lo menos hasta el 15 de diciembre. Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro de salud si reúne los requisitos para un período de inscripción especial. Por lo general, usted reúne los requisitos para un período de inscripción especial si ha tenido ciertos cambios en el estado civil o en la situación familiar que cumplen con los requisitos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o si deja cumplir con los requisitos para otra cobertura de salud. Según el tipo de período de inscripción especial, es posible que pueda inscribirse en un plan del Mercado 60 días antes del cambio en el estado civil o en la situación familiar que cumple con los requisitos o 60 días después de este.

**Debe tomar la decisión de inscribirse en el plan de salud de grupo de Conroe ISD dentro de los primeros 31 días calendario de empleo.** Si decide no inscribirse en este plan durante el período de inscripción para nuevos empleados, no podrá inscribirse hasta el siguiente período de inscripción anual, a menos que ocurra un cambio que amerite una inscripción especial. Por otro lado, si decide inscribirse en el plan de salud de grupo de Conroe ISD durante el período de inscripción para nuevos empleados, el plan de cafetería del Distrito no le

permite darse de baja del seguro antes de que termine el año del plan, a menos que ocurra un cambio en la situación familiar u otro hecho condicionante, conforme al Artículo 125 del IRC.

### Información adicional

El año del plan de Conroe ISD comienza el 1.º de septiembre y termina el 31 de agosto. La inscripción anual es del 1.º al 31 de julio. Si tiene preguntas o inquietudes sobre el seguro de salud ofrecido a través del Distrito, consulte [www.conroeisd.net/hr/benefits](http://www.conroeisd.net/hr/benefits) o póngase en contacto con la Oficina de Beneficios de Conroe ISD, al 936-709-7808.

### Información sobre la cobertura de salud ofrecida por Conroe ISD

Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, a continuación figura la información del empleador que debe ingresar en [healthcare.gov](http://healthcare.gov).

Esta información está numerada como en la solicitud del mercado.

<b>3. Nombre del empleador</b> Conroe Independent School District		<b>4. N.º de identificación del empleador</b> (EIN) 746000556	
<b>5. Dirección del empleador</b> 3205 West Davis		<b>6. N.º de teléfono del empleador</b> 936-709-7808	
<b>7. Ciudad</b> Conroe	<b>8. Estado</b> TX	<b>9. Código postal</b> 77304	
<b>10. ¿A quién podemos contactar para consultar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?</b> Departamento de Recursos Humanos de Conroe ISD (Oficina de Beneficios)			
<b>11. N.º de teléfono (si es diferente al que figura arriba)</b>		<b>12. Dirección de correo electrónico</b> <a href="mailto:benefitsoffice@conroeisd.net">benefitsoffice@conroeisd.net</a>	

El Distrito ofrece cobertura de salud de grupo para todos los empleados y sus dependientes que cumplan con los requisitos. Los requisitos que se deben cumplir están descritos en la *Guía de beneficios para el empleado* de Conroe ISD. La cobertura ofrecida por Conroe ISD cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted tiene el objetivo de ser económicamente accesible.

Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información sobre la cobertura a través del Mercado.



## Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

De acuerdo con el plan de salud de Conroe ISD, según lo requiere la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, se brindará cobertura a una persona que recibe beneficios por una mastectomía y que elige la posterior reconstrucción del seno. Se cubren los siguientes procedimientos:

- (1) todas las etapas de reconstrucción del seno sobre el que se realizó una mastectomía;
- (2) cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- (3) prótesis;
- (4) tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Esta cobertura se brindará previa consulta con el médico tratante y la paciente y se suministrará de acuerdo con el diseño del plan, las limitaciones, los copagos, los deducibles y los requisitos de remisión, si los hubiera, tal como se especifica en sus documentos del plan.

Si tiene dudas sobre la cobertura de mastectomías y cirugías reconstructivas, llame al número de teléfono para miembros que aparece al dorso de su tarjeta de identificación de su plan de salud de grupo.

Para obtener más información, visite el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., [www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/whcra\\_factsheet.html](http://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/whcra_factsheet.html), y el sitio web del Departamento de Trabajo de los EE. UU., [www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/whcra](http://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/whcra).

## Aviso sobre la cobertura acreditable de Medicare Parte D

### Aviso importante de Conroe Independent School District (ISD) sobre la cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. En él, hay información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta de Conroe ISD y sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando hacerlo, debería comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costos, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso, encontrará información acerca de dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y de Conroe ISD.

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde el año 2006 para todas las personas inscritas en Medicare. Puede obtenerla si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen como mínimo un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. También es posible que algunos planes ofrezcan mayor cobertura por una prima mensual más alta.
2. Conroe ISD ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el plan de salud de grupo pagará, en promedio, para todos los participantes del plan, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare; por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Dado que su cobertura existente es una cobertura acreditable, puede conservarla y no deberá pagar una prima más alta (una multa) si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

### ¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando comienza a cumplir con los requisitos para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde la cobertura acreditable de medicamentos con receta por causas ajenas a usted, cumplirá con los requisitos para un período de inscripción especial de dos meses durante el cual podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

### ¿Qué sucede con su cobertura actual si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

La mayoría de los participantes en el plan de salud de grupo de Conroe ISD probablemente no necesiten inscribirse en un plan de Medicare Parte D porque el plan de Conroe ISD cubre los gastos de medicamentos con receta además de los gastos de salud. Si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, no hay coordinación de beneficios entre el plan médico de Conroe ISD y Medicare Parte D.

### ¿Cuándo deberá pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Tenga en cuenta también que, si da de baja o pierde la cobertura actual de Conroe ISD y no se inscribe en un plan de medicamentos

de Medicare dentro de los 63 días consecutivos después de que haya finalizado su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted permanece 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que su prima mensual aumente al menos un 1 % por mes de la prima de beneficiario básica de Medicare por cada mes que usted estuvo sin cobertura. Por ejemplo, si usted permanece 19 meses sin cobertura acreditable, en concordancia, su prima podría ser al menos un 19 % más alta que la prima de beneficiario básica de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare y que, además, deba esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

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

Consulte el sitio web de Conroe ISD, [www.conroeisd.net](http://www.conroeisd.net). Conroe ISD no brinda consejos ni asesoramiento a los participantes acerca de los planes y las reglas de Medicare Parte D. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. Además, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### Para obtener más información sobre sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual *Medicare & You*. Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. También es posible que se comuniquen con usted directamente desde los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el interior de la contratapa del manual Medicare y usted para ver el número de teléfono) y obtenga ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, tiene a su disposición ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

**Recuerde:** Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en alguno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha conservado o no la cobertura acreditable y para saber si, por consiguiente, tendrá que pagar una prima más alta (multa).

Administrado por  
Human Resources Department/Benefits Office  
Conroe Independent School District  
3205 West Davis, Conroe, TX 77304  
936-709-7808  
[www.conroeisd.net/hr](http://www.conroeisd.net/hr)

## Asistencia con el pago de primas conforme a Medicaid y al Programa de Seguro de Salud para Niños

Si usted o sus hijos cumplen con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) y si los cumplen para recibir cobertura de salud a través de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia con el pago de primas, que puede ayudarlo a pagar la cobertura por medio de los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si ni usted ni sus hijos cumplen con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid o de CHIP, usted no cumplirá con los requisitos para estos programas de asistencia con el pago de primas, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se mencionan a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si está disponible la asistencia con el pago de primas.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o uno de ellos podría cumplir con los requisitos para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW (1-877-543-7669)** o ingrese en [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo solicitar la cobertura. Si reúne los requisitos, consulte con el estado para saber si este cuenta con un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes cumplen con los requisitos para recibir asistencia con el pago de primas conforme a Medicaid o CHIP y al plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse declarado que cumple con los requisitos para recibir asistencia para el pago de primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través del sitio web [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o por teléfono, al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, es posible que cumpla con los requisitos para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados tiene vigencia hasta el 31 de enero de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre los requisitos.**

Estado	Programa	Sitio web	Número de teléfono
Alabama	Medicaid	<a href="http://www.myalhipp.com">http://www.myalhipp.com</a>	1-855-692-5447
Alaska	Medicaid	<a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> y <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>	1-866-251-4861
Arkansas	Medicaid	<a href="http://myarhipp.com">http://myarhipp.com</a>	1-855-692-7447
California	Medicaid	<a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a>	916-445-8322
Colorado	Medicaid y CHIP	Medicaid: <a href="http://www.healthfirstcolorado.com/">http://www.healthfirstcolorado.com/</a> CHIP: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a>	Medicaid: 1-800-221-3943 CHIP: 1-800-359-1991
Florida	Medicaid	<a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a>	1-877-357-3268
Georgia	Medicaid	<a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a>	678-564-1162; presione 1
Indiana	Medicaid	Para adultos de 19 a 64 años con bajos ingresos: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip">http://www.in.gov/fssa/hip</a> Todos los demás: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a>	Para adultos con bajos ingresos: 1-877-438-4479 Para todos los demás: 1-800-457-4584
Iowa	Medicaid y CHIP	Medicaid: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a> CHIP: <a href="https://dhs.iowa.gov/hawki">https://dhs.iowa.gov/hawki</a>	Medicaid: 1-800-338-8366 CHIP: 1-800-257-8563
Kansas	Medicaid	<a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>	1-800-792-4884
Kentucky	Medicaid y CHIP	Medicaid: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a> CHIP: <a href="https://kynect.ky.gov">https://kynect.ky.gov</a> KI-HIPP: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>	CHIP: 1-877-524-4718 KI-HIPP: 1-855-459-6328
Luisiana	Medicaid	<a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a>	Medicaid: 1-888-342-6207 HIPP: 1-855-618-5488
Maine	Medicaid	<a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a>	1-800-442-6003
Massachusetts	Medicaid y CHIP	<a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>	1-800-862-4840
Minnesota	Medicaid	<a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a>	1-800-657-3739
Misuri	Medicaid	<a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>	573-751-2005
Montana	Medicaid	<a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>	1-800-694-3084
Nebraska	Medicaid	<a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>	1-855-632-7633
Nevada	Medicaid	<a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a>	1-800-992-0900
Nuevo Hampshire	Medicaid	<a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a>	1-800-852-3345, ext. 5218
Nueva Jersey	Medicaid y CHIP	Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>	Medicaid: 609-631-2392 CHIP: 1-800-701-0710
Nueva York	Medicaid	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>	1-800-541-2831
Carolina del Norte	Medicaid	<a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a>	919-855-4100
Dakota del Norte	Medicaid	<a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a>	1-844-854-4825
Oklahoma	Medicaid y CHIP	<a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>	1-888-365-3742
Oregón	Medicaid y CHIP	<a href="http://healthcare.oregon.gov/pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/pages/index.aspx</a>	1-800-699-9075
Pensilvania	Medicaid y CHIP	Medicaid: <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a> CHIP: <a href="https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx">https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx</a>	Medicaid: 1-800-692-7462 CHIP: 1-800-986-5437
Rhode Island	Medicaid y CHIP	<a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a>	1-855-697-4347
Carolina del Sur	Medicaid	<a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>	1-888-549-0820
Dakota del Sur	Medicaid	<a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>	1-888-828-0059
Texas	Medicaid	<a href="https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program">https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program</a>	1-800-440-0493
Utah	Medicaid y CHIP	Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov">https://medicaid.utah.gov</a> CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a>	1-877-543-7669
Vermont	Medicaid	<a href="https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program">https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program</a>	1-800-250-8427
Virginia	Medicaid y CHIP	<a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a>	1-800-432-5924
Washington	Medicaid	<a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a>	1-800-562-3022
Virginia Occidental	Medicaid y CHIP	<a href="https://dhr.wv.gov/bms/">https://dhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a>	Medicaid: 304-558-1700 CHIP: 1-855-699-8447
Wisconsin	Medicaid y CHIP	<a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a>	1-800-362-3002
Wyoming	Medicaid	<a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a>	1-800-251-1269

**Para conocer si más estados han agregado un programa de asistencia con el pago de las primas desde el 31 de enero de 2024 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con alguna de las siguientes entidades:**

**Departamento de Trabajo de los EE. UU.**

Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa) • 1-866-444-EBSA (3272)

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov) • 1-877-267-2323, opción 4, ext. 61565

## Introducción

Le hemos enviado este aviso porque recientemente obtuvo cobertura según un plan de salud de grupo ("el Plan"). Este aviso tiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura según la COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura según el Plan. **En este aviso, se explica qué es la continuación de la cobertura según la COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger el derecho a recibirla.** Si cumple con los requisitos para la continuación de la cobertura según la COBRA, es posible que también cumpla con los requisitos para otras opciones de cobertura que pueden ser menos costosas que la continuación de la cobertura según la COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). Es posible que usted y otros miembros de su familia tengan acceso a la continuación de la cobertura según la COBRA cuando, de otra forma, se terminaría su cobertura de salud de grupo. Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, lea la *Descripción resumida del plan* o comuníquese con el administrador del Plan.

**Es posible que tenga a su disposición otras opciones si pierde la cobertura de salud de grupo.** Por ejemplo, es posible que cumpla con los requisitos para adquirir un plan individual a través del mercado de seguros de salud. Si se inscribe en una cobertura a través del mercado, es posible que reúna los requisitos para costos reducidos en sus primas mensuales y para costos de desembolso reducidos. Además, es posible que reúna los requisitos para aprovechar el período de inscripción especial de 30 días de otro plan de salud de grupo para el que cumpla con los requisitos (como el plan de un cónyuge), incluso si, por lo general, ese plan no acepta personas con inscripción tardía.

## ¿Qué es la continuación de la cobertura según la COBRA?

La continuación de la cobertura según la COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta, de lo contrario, terminaría debido a un cambio en el estado civil o en la situación familiar. También se lo denomina "hecho condicionante". Los hechos condicionantes específicos se mencionan más adelante en este aviso. Después de un hecho condicionante, la continuación de la cobertura según la COBRA debe ofrecerse a toda persona que reúna los requisitos para ser beneficiaria. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser personas que reúnen los requisitos para ser beneficiarias si la cobertura según el Plan se perdiera debido al hecho condicionante. Según el Plan, las personas que reúnen los requisitos para ser beneficiarias y eligen la continuación de la cobertura según la COBRA deberán pagarla.

Si usted es empleado, pasará a ser una persona que reúne los requisitos para ser beneficiaria si pierde su cobertura según el Plan debido a alguno de los siguientes hechos condicionantes:

- Se reducen las horas de trabajo.
- Su empleo finaliza por una razón que no sea mala conducta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, pasará a ser una persona que reúne los requisitos para ser beneficiaria si pierde la cobertura según el Plan debido a alguno de los siguientes hechos condicionantes:

- Su cónyuge muere.
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge.
- El empleo de su cónyuge finaliza por una razón que no sea mala conducta grave.
- Su cónyuge adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

## Derechos de continuación de la cobertura según la COBRA

Sus hijos dependientes pasarán a ser personas que reúnen los requisitos para ser beneficiarias si pierden la cobertura según el Plan debido a alguno de los siguientes hechos condicionantes:

- El padre o la madre que es empleado/a muere.
- Se reducen las horas de trabajo del padre o de la madre que es empleado/a.
- El empleo del padre o de la madre que es empleado/a finaliza por una razón que no sea mala conducta grave.
- El padre o la madre que es empleado/a adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).
- Los padres se divorcian o separan legalmente.
- El hijo deja de cumplir con los requisitos de la cobertura según el Plan como hijo dependiente.

## ¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura según la COBRA?

En el Plan, se ofrecerá la continuación de la cobertura según la COBRA a las personas que reúnen los requisitos para ser beneficiarias solo después de que se le haya notificado el hecho condicionante al administrador del Plan. El empleador debe notificar al administrador del Plan acerca de los siguientes hechos condicionantes:

- El empleo finaliza o se reducen las horas de trabajo.
- El empleado muere.
- El empleado adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

**En cuanto a los demás hechos condicionantes (como el divorcio o la separación legal del empleado y del cónyuge o la pérdida de los requisitos para tener cobertura en calidad de hijo dependiente), debe notificárselos al administrador del Plan en el plazo de 60 días desde que ocurre el hecho condicionante. Debe presentar este aviso a la Oficina de Beneficios de Conroe ISD.**

## ¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura según la COBRA?

Una vez que el administrador del Plan recibe el aviso de que se produjo un hecho condicionante, se ofrecerá la continuación de la cobertura según la COBRA a cada una de las personas que reúnen los requisitos para ser beneficiarias. Cada persona que reúne los requisitos para ser beneficiaria tendrá el derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura según la COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura según la COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegirla en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura según la COBRA es una continuación de cobertura temporal que, por lo general, dura 18 meses debido a la terminación de la relación laboral o a la reducción en las horas de trabajo. Es posible que determinados hechos condicionantes o un segundo hecho condicionante durante el período inicial de cobertura permitan que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen modos de extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura según la COBRA:

**Extensión por discapacidad del período de 18 meses de continuación de la cobertura según la COBRA**

Si la Administración del Seguro Social determina su discapacidad o la de un familiar con cobertura según el Plan y usted notifica al administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia podrán tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de la

cobertura según la COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento anterior al día 60 de la continuación de la cobertura según la COBRA y debe durar, por lo menos, hasta la finalización del período de 18 meses de continuación de la cobertura.

**Segunda extensión por hecho condicionante del período de 18 meses de continuación de la cobertura**

Si un familiar tiene otro hecho condicionante durante los 18 meses de continuación de la cobertura según la COBRA, el cónyuge o los hijos dependientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura según la COBRA, durante un máximo de 36 meses, si se notifica al Plan sobre el segundo hecho condicionante adecuadamente. Esta extensión puede estar a disposición del cónyuge y de cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura según la COBRA si el empleado o ex empleado muere, adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo deja de cumplir con los requisitos según el Plan como hijo dependiente.

Esta extensión solo está disponible si el segundo hecho condicionante hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura según el Plan de no haberse producido el primer hecho condicionante.

## ¿Existen otras opciones de cobertura aparte de la continuación de la cobertura según la COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura según la COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia mediante el mercado de seguros de salud, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden ser menos costosas que la continuación de la cobertura según la COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

## Si tiene preguntas

Deberá dirigir las preguntas referidas a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura según la COBRA al contacto o a los contactos identificados a continuación. Para obtener más información acerca de sus derechos según la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), incluida la COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable y otras leyes que afectan a los planes de salud de grupo, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. en su área o visite [www.dol.gov/agencias/ebsa](http://www.dol.gov/agencias/ebsa). (Las direcciones y los números telefónicos de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

## Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de domicilio

A fin de proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. También es conveniente que usted conserve una copia, para su registro, de cualquier notificación que envíe al administrador del Plan.

## Información de contacto del Plan

Si tiene preguntas acerca de la continuación de la cobertura según la COBRA, póngase en contacto con la Oficina de Beneficios de Conroe ISD al 936-709-7808.

Oficina de Beneficios  
Departamento de Recursos Humanos  
3205 W Davis St  
Conroe, TX 77304



Teléfono: **936-709-7808**  
Correo electrónico: **benefitsoffice@conroeisd.net**  
Sitio web: **www.conroeisd.net/hr/benefits**  
Fax: **936-709-9106**  
Horario de atención: **De lunes a viernes,  
de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.**

Esta guía se basa en los documentos oficiales del plan y brinda información destacada sobre las opciones de beneficios para el año del plan 2024-2025. Se ha hecho todo lo posible para garantizar su precisión. En caso de discrepancia entre la información que aparece en esta guía y los documentos del plan, los contratos de seguro o las reglamentaciones estatales y federales, prevalecerán estos últimos. Los documentos del plan están disponibles en línea, en **www.conroeisd.net**, en la sección "Employees > Benefits > Plan Documents" (Empleados > Beneficios > Documentos del plan).

Conroe Independent School District (el Distrito) es un empleador y proveedor educativo que ofrece igualdad de oportunidades y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad ni discapacidad en los programas o actividades educativos que opera ni en cuestiones relacionadas con el empleo. En conformidad con los títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, y sus enmiendas; el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972; la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, y sus enmiendas; el Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973; la Ley sobre Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act) y las políticas del Consejo, el Distrito no puede discriminar de tal manera.

Para obtener información sobre los derechos del título IX o del Artículo 504 y la Ley sobre Americanos con Discapacidades, contacte a los coordinadores respectivos de estas leyes en 3205 W. Davis, Conroe, TX 77304; o por teléfono al **936-709-7752**.