

KAIROS
HEALTH ARIZONA, INC.

GUÍA DE BENEFICIOS 2024-2025

CHANDLER UNIFIED SCHOOL DISTRICT N.º 80



ANTES DE COMENZAR

ÍNDICE

- 3 ¿A QUIÉN DEBERÍA LLAMAR?
- 4 REGLAS DEL PLAN
- 5 ¿QUÉ SIGNIFICA TODO ESTO?
- 6 BENEFICIOS MÉDICOS
- 7 BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA
- 8 ENFERMERAS DE SU LADO
- 9 UNA GUÍA HACIA EL BIENESTAR
- 10 TELADOC
- 11 RECURSOS PARA LA VIDA LABORAL Y PERSONAL
- 12 DETALLES DEL PLAN

CONSEJOS: AÑO DEL PLAN

El plan de Kairos se extiende del 1 de julio al 30 de junio de cada año. Esto significa que cada 1 de julio se restablecerán los deducibles y los máximos de desembolso personal.

¿QUÉ HAY DE NUEVO?

Este año, se han introducido interesantes mejoras, que se indican en la sección correspondiente de la guía. Simplemente busque todo lo que esté marcado como “¡Nuevo!”.

ACERCA DE ESTA GUÍA

Esta guía ofrece un resumen de las opciones de beneficios para ayudarle a tomar las decisiones correctas para usted y su familia.

Tenga a la mano una copia de la guía durante todo el año. Puede ser útil cuando se presentan situaciones específicas de atención de la salud.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

- **ELIJA SU PLAN**
Seleccione una opción de programa médico y decida a quién va a cubrir.
- **HAGA UNA CONTRIBUCIÓN A SU CUENTA**
Si usted tiene la opción de inscribirse en un plan de salud con deducible alto (high deductible health plan, HDHP), no se pierda la oportunidad de hacer contribuciones a la cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA).
- **CUIDE A SUS SERES QUERIDOS**
Revise y actualice las designaciones de beneficiarios para los beneficios del seguro de vida según sea necesario.
- **¿SUS DEPENDIENTES AÚN SON ELEGIBLES?**
Confirme que los dependientes de hasta 26 años aún sean elegibles para inscribirse.
- **ELIJA SUS OTRAS COBERTURAS**
Si corresponde, revise y decida si desea elegir algún beneficio adicional pagado por el empleado.

¡NO PIERDA ESTA OPORTUNIDAD!



Las inscripciones abiertas son **del 15 al 30 de abril de 2024.**

¡No deje pasar esta oportunidad! Es el único momento del año en el que usted puede hacer cambios en sus elecciones de beneficios (a menos que tenga un evento que califica; consulte la pág. 4 para obtener más información).

¿A QUIÉN DEBERÍA LLAMAR?

Comuníquese directamente con nuestros proveedores de planes si tiene preguntas o si desea obtener información más detallada sobre nuestros planes. Luego, si necesita asistencia adicional con respecto a sus beneficios, comuníquese con el Departamento de Beneficios de Chandler.

PROVEEDORES DE PLANES	POR PREGUNTAS SOBRE...	TELÉFONO	SITIO DE INTERNET
UMR	Elegibilidad y beneficios médicos; reclamos y apelaciones; precertificación; tarjetas de identificación	844.212.6811	UMR.com
MaxorPlus	Beneficios de medicamentos de venta con receta	800.687.0707	MaxorPlus.com
Teladoc	Visitas médicas virtuales	800.835.2362	Teladoc.com
ComPsych	Programa de asistencia al empleado; asesoramiento y servicios para la vida laboral y personal	833.955.3386	GuidanceResources.com
HealthEquity	Cuenta de ahorros para la salud; cuenta de gastos flexibles	866.346.5800	HealthEquity.com
Delta Dental	Plan Delta Dental	602.938.3131 800.352.6132	DeltaDentalAZ.com
Total Dental Administrators	Plan dental DHMO de TDA	888.422.1995	TDA dental.com
VSP	Beneficios de la vista	800.877.7195	VSP.com
MetLife	Planes de seguro básico y suplementario de vida y por muerte y desmembramiento accidental (Accidental Death & Dismemberment, AD&D), seguro voluntario por discapacidad a corto plazo; beneficios del lugar de trabajo	877.638.7868	MetLife.com MyBenefits.MetLife.com
MetLife Hyatt Legal	Cobertura legal prepagada	800.821.6400	LegalPlans.com
Nationwide	Seguro para mascotas	877.738.7874	Petinsurance.com
WEX Health	Administración de COBRA	866.451.3399	WexINC.com
LIG Solutions	Soluciones de cobertura de seguro salud (Medicare, COBRA, individual)	844.214.0598	Partner.LIGSolutions.com/kairos-chandler
Departamento de Beneficios de Chandler USD	Todas las demás preguntas relacionadas con beneficios	480.812.7651 480.812.7036	CUSD80.com

REGLAS DEL PLAN

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

- ✓ Empleados a tiempo completo que trabajan al menos 30 horas por semana o empleados que comparten el puesto
- ✓ Empleados a tiempo parcial que trabajan de 20 a 29 horas (únicamente beneficios voluntarios)
- ✓ Miembros activos del directorio o miembros del consejo
- ✓ Dependientes de empleados inscritos, incluidos:
 - cónyuges legalmente casados
 - hijos dependientes de hasta 26 años
 - hijos solteros que tienen discapacidades mentales o físicas, y dependen completamente del empleado inscrito para su apoyo y manutención

LAS ELECCIONES REALIZADAS DURANTE ESTE PERÍODO DE INSCRIPCIONES TIENEN VIGENCIA DEL

Del 1 de julio de 2024 al 30 de junio de 2025

¿CUÁNDO PUEDO HACER UN CAMBIO?

Usted puede hacer cambios o elegir beneficios una vez al año durante las inscripciones abiertas. Fuera de las inscripciones abiertas, el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) establece que debe ocurrir un “evento de vida que califica” para poder hacer cambios.

Si usted tiene un evento de vida que califica y necesita hacer un cambio en sus beneficios, debe notificar al Departamento de Beneficios de Chandler dentro de los **31 días** del evento. De lo contrario, tendrá que esperar hasta las próximas inscripciones abiertas.



Ejemplos de eventos de vida que califican que pueden hacer posible un cambio a mediados de año:

- ✓ Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación de matrimonio
- ✓ Cambio en el empleo de su cónyuge o pérdida involuntaria de la cobertura de salud del plan de otra empresa para la cual trabaja
- ✓ Nacimiento, adopción, puesta en adopción o tutela legal de un hijo
- ✓ Cambio en la situación de elegibilidad de su dependiente
- ✓ Muerte de un dependiente



Perder la cobertura médica a través del Mercado no se considera un evento de vida que califica, y usted no puede inscribirse en el plan a mediados de año. Sin embargo, usted puede dejar su cobertura médica para inscribirse en un plan del Mercado a mediados de año.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad o sobre los cambios a mediados de año, comuníquese con el Departamento de Beneficios de Chandler.

¿QUÉ SIGNIFICA TODO ESTO?

Hablemos de algunos términos del seguro de salud para que sean fáciles de entender.

DEDUCIBLE

Es la cantidad de dinero que usted tiene que pagar cada año del plan (de julio a junio) por los servicios cubiertos antes de que se activen sus beneficios del seguro de salud.

COASEGURO

Es un porcentaje de los costos médicos cubiertos que usted paga una vez que alcanza su deducible. El plan paga el resto.

MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL (OOP)

El Máximo de Desembolso Personal (Out-of-Pocket, OOP) es lo máximo que usted pagará por los servicios cubiertos durante el año del plan.

El máximo de desembolso personal pone un tope a los costos de atención de la salud si usted alguna vez tiene una enfermedad o lesión importante.

DEDUCIBLE INTEGRADO

Cada miembro de la familia tiene su propio deducible Y hay un deducible para toda la familia. Después de que una persona alcanza su deducible, el plan comienza a pagar beneficios por esa persona. Una vez que se alcanza el deducible familiar, el plan paga beneficios por todos.

PLAN DE SALUD CON DEDUCIBLE ALTO (HDHP) VS. PLAN DE UNA ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO)

Un HDHP es un tipo de plan médico que tiene una prima mensual más baja, pero un deducible anual más alto. Por lo general, se asocia con una cuenta de ahorros para la salud (HSA) para ayudar a pagar los gastos médicos.

Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) es un plan que tiene una prima mensual más alta, pero un deducible anual más bajo. Los planes PPO a veces tienen copagos por servicios, a diferencia de los HDHP.

DENTRO DE LA RED VS. FUERA DE LA RED

Los proveedores dentro de la red son contratados para prestar servicios a una tarifa con descuento. Los proveedores fuera de la red no. La mejor manera de ahorrar dinero en atención de la salud generalmente es atenderse dentro de la red.

PACIENTES HOSPITALIZADOS VS. AMBULATORIOS

Los servicios para pacientes hospitalizados son aquellos que usted recibe cuando es admitido en un hospital o en un centro y pasa al menos una noche. Los servicios ambulatorios pueden variar, pero son servicios que se reciben en un centro en el que usted no ha sido admitido.

AUTORIZACIÓN PREVIA

Es la aprobación previa que se requiere para que el plan cubra ciertos servicios, medicamentos de venta con receta y equipo médico. A veces se llama "preautorización" o "precertificación".



¿Desea obtener más información?

Escanee el código para ver este video informativo

¿Cómo funciona mi plan médico?

USTED PAGA

DEDUCIBLE
Los costos que usted cubre por su cuenta

USTED PAGA, KAIROS PAGA

COASEGURO
Los costos que usted comparte con Kairos

KAIROS PAGA

COSTOS POR ENCIMA DEL MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL
Una vez que usted alcanza su límite de desembolso personal, Kairos cubre los costos hasta el final del año del plan

USTED
ALCANZA SU
MÁXIMO DE
DESEMBOLSO
PERSONAL

BENEFICIOS MÉDICOS

UMR

UMR es el procesador de reclamos médicos y usa la red UnitedHealthcare (UHC) Choice Plus. Esta es una red PPO, que es un grupo de proveedores de atención de la salud que hacen un descuento en lo que le cobran por los servicios. Si usted recibe servicios dentro de la red, estos le costarán menos.



¿Y qué hace Kairos?



CUSD El Plan

CUSD financia todos los planes de atención de la salud y se asocia con Kairos para administrar sus beneficios.



UnitedHealthcare La Red Médica

Los planes médicos de Kairos usan la red de UnitedHealthcare. Si su médico le pregunta qué red tiene, usted le dirá: "United".



UMR La Administración de Reclamos

UMR procesa sus reclamos médicos. Cuando usted consulta a su médico, este envía el reclamo a UMR. Si tiene preguntas sobre su cobertura médica, llame a UMR (no a United).

ADMINISTRE SUS BENEFICIOS

Cree su cuenta móvil en umr.com para aprovechar al máximo sus beneficios médicos. Necesitará tener su tarjeta de identificación a mano para poder registrarse.

Una vez que haya ingresado, podrá:

- ✓ Ver/imprimir/solicitar tarjetas de identificación
- ✓ Ver reclamos médicos
- ✓ Revisar su deducible y sus límites de desembolso personal
- ✓ Buscar la mejor atención y la más eficiente en costo

BUSQUE UN MÉDICO

Si quiere buscar un médico, ¡no es necesario iniciar sesión! En cambio, siga estos pasos simples:

- ✓ Visite umr.com
- ✓ Seleccione "Find a Provider" (Buscar un Proveedor)
- ✓ En la barra de búsqueda "Provider Network" (Red de Proveedores), escriba el nombre de la red: UnitedHealthcare Choice Plus
- ✓ Haga clic en "Search" (Buscar) y, a continuación, vea los proveedores
- ✓ Escriba su dirección o código postal

Ahora podrá buscar por nombre de proveedor, ubicaciones, servicios y mucho más.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

MAXORPLUS



Cuando usted se inscribe en la cobertura médica de Kairos, recibe automáticamente la cobertura de medicamentos de venta con receta a través de MaxorPlus. Este beneficio le permite surtir recetas a través de cualquier farmacia participante incluida en la red de farmacias MaxorPlus.

Regístrese en el portal para miembros de MaxorPlus para hacer lo siguiente:



Localizar la farmacia de la red más cercana y eficiente en costo



Ver el Formulario del plan (una lista de medicamentos de venta con receta que podrían estar cubiertos por el plan)



Buscar su historial de recetas y los costos del plan

CONSEJOS PARA AHORRAR EN MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Según su tipo de medicamento, dosis y frecuencia, los gastos pueden aumentar rápidamente. Pero usted tiene opciones para reducir sus costos de desembolso personal. ¡Pruebe estos sencillos pasos para ahorrar algunos dólares!

- 
TOME MEDICAMENTOS GENÉRICOS
 Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que la versión de marca registrada de sus medicamentos. La única diferencia es que son mucho más baratos. Hable con el profesional que receta para saber si los medicamentos genéricos son adecuados para usted.
- 
BUSQUE PRECIOS
 Así como podría ir a la pesca de esas excelentes ofertas de *Black Friday*, usted puede comparar precios de medicamentos. Inicie sesión en el portal para miembros de MaxorPlus y use la calculadora de copagos para encontrar la farmacia más eficiente en costo cerca de usted. *(Créalo o no, no todas las farmacias cobran la misma cantidad por el mismo medicamento).*
- 
USE EL PEDIDO POR CORREO
 El servicio de pedido por correo le envía los medicamentos directamente a su domicilio. Si usted toma un medicamento genérico, le costará menos que si va a su farmacia local. Por ejemplo, si un medicamento de venta con receta cuesta \$25 por un suministro de tres meses en una farmacia de venta al por menor, podría costar \$20 a través del pedido por correo. ¡Es como obtener tres meses gratis cada año!
- 
REGÍSTRESE PARA PARTICIPAR EN MYMAXORLINK
 El programa de descuento myMaxorLink hace el trabajo por usted. Una vez inscrito, usted recibirá automáticamente información sobre medicamentos de venta con receta de menor costo, recordatorios específicos de su cobertura y otras novedades importantes de salud. Llame al 888.596.0723 para inscribirse o visite mymaxorlink.com/maxorplus.

ENFERMERAS DE SU LADO

PROGRAMA DE ENFERMERAS ASESORAS

Manejar la atención de la salud y los seguros puede ser complicado y abrumador. Nosotros podemos ayudar con esas cuestiones. A través del programa de Enfermeras Asesoras de KairosPro (KairosPro Nurse Navigators), nuestras enfermeras internas especializadas le ayudan a guiarse por el sistema de atención de la salud, a elegir el mejor tratamiento y a mantener sus costos al mínimo.



Con este programa, usted tiene una persona real de su lado que no solo tiene formación clínica, sino que entiende su cobertura de seguro y está a su disposición para brindarle apoyo **sin costo para usted**.

¿Cómo pueden ayudarle nuestras enfermeras?

- ✓ Buscan proveedores dentro de la red
- ✓ Le ayudan con apelaciones y autorizaciones previas
- ✓ Revisan y controlan los reclamos
- ✓ Obtienen recetas e indicaciones médicas
- ✓ Controlan los medicamentos y tratamientos médicos de alto costo
- ✓ Coordinan los servicios médicos, las recetas y los suministros de equipo médico duradero
- ✓ Controlan las admisiones como paciente hospitalizado
- ✓ Le ayudan con las necesidades después del alta
- ✓ Supervisan y colaboran con los programas asociados de administración de casos
- ✓ Coordinan la reorientación de la atención, si corresponde
- ✓ Asisten a eventos de pruebas biométricas *in situ* y participan en las actividades de divulgación y seguimiento
- ✓ Investigan y conectan a los miembros con los recursos comunitarios

EXTRA: APOYO PERSONALIZADO PARA LA SALUD MENTAL

Hoy en día, buscar ayuda para los problemas de salud mental no difiere mucho de hablar con un proveedor sobre dolencias físicas: todo forma parte de cuidarse y de cuidar la salud. En este proceso, Kairos sabe que es importante encontrar un sistema de apoyo y orientación profesional que sean adecuados para usted. La buena noticia es que su equipo de Enfermeras Asesoras está a su disposición para ayudarle a:

- Buscar proveedores de salud mental dentro de la red
- Coordinar con su Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program, EAP)
- Organizar los recursos después del alta
- ¡Y mucho más!



¿Desea hablar con una Enfermera Asesora? Llame al número que se indica a continuación o envíe un correo electrónico a nurse@kairoshealthaz.org.

UNA GUÍA HACIA EL BIENESTAR

PROGRAMAS DE BIENESTAR

Nuestros programas de bienestar —disponibles a través de KairosPro Wellness— incluyen una variedad de opciones para ayudar a promover una vida más saludable y más feliz. Aproveche estas ofertas sin costo (a menos que vea que se indica un costo).



➤ Programa de acondicionamiento físico Active&Fit

A partir de \$28 por mes, obtendrá acceso a más de 18,000 centros de acondicionamiento físico sin contratos a largo plazo. También contará con videos de entrenamiento en línea, capacitación para la vida y opciones para inscribir a su cónyuge.

➤ Centro de bienestar en línea

Nuestro centro en línea ofrece actividades de bienestar para que usted se mantenga encaminado y siga una dieta saludable, controle su peso, realice actividad física y mucho más.

➤ Real Appeal

Es un programa en línea para bajar de peso que ayuda a los empleados a realizar cambios positivos en su estilo de vida y mejorar su salud general. Con la inscripción, recibirá un kit gratuito para tener éxito.

➤ Herramienta de descuentos

A través de [EmployeeNetwork.com](https://www.EmployeeNetwork.com), puede registrarse para recibir más de 300 descuentos exclusivos, que incluyen boletos para parques temáticos, conciertos, eventos deportivos y mucho más.

(Cuando se registre, use el Código de la Compañía: Kairos Health)

¡Nuevo!

➤ Programas CARE (de ATENCIÓN)

Programa de atención de maternidad:

Este programa es para embarazadas o aquellas que están planeando quedar embarazadas. Incluye una recompensa de \$25 por completarlo!

Programa de atención de condiciones crónicas: Este programa es para aquellos que necesitan ayuda para manejar condiciones crónicas como diabetes, EPOC, asma, hipertensión, etc.

Programa de atención de condiciones complejas: Reciba ayuda con casos complejos, como trasplantes, oncología, maternidad de alto riesgo y atención neonatal.

➤ Aplicación móvil de CARE

Disfrute de soluciones de atención de la salud personalizadas e integradas a través de su dispositivo móvil.



Para inscribirse u obtener más información sobre estos programas, escanee el código o visite svc.kairoshealthaz.org.

LA PREVENCIÓN NO TIENE PRECIO

Queremos ayudarle a mantenerse saludable. Por eso, el plan de Kairos cubre los servicios de atención preventiva de forma gratuita, sin restricciones de edad, cuando usted visita a un proveedor dentro de la red.

Entre los ejemplos de beneficios preventivos, se incluyen:

- ✓ Pruebas de detección del cáncer de próstata
- ✓ Vacunas antigripales y de otro tipo
- ✓ Exámenes de audición
- ✓ Mamografías
- ✓ Colonoscopias
- ✓ Exámenes de detección del cáncer
- ✓ Anticonceptivos genéricos
- ✓ Controles de presión arterial

EVITE IR A LA SALA DE EMERGENCIAS: USE TELADOC

TELADOC

Teladoc permite a quienes estén inscritos en el plan médico usar su teléfono o computadora para realizar una visita virtual en directo—cualquier día, en cualquier momento y lugar— con un profesional médico certificado por la Junta Médica.

Los beneficios de Teladoc incluyen medicina general, salud mental y dermatología para asuntos que no sean de emergencia, como los que se indican a continuación. Durante un tiempo limitado únicamente, todas las visitas están disponibles para los afiliados sin costo adicional (a menos que nuevas normas federales nos indiquen lo contrario).

MEDICINA GENERAL	SALUD MENTAL	DERMATOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> Síntomas de resfrío y gripe Alergias y sinusitis Conjuntivitis Dolor de garganta Síntomas de gripe Medicamentos de venta con receta medicamento necesarios 	<ul style="list-style-type: none"> Estrés y ansiedad Depresión Traumas Duelo Síndrome de desgaste ocupacional Administración de los medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Eczema Psoriasis Reacciones a hiedra venenosa Sarpullidos Rosácea



¡ESPERE! ¿SE REGISTRÓ?

Debe crear una cuenta a través de Teladoc antes de poder acceder a sus beneficios. Regístrese con antelación para no tener que preocuparse cuando no se sienta bien. Para inscribirse, escanee el código QR o llame al número que se indica a continuación.

ATENCIÓN INMEDIATA A MENOR COSTO

Evite largas esperas

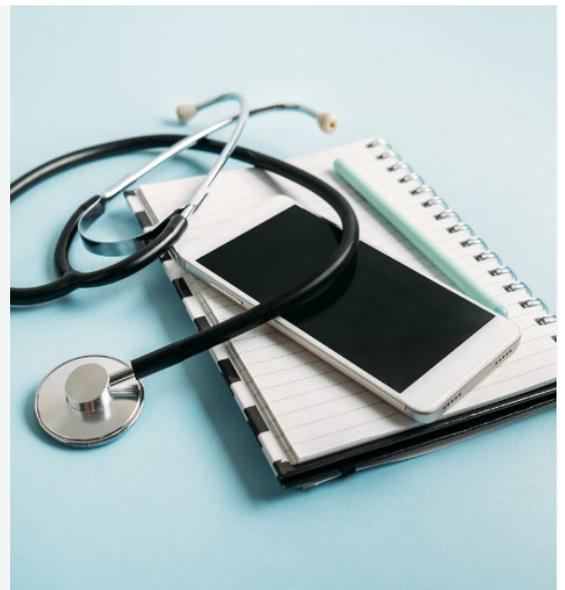
¿Sabía que el 60% de los pacientes tienen que esperar al menos 2 semanas para una visita al consultorio de su proveedor de atención primaria?

Evite altos costos

A continuación, se indica el costo promedio de los distintos tipos de visita:

- Sala de emergencias: \$2,800
- Centro de atención de urgencia: \$200
- Teladoc: \$0**

Evite las largas colas, las esperas y los gastos de la sala de emergencias. Use sus beneficios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para asuntos que no sean de emergencia.



RECURSOS PARA LA VIDA LABORAL Y PERSONAL

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP) DE COMPSYCH

A todos nos viene bien un poco de ayuda a veces. En esos momentos, usted puede hacer uso del EAP. A través del Programa de Asistencia al Empleado (EAP) de ComPsych, usted puede hablar con un asesor sumamente capacitado y compasivo que puede ayudarles a usted y a su familia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con cosas como:

Terapia Gratuita a Corto Plazo

- ✓ Estrés y ansiedad
- ✓ Problemas maritales/de pareja
- ✓ Duelo, pérdida y adaptaciones en la vida
- ✓ Abuso de sustancias
- ✓ Manejo de la depresión menor

Su beneficio incluye 6 sesiones de terapia individuales por miembro de la familia, por asunto, por año, sin costo alguno para usted (o 12 para el personal de servicios de emergencias).

Soluciones para la Vida Laboral y Personal

Obtenga la ayuda que necesite cada día con las soluciones para la vida laboral y personal. Llame al número que se indica al final de la página para recibir ayuda con temas, que incluyen:

- ✓ Buscar cuidado para los hijos, mascotas o personas de la tercera edad
- ✓ Encontrar una vivienda
- ✓ Buscar ayuda financiera
- ✓ Preparar un testamento
- ✓ Enviar a un hijo a la escuela
- ✓ Planificar un proyecto o evento importante

RECURSOS EN LÍNEA

A través del sitio de Internet de ComPsych, tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a información, herramientas y apoyo esenciales.



QUÉ ESPERAR:

- Descuentos en productos y servicios
- Videos, pódcast y artículos educativos
- Capacitaciones a pedido
- Obtenga respuestas personalizadas a sus preguntas con "Ask the Expert" (Pregúntele al Experto)

CÓMO ACCEDER:

1. Visite guidanceresources.com
2. Haga clic en "Register" (Registrarse)
3. Ingrese la Id. de Internet: **KAIROSEAP**
4. Termine de registrarse

¡HABLEMOS DE LOS PLANES!

¡Soluciones
de
beneficios
para
todos!



PLAN PPO DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED ⁴	FUERA DE LA RED ⁴
	DEDUCIBLE ¹	\$2,000/empleado \$4,000/empleado + 1 o más
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL ²	\$4,000/empleado \$8,000/empleado + 1 o más	\$8,000/empleado \$16,000/empleado + 1 o más
VISITAS AL CONSULTORIO	Copago de \$25 por visita al médico de atención primaria Copago de \$50 por visita al especialista	Deducible, después el 50%
ATENCIÓN DE URGENCIA	Copago de \$50	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Tarifa de acceso de \$500; después el 20%	Tarifa de acceso de \$500; después el 20%
SERVICIOS DE BIENESTAR (ADULTO/NIÑO)	\$0	Deducible, después el 50%
TELESALUD (TELADOC) ³	\$0	No disponible
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
VISITA DE ATENCIÓN CONDUCTUAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS	Copago por atención primaria o el 20%	Deducible, después el 50%
CENTROS DE EXCELENCIA BENEFICIO DE CIRUGÍA VOLUNTARIA Y ATENCIÓN DEL CÁNCER	Sin deducible, \$0	No disponible

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Primero, usted debe alcanzar su deducible de medicamentos de venta con receta: \$100 por empleado/\$300 por familia

FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (suministro de 30 días)

- Genéricos: \$10
- Preferidos: \$70
- No preferidos: \$150
- Especializados: 50% (máximo de \$180)

PEDIDO POR CORREO (suministro de 90 días)

- Genéricos: \$25
- Preferidos: \$175
- No preferidos: \$375

¹ Este plan tiene un deducible individual y un límite de desembolso personal integrados. Esto significa que, aunque se apliquen un deducible y un límite de desembolso personal a toda la familia, ninguna persona será responsable de pagar más que su deducible individual antes de que el plan pague beneficios para esa persona, y ninguna persona será responsable de pagar más que su límite de desembolso personal individual. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario.

² El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

³ Los servicios de Teladoc están cubiertos al 100%, sujetos al vencimiento de la Ley CARES. Una vez que la Ley CARES venza, los servicios volverán a la estructura de costos previa a la Ley, con los copagos/deducibles correspondientes cuando se indique.

⁴ Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

Nota: La información proporcionada anteriormente puede estar sujeta a cambios en cualquier momento.

HDHP LOW (HDHP BAJO)

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS

	DENTRO DE LA RED ⁴	FUERA DE LA RED ⁴
DEDUCIBLE ¹	\$3,000/empleado \$6,000/empleado + 1 o más	\$6,000/empleado \$12,000/empleado + 1 o más
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL ²	\$4,750/empleado \$9,500/empleado + 1 o más	\$9,500/empleado \$19,000/empleado + 1 o más
VISITAS AL CONSULTORIO	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
ATENCIÓN DE URGENCIA	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 20%
SERVICIOS DE BIENESTAR (ADULTO/NIÑO)	\$0	Deducible, después el 50%
TELESALUD (TELADOC) ³	\$0	No disponible
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
VISITA DE ATENCIÓN CONDUCTUAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
CENTROS DE EXCELENCIA BENEFICIO DE CIRUGÍA VOLUNTARIA Y ATENCIÓN DEL CÁNCER	Deducible, después el 0%	No disponible

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Primero, usted debe alcanzar su deducible médico anual, excepto por medicamentos preventivos⁵

FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (suministro de 30 días)

- Genéricos: \$10
- Preferidos: \$70
- No preferidos: \$150
- Especializados: 50% (máximo de \$180)

PEDIDO POR CORREO (suministro de 90 días)

- Genéricos: \$25
- Preferidos: \$175
- No preferidos: \$375

¹ Este plan tiene un deducible individual y un límite de desembolso personal integrados. Esto significa que, aunque se apliquen un deducible y un límite de desembolso personal a toda la familia, ninguna persona será responsable de pagar más que su deducible individual antes de que el plan pague beneficios para esa persona, y ninguna persona será responsable de pagar más que su límite de desembolso personal individual. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario.

² El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

³ Los servicios de Teladoc están cubiertos al 100%, sujetos al vencimiento de la Ley CARES. Una vez que la Ley CARES venza, los servicios volverán a la estructura de costos previa a la Ley, con los copagos/deducibles correspondientes cuando se indique.

⁴ Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

⁵ Usted debe alcanzar el deducible anual del plan médico antes de que el plan pague un beneficio de medicamentos de venta con receta, con la excepción de ciertos medicamentos preventivos no sujetos al deducible. Para obtener una lista detallada de medicamentos que están exentos de esta regla conforme a los planes HDHP, visite MaxorPlus.com.

Nota: La información proporcionada anteriormente puede estar sujeta a cambios en cualquier momento.

HDHP HIGH (HDHP ALTO)

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS

	DENTRO DE LA RED ⁴	FUERA DE LA RED ⁴
DEDUCIBLE ¹	\$5,000/empleado \$10,000/empleado + 1 o más	\$10,000/empleado \$20,000/empleado + 1 o más
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL ²	\$6,450/empleado \$12,900/empleado + 1 o más	Coaseguro del 50% sin máximo
VISITAS AL CONSULTORIO	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
ATENCIÓN DE URGENCIA	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 20%
SERVICIOS DE BIENESTAR (ADULTO/NIÑO)	\$0	Deducible, después el 50%
TELESALUD (TELADOC) ³	\$0	No disponible
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
VISITA DE ATENCIÓN CONDUCTUAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
CENTROS DE EXCELENCIA BENEFICIO DE CIRUGÍA VOLUNTARIA Y ATENCIÓN DEL CÁNCER	Deducible, después el 0%	No disponible

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Primero, usted debe alcanzar su deducible médico anual, excepto por medicamentos preventivos⁵

FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (suministro de 30 días)

- Genéricos: \$10
- Preferidos: \$70
- No preferidos: \$150
- Especializados: 50% (máximo de \$180)

PEDIDO POR CORREO (suministro de 90 días)

- Genéricos: \$25
- Preferidos: \$175
- No preferidos: \$375

¹ Este plan tiene un deducible individual y un límite de desembolso personal integrados. Esto significa que, aunque se apliquen un deducible y un límite de desembolso personal a toda la familia, ninguna persona será responsable de pagar más que su deducible individual antes de que el plan pague beneficios para esa persona, y ninguna persona será responsable de pagar más que su límite de desembolso personal individual. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario.

² El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

³ Los servicios de Teladoc están cubiertos al 100%, sujetos al vencimiento de la Ley CARES. Una vez que la Ley CARES venza, los servicios volverán a la estructura de costos previa a la Ley, con los copagos/deducibles correspondientes cuando se indique.

⁴ Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

⁵ Usted debe alcanzar el deducible anual del plan médico antes de que el plan pague un beneficio de medicamentos de venta con receta, con la excepción de ciertos medicamentos preventivos no sujetos al deducible. Para obtener una lista detallada de medicamentos que están exentos de esta regla conforme a los planes HDHP, visite MaxorPlus.com.

Nota: La información proporcionada anteriormente puede estar sujeta a cambios en cualquier momento.

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Si se inscribe en un plan de salud con deducible alto (HDHP), es elegible para abrir una cuenta de ahorros para la salud con HealthEquity. Una HSA es una cuenta de ahorros personal que le permite reservar dinero antes de impuestos de su sueldo para usarlo en gastos médicos calificados. Algunos ejemplos de gastos calificados incluyen los deducibles y los copagos, las visitas al consultorio, los medicamentos de venta con receta, las vacunas y los exámenes, ¡y mucho más! Para obtener una lista completa, visite learn2.healthequity.com/kairos/qme.

Una vez que reciba su tarjeta de débito de HealthEquity, usted podrá usar su cuenta. Las nuevas tarjetas se emiten solamente para los que se inscriben por primera vez (o si vence una tarjeta existente). Dado que es su cuenta personal, comuníquese con HealthEquity si necesita una tarjeta de débito de reemplazo.

Para ver la contribución anual de CUSD, vaya a la página 33.

Ventajas de la HSA



Beneficio Triple en Impuestos

Las contribuciones son deducibles de impuestos, los fondos se incrementan sin responsabilidad impositiva y el dinero que se usa para gastos de salud no está gravado cuando se extrae.



Suyo para Siempre

El dinero de su HSA se transfiere cada año y es suyo, incluso si deja la empresa para la cual trabaja.



Incremente y Ahorre

Usted puede invertir los fondos y sus ganancias se incrementan exentas de impuestos. Después de los 65 años, usted puede usar la HSA como una cuenta tradicional para la jubilación.

USTED ES ELEGIBLE PARA UNA HSA SI:

- Está inscrito en un plan de salud con deducible alto calificado.
- No está inscrito en Medicare ni en otro plan de atención de la salud no calificado.
- No está cubierto al mismo tiempo por un plan de la empresa para la cual trabaja su cónyuge que no sea un HDHP.
- No puede figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

¿CUÁNTO PUEDE CONTRIBUIR?

NIVEL	CANTIDAD MÁXIMA
INDIVIDUAL	\$4,150
FAMILIAR	\$8,300
MAYORES DE 55 AÑOS	\$1,000 adicionales



Aprenda a sacar el máximo provecho de su HSA



Usted puede contribuir la cantidad máxima estipulada por año calendario o desde el 1 de enero al 31 de diciembre. Esto es un poco diferente al año del plan, que se extiende de julio a junio. Usted es responsable de verificar la elegibilidad y de calcular sus contribuciones (incluida cualquier contribución de la empresa) para que no excedan la cantidad máxima anual.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Reserve dinero antes de impuestos para los gastos elegibles de atención de la salud y del cuidado de dependientes en una cuenta de gastos flexibles (flexible spending account, FSA) administrada por HealthEquity. Estas cuentas también se conocen como cuentas dirigidas por el consumidor (consumer-driven accounts, CDA). Usted decide cuánto quiere contribuir en cuotas iguales a lo largo del año.

	FSA PARA REEMBOLSOS MÉDICOS*	FSA PARA FINES LIMITADOS*	FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES*
¿CUÁLES SON LOS LÍMITES ANUALES DE CONTRIBUCIÓN?	Hasta \$3,200 (según la opción del plan de la empresa)	Hasta \$3,200 (según la opción del plan de la empresa)	Hasta \$5,000 (el estado civil para efectos de la declaración fiscal y la participación en otros planes pueden afectar los límites de contribución)
¿PARA QUÉ SE PUEDE USAR UNA FSA?	Gastos médicos, dentales y de la vista elegibles que no estén ya cubiertos o deducidos de sus impuestos sobre los ingresos	Gastos dentales y de la vista elegibles que no estén ya cubiertos o deducidos de sus impuestos sobre los ingresos	Gastos elegibles del cuidado de los hijos
¿CÓMO SE HACEN LOS REEMBOLSOS?	El formulario de reclamo se envía por correo, por fax o a través del portal para empleados	El formulario de reclamo se envía por correo, por fax o a través del portal para empleados	El formulario de reclamo se envía por correo, por fax o a través del portal para empleados

* Tenga en cuenta que quizás no todas las FSA estén disponibles, según lo que ofrezca la empresa. Comuníquese con la empresa si tiene alguna pregunta.

NOTA: Si está inscrito en un HDHP con una HSA, solamente puede contribuir a una FSA para fines limitados, que se usa para gastos dentales y de la vista elegibles.

¿DEBO SABER ALGO MÁS SOBRE LAS FSA?

Lo Usa o lo Pierde: Todo el dinero reservado en la FSA se debe usar para pagar gastos elegibles durante el año del plan. Los reclamos para obtener un reembolso se pueden presentar hasta 90 días después de que finalice el año del plan, el 30 de junio. Después de eso, usted perderá los fondos.

Planifique Detenidamente: Su elección se mantiene en vigencia durante todo el año del plan (del 1 de julio al 30 de junio). Una vez que haga su elección, solamente podrá cambiar la cantidad de su contribución si tiene un cambio de situación que califique (consulte la página 4 para obtener información sobre los cambios de situación).

Asegúrese de Cumplir: El IRS define claramente los gastos elegibles, y solamente aquellos que cumplen con el Código de Impuestos Internos son elegibles para reembolso. En todos los casos, se debe conservar la documentación detallada de las transacciones.

Cómo funciona su FSA

1

VISITE A UN PROVEEDOR

Visite a su proveedor médico/dental/de la vista/de medicamentos de venta con receta y proporcionele la información sobre su seguro.

2

EL PROVEEDOR FACTURA

Su proveedor enviará el reclamo a su seguro o puede facturarle a usted directamente.

3

PÁGUELE A SU PROVEEDOR

Use su Tarjeta Visa para la Atención de la Salud de HealthEquity para pagarle a su proveedor o pague en línea a través del portal para miembros de HealthEquity.

SEGURO DE DELTA DENTAL

El plan dental de Kairos a través de Delta Dental permite que usted y sus dependientes elegibles visiten a cualquier dentista o especialista sin una referencia. El plan también viaja con usted a cualquier lugar del país.

Delta Dental emite tarjetas de identificación para los nuevos afiliados. Si alguna vez necesita un reemplazo, comuníquese con Kairos o Delta Dental.

Si bien tanto los dentistas de PPO como los de Premier están dentro de la red, usted ahorrará más dinero si usa un dentista de PPO. Los costos de desembolso personal aumentan si usted se atiende fuera de la red.

NUEVO: Delta Dental ahora ofrece cobertura para compuestos de resina en dientes posteriores y un beneficio de bienestar para una tercera limpieza para aquellos con una condición médica que califique (p. ej., diabetes, cáncer, enfermedad periodontal, enfermedades cardíacas, etc.). Para iniciar su tercera limpieza, comuníquese con Delta Dental al número que se indica a continuación.

PLAN SELECT DESCRIPCIÓN GENERAL

	DENTISTA DE PPO Y DE PREMIER	DENTISTA FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL ¹	\$50/persona \$150/familia	\$50/persona \$150/familia
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL ¹	\$1,500/persona	\$1,500/persona
SERVICIOS PREVENTIVOS (DOS VECES AL AÑO) ² Exámenes, fluoruro y limpiezas Radiografías Selladores: Para niños de hasta 18 años Mantenedores de espacio Mantenimiento periodontal	Sin deducible, \$0	Sin deducible, \$0
SERVICIOS BÁSICOS Empastes Tratamiento paliativo de emergencia Endodoncia: Tratamiento de conducto Periodoncia: Tratamiento para la enfermedad de las encías Cirugía oral: Extracciones quirúrgicas y simples	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 20%
SERVICIOS MAYORES ³ Reparación de corona Prostodoncia: Puentes, implantes, dentaduras postizas Reparación de dentaduras y puentes	Deducible, después el 50%	Deducible, después el 50%
ORTODONCIA PARA NIÑOS ⁴ Frenos: Para niños de 8 a 19 años. (Las bandas se les deben colocar antes de los 17 años) Máximo de por vida	Deducible, después el 50% \$1,500	Deducible, después el 50% \$1,500

¹ Su beneficio máximo anual es una combinación de servicios dentro y fuera de la red.

² Los servicios preventivos se pagan con el beneficio máximo anual.

³ Los servicios mayores tienen un período de espera de cinco años.

⁴ La ortodoncia tiene un máximo anual aparte.

SEGURO DE TDA DENTAL

Total Dental Administrators (TDA) brinda una atención dental integral con un plan de honorarios predeterminados. No hay deducibles, formularios de reclamo ni máximos de beneficios anuales ni de por vida. Los servicios están cubiertos solamente en el estado de Arizona.

NUEVO: Este año, se enviarán nuevas tarjetas de identificación de TDA a todos. ¡Asegúrese de que su dirección registrada sea correcta y esté atento a sus nuevas tarjetas!

PLAN DHMO DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS	COPAGO DENTRO DE LA RED
SERVICIOS PREVENTIVOS/DE DIAGNÓSTICO	
Examen inicial	\$0
Limpieza para adultos	\$0
Visitas al consultorio	\$0
SERVICIOS DE RESTAURACIÓN	
Amalgama (una superficie)	\$13
Amalgama (dos superficies)	\$24
Resina (una superficie)	\$29
Resina (dos superficies)	\$40
CORONA Y PUENTE	
Porcelana para la corona	\$495*
Relleno de la corona	\$80
ENDODONCIA	
Tratamiento de conducto (diente anterior)	\$195
Tratamiento de conducto (molar)	\$399
CIRUGÍA ORAL	
Extracción simple	\$40
Impactación en tejido blando	\$90
PRÓTESIS	
Dentadura completa	\$615*
Dentadura parcial	\$550*
PERIODONCIA	
Cirugía ósea/cuadrante	\$390

* El copago incluye los honorarios del laboratorio. Estos pueden variar; consulte a su proveedor para obtener más detalles. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte el resumen del plan.

CÓMO SE USA SU PLAN

PASO 1: Acceda al sitio de Internet de TDA antes de hacer una cita. Seleccione el consultorio dental general para usted y sus dependientes.

PASO 2: Seleccione la red del plan dental de una Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (Dental Health Maintenance Organization, DHMO) e ingrese sus criterios de búsqueda.

PASO 3: Anote el código del proveedor que aparece a la derecha del consultorio dental. Usará este código para identificar su selección cuando se inscriba en los beneficios o cuando llame a Servicio al Cliente.

Comuníquese con el Servicio al Cliente de TDA al número que se indica a continuación si necesita cambiar su proveedor a mediados de año.

SEGURO DE LA VISTA DE VSP

Usar su beneficio de VSP Choice es fácil. Simplemente cree una cuenta en ES.VSP.com. Una vez que su cuenta esté activada, podrá revisar la información sobre su beneficio y buscar un oculista que sea adecuado para usted.

NO SE NECESITA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN. En su cita, dígame al personal del consultorio que usted tiene VSP. Es posible que le pidan más información personal para verificar su cobertura. Después de eso, ya está todo listo. Además, usted puede imprimir una tarjeta de identificación desde su cuenta en línea de VSP para tenerla como referencia.

PLAN CHOICE DESCRIPCIÓN GENERAL	DENTRO DE LA RED COPAGO	FRECUENCIA
WELLVISION EXAM	\$10	Cada 12 meses
CUIDADO MÉDICO ESENCIAL DE LA VISTA Estudio por imágenes de la retina para miembros diabéticos Exámenes adicionales para tratar desde conjuntivitis hasta cambios repentinos de visión	\$20/examen	Según sea necesario
ANTEOJOS RECETADOS	\$25	Consulte las secciones Marcos y Lentes
MARCOS Asignación de \$200 para marcos de marcas renombradas Asignación de \$180 para marcos 20% de ahorro en las cantidades que excedan su asignación Asignación de \$100 para marcos de Walmart/Sam's Club	Incluidos en el copago de los anteojos recetados	Cada 12 meses
LENTE Lentes monofocales, bifocales con línea divisoria y trifocales con línea divisoria Lentes resistentes a los impactos para niños	Incluidos en el copago de los anteojos recetados	Cada 12 meses
OPCIONES PARA LENTES Lentes progresivos estándar Protección UV Lentes progresivos de lujo Lentes progresivos personalizados	\$0 \$0 \$95-\$105 \$150-\$175	Cada 12 meses
LENTE DE CONTACTO (EN LUGAR DE ANTEOJOS) Asignación de \$150; no se aplica el copago Examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación)	Hasta \$60	Cada 12 meses

DESCUENTOS EXCLUSIVOS PARA MIEMBROS

Eyeconic: Ahorre hasta \$220 en anteojos recetados, anteojos de sol y lentes de contacto con la tienda en línea de artículos para la vista de VSP. Navegue por la tienda aquí, eyeconic.com.

Extras para los Miembros: ¿Quiere acceder a más de \$3,000 en ahorros? ¡Visite vsp.com/offers para obtener ofertas con descuento en LASIK, lentes de contacto, aparatos auditivos y mucho más!

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)

La empresa para la cual trabaja les ofrece a los empleados elegibles un seguro básico de vida y por muerte y desmembramiento accidental por una cantidad de \$50,000. Este beneficio no tiene costo para usted y la inscripción es automática. Los administradores reciben \$200,000 de seguro básico de vida y por AD&D.

Cuando usted cumpla 65 años, la cantidad original se reducirá un 35%, a \$32,500 y, cuando cumpla 70 años, se reducirá nuevamente un 50%, a \$25,000.

Debe designar a un beneficiario mayor de 18 años para el beneficio del seguro básico de vida. Para actualizar la información de sus beneficiarios, inicie sesión en Employee Online iVisions, seleccione “Benefits” (Beneficios) y, a continuación, seleccione “HR employee beneficiaries” (Beneficiarios de los empleados de Recursos Humanos).

SEGURO SUPLEMENTARIO DE VIDA Y POR AD&D

Si usted es elegible, tiene la oportunidad de contratar un seguro de vida adicional para usted, su cónyuge elegible y sus hijos dependientes. Debe elegir el seguro suplementario de vida para usted para poder elegirlo para su cónyuge. Usted es responsable de pagar el costo de este beneficio según lo indicado en el resumen del plan. A diferencia del seguro básico de vida, la cantidad de su seguro suplementario de vida no se reducirá con la edad. Sin embargo, lo que usted paga en concepto de primas aumentará a medida que envejezca.

	USTED	SU CÓNYUGE	SUS HIJOS
CANTIDADES DISPONIBLES	\$10,000-\$500,000 en incrementos de \$10,000 No puede exceder 5 veces su salario anual	\$10,000-\$250,000 en incrementos de \$10,000 No puede exceder la cantidad combinada de sus beneficios básicos y suplementarios de vida	Hasta 15 días: \$1,000 De 15 días a 26 años: \$2,000-\$10,000 en incrementos de \$2,000
CANTIDAD DE EMISIÓN GARANTIZADA	\$150,000	\$100,000	\$10,000

DECLARACIÓN DEL PROCESO DE SALUD

Es posible que usted tenga que llenar un formulario de declaración de salud (statement of health, SOH) para que se apruebe su seguro suplementario de vida. A continuación, se indican las personas que deben llenar un formulario.

Si se inscribe durante las inscripciones abiertas anuales y:

- Elige el seguro suplementario de vida por primera vez
- Aumenta la cantidad del seguro suplementario de vida

Si se inscribe como una nueva contratación y:

- Elige una cantidad mayor a la cantidad de emisión garantizada de arriba

Si no llena el formulario de declaración de salud, no se aprobará la cantidad solicitada.

Si se necesita un formulario de declaración de salud, comuníquese con la empresa para la cual trabaja o con Kairos al número que se indica a continuación. Deberá asegurarse de tener los números de grupo correspondientes cuando envíe el formulario para su aprobación.



SEGURO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Los empleados elegibles pueden elegir contratar una cobertura por discapacidad a corto plazo voluntaria a través de MetLife. Este beneficio sustituye una parte de su remuneración previa a la discapacidad, menos los ingresos que se le pagaban realmente por la misma discapacidad de otras fuentes (p. ej., beneficios del Seguro Social). El seguro por discapacidad ayuda a proteger los ingresos de los empleados que tienen problemas de salud imprevistos, los gastos asociados y el posible tiempo sin trabajar debido a una lesión o enfermedad no laboral.

El plan proporciona beneficios semanales por una cantidad del 40%, el 50% o que no exceda el 66 2/3% de su salario hasta un beneficio máximo semanal de \$1,500.

Los beneficios comienzan después del período de eliminación de 7 días del plan y se pagan durante un período máximo de 25 semanas consecutivas de discapacidad. Este plan incluye la maternidad como parte de la cobertura y suele pagar seis semanas de beneficios por un embarazo normal.

LIMITACIONES DE CONDICIONES PREEXISTENTES

La póliza no cubre una enfermedad o lesión accidental que haya surgido en los tres meses anteriores a la fecha de vigencia de su plan al inscribirse por primera vez. Además, para ser elegible para la cobertura durante el embarazo, usted debe quedar embarazada a partir de la fecha de vigencia del beneficio (p. ej., en julio 1 si se inscribe durante las inscripciones abiertas).

¡IMPORTANTE!

Solamente puede inscribirse en esta cobertura durante las inscripciones abiertas o en caso de una nueva contratación.

No puede dejar la cobertura hasta el siguiente período de inscripciones abiertas.



INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA (beneficio del lugar de trabajo)

El plan de indemnización hospitalaria de Chandler, a través de MetLife, ofrece un beneficio en efectivo si usted necesita hospitalización y es admitido en el hospital. La póliza proporciona un beneficio en efectivo por cada internación en el hospital, y beneficios en efectivo por cada día de hospitalización. No hay exclusiones por embarazo ni por condiciones preexistentes.

BENEFICIOS CUBIERTOS	LÍMITES	SITUACIÓN	CANTIDAD
BENEFICIO DE ADMISIÓN	1 vez por año	Admisión	\$500
		Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) Admisión Suplementaria	\$500
BENEFICIO DE INTERNACIÓN	15 días por año	Internación	\$200
		Internación Suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos	\$200
BENEFICIO DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	15 días por año	Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	\$200
BENEFICIO DE EXÁMENES DE SALUD	1 vez por año, por persona	Examen de Salud	\$50

BENEFICIOS DE EXÁMENES DE SALUD DISPONIBLES

1. Llame a MetLife al 877.638.7868.
2. Proporcione algunos detalles, por ejemplo: la información de contacto de su médico; la prueba de detección/el examen y la fecha en que se realizó; y la dirección del lugar donde se realizó la prueba de detección/el examen.
3. Reciba sus \$50 gratis.

CÓMO FUNCIONA

De camino al trabajo, el coche de Bill es atropellado por un gran camión en la autopista. Bill es llevado inmediatamente a la sala de emergencias de un hospital local. Después de que el médico tratante realiza una evaluación, Bill es admitido en la Unidad de Cuidados Intensivos (Intensive Care Unit, ICU) para observar de cerca el traumatismo de cráneo y la fractura de un disco en el cuello. Luego de estar dos días en la Unidad de Cuidados Intensivos, es trasladado a una habitación estándar y se queda allí durante cinco días más. A continuación, Bill es trasladado a un centro de rehabilitación para recibir atención como paciente hospitalizado. Su estadía allí es de siete días. Bill recibiría un pago único por un total de \$4,200.

EVENTO CUBIERTO	CANTIDAD DEL BENEFICIO
Admisión en el hospital	\$500
Admisión suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos	\$500
Internación durante 2 días en la Unidad de Cuidados Intensivos	\$800 (\$400 por día)
Internación durante 5 días en el hospital	\$1,000 (\$200 por día)
Unidad de rehabilitación para pacientes hospitalizados durante 7 días	\$1,400 (\$200 por día)
	\$4,200 en Total

COBERTURA LEGAL PREPAGADA

Nuestros planes legales a través de MetLife brindan acceso a una red nacional de más de 17,000 abogados para ayudarlo a resolver las cuestiones importantes de la vida. A través del programa, usted puede realizar consultas con abogados por teléfono y en el despacho sobre una amplia variedad de asuntos legales.

VENTAJAS LEGALES PREPAGADAS

- ✓ Asesoramiento telefónico y consulta en el despacho sobre una cantidad ilimitada de asuntos legales (se pueden aplicar exclusiones)
- ✓ Acceso a abogados en persona o por teléfono, por correo electrónico o a través de la aplicación móvil
- ✓ Garantía de devolución de dinero
- ✓ Sin deducibles ni copagos
- ✓ Sin formularios de reclamo
- ✓ Sin límites de uso

Elija un plan que se adapte a sus necesidades.

	LOW PLAN (PLAN BAJO)	HIGH PLAN (PLAN ALTO) (ADEMÁS DE LOS BENEFICIOS DEL LOW PLAN)
EL DINERO IMPORTA	<ul style="list-style-type: none"> • Defensa en caso de cobranza de deudas • Defensa frente al robo de identidad • Negociaciones con acreedores • Pagarés • Defensa en caso de problemas de recaudación fiscal 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de LifeStages de recuperación de la identidad • Quiebra personal • Representación en auditorías de impuestos
VIVIENDA Y BIENES RAÍCES	<ul style="list-style-type: none"> • Escrituras • Defensa en caso de desalojo • Ejecución hipotecaria • Hipotecas • Asistencia con el depósito de seguridad • Negociaciones con inquilinos 	<ul style="list-style-type: none"> • Disputas sobre límites territoriales y títulos de propiedad • Evaluaciones del impuesto sobre bienes inmuebles • Refinanciación y segunda hipoteca • Compra o venta de viviendas • Solicitudes de zonificación
PLANIFICACIÓN DEL PATRIMONIO	<ul style="list-style-type: none"> • Anexos • Testamentos complejos • Apoderados para la atención de la salud • Testamentos vitales • Poderes legales (financieros, para atención de la salud, para el cuidado de los hijos, para inmigración) • Testamentos simples 	<ul style="list-style-type: none"> • Fideicomisos revocables e irrevocables
ASUNTOS FAMILIARES Y PERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Declaraciones juradas • Curatela • Cartas de requerimiento • Defensa en caso de embargo del salario • Tutela • Cambio de nombre • Problemas con bienes muebles • Protección frente a la violencia doméstica • Revisión de CUALQUIER documento legal personal • Audiencias escolares 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción • Asistencia para la inmigración • Defensa en tribunales juveniles, incluidos asuntos penales • Asuntos de patria potestad • Acuerdo prenupcial

Exclusiones: Casos por conducir bajo los efectos (driving under the influence, DUI) de sustancias, divorcio, delitos graves, asuntos laborales, asuntos legales preexistentes.
 Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte el documento del plan.

Si tiene preguntas, comuníquese con MetLife al 800.821.6400 o visite [legalplans.com](https://www.legalplans.com).

SEGURO PARA MASCOTAS

Consiga la mejor cobertura de salud para su perro o gato a través de su paquete de beneficios voluntarios. Con dos planes económicos y una opción de beneficios de bienestar de \$500, nunca ha habido un mejor momento para inscribirse en My Pet Protection®, disponible únicamente a través del programa de beneficios de su lugar de trabajo.

- OBTENGA REEMBOLSOS EN EFECTIVO DE LAS FACTURAS VETERINARIAS**
Elija su nivel de reembolso del 50% o del 70%.
- EXCLUSIVA PARA USTED**
Esta oferta es exclusiva para los miembros de Kairos.
- FÁCIL DE USAR**
Los planes básicos tienen un deducible anual de \$250 y beneficios anuales de \$7,500.
- VAYA A CUALQUIER VETERINARIO, EN CUALQUIER LUGAR**
Sin redes ni aprobaciones previas.

Cuando esté listo para inscribirse, hágalo en petinsurance.com/kairoshealthaz.

EXTRA: Hay planes disponibles para aves, reptiles y mascotas exóticas. Para obtener más información o inscribirse, llame a Nationwide al número que se indica a continuación.

IMPORTANTE:

**Este beneficio no se deduce de su sueldo.
Usted será responsable de pagar la prima mensual directamente a Nationwide.**



CÓMO REALIZAR SUS INSCRIPCIONES ABIERTAS

Recomendamos a todos los empleados que asuman un papel activo en el proceso de inscripción inicial en los beneficios, en el seguimiento de cualquier cambio de estado durante el año y en la renovación de los beneficios.

INSCRIPCIONES ABIERTAS

Sus elecciones de beneficios actuales terminan el 30 de junio de 2024. Durante el período de inscripciones abiertas de 2024-2025, usted debe renovar sus elecciones actuales o hacer cualquier cambio antes del 30 de abril de 2024. Si se le pasa este plazo, NO tendrá la oportunidad de cambiar la cobertura hasta el período de inscripciones abiertas del próximo año, a menos que tenga un cambio de estado de vida que califique. (Consulte la pág. 4 para ver ejemplos).

NUEVA CONTRATACIÓN

Usted debe seleccionar o rechazar los beneficios dentro de 10 días calendario a partir de su fecha de contratación. Si se le pasa este plazo, NO tendrá la oportunidad de seleccionar la cobertura hasta el próximo período de inscripciones abiertas.

EVENTO DE VIDA

Si tiene un cambio de estado de vida que califique, debe presentar toda la documentación necesaria dentro de los 31 días a partir de la fecha de elegibilidad para los beneficios. Si se le pasa este plazo de 31 días, no tendrá la oportunidad de hacer cambios en la cobertura ni los beneficios hasta el período de inscripciones abiertas del próximo año.

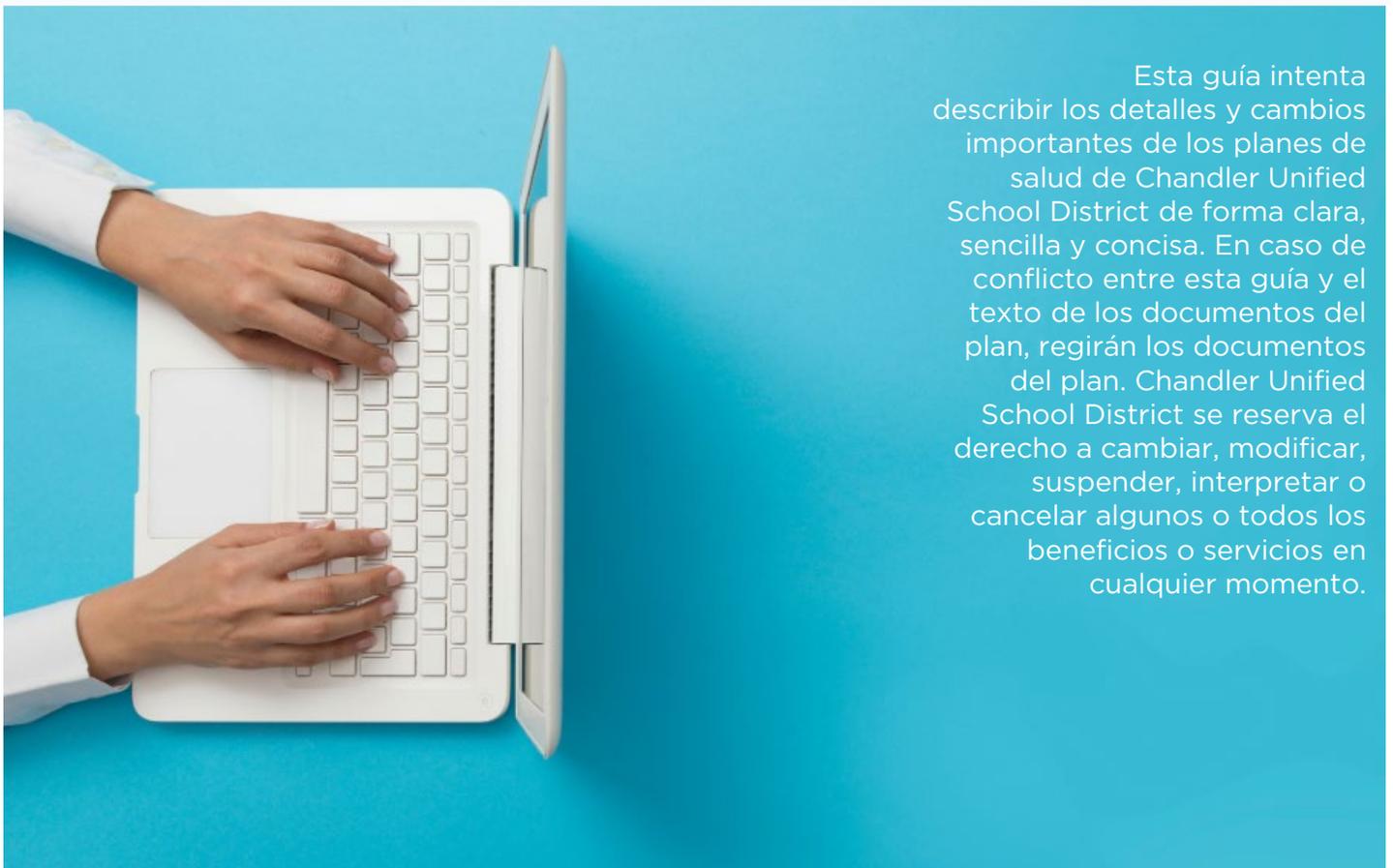
DURANTE LAS INSCRIPCIONES ABIERTAS, TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA SE DEBE LLENAR ANTES DEL 30 DE ABRIL DE 2024

**ABRIL
30**

Nota: Si usted tiene cobertura en cualquier otro lugar o a través de su cónyuge, el plan de la empresa para la cual usted trabaja se convertirá en su cobertura primaria.



ESTA GUÍA SOLAMENTE PRETENDE SER UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SU PLAN



Esta guía intenta describir los detalles y cambios importantes de los planes de salud de Chandler Unified School District de forma clara, sencilla y concisa. En caso de conflicto entre esta guía y el texto de los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Chandler Unified School District se reserva el derecho a cambiar, modificar, suspender, interpretar o cancelar algunos o todos los beneficios o servicios en cualquier momento.

CAMBIOS A MEDIADOS DE AÑO EN SUS ELECCIONES DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

IMPORTANTE: Después de que finalice este período de inscripciones abiertas, por lo general, no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios ni agregar/eliminar dependientes hasta las inscripciones abiertas del próximo año, a menos que usted tenga un evento de inscripción especial o un evento de cambio de estado a mediados de año según se indica a continuación:

Evento de inscripción especial: Si usted rechaza su inscripción o la de sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de un seguro de salud o de un plan de salud de grupo, es posible que usted pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la empresa para la cual trabaja deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después de que termine su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, quizás pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después del matrimonio, del nacimiento, de la adopción o de la puesta en adopción.

Usted y sus dependientes también pueden inscribirse en este plan si usted (o sus dependientes):

- tiene un cambio en la cantidad o el estado de los dependientes (por ejemplo, nacimiento, adopción, fallecimiento);
- tiene un cambio en la situación laboral, el horario de trabajo o la residencia del empleado/cónyuge/dependiente que afecte la elegibilidad para los beneficios;
- tiene una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (Qualified Medical Child Support Order, QMSCO);
- tiene un cambio en el derecho a Medicare o Medicaid, o pierde la elegibilidad para estos;
- tiene ciertos cambios en el costo de la cobertura, la composición de esta o la reducción de la cobertura del plan del empleado o del cónyuge; y
- tiene(n) cobertura a través de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (State Children's Health Insurance Program, S-CHIP) y usted (o sus dependientes) pierde(n) la elegibilidad para esa cobertura. Sin embargo,

debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que finalice la cobertura de Medicaid o del S-CHIP.

- comienza a ser elegible para un programa de asistencia con las primas a través de Medicaid o del S-CHIP. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que se determine que usted es (o sus dependientes son) elegible(s) para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, comuníquese con Chandler Unified School District al 480.812.7036.

Evento de cambio de estado a mediados de año: Debido a que Chandler Unified School District paga los beneficios antes de impuestos, estamos obligados a seguir las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS) con respecto a si se pueden cambiar los beneficios a mediados del año de un plan y cuándo. Los siguientes eventos pueden permitir ciertos cambios en los beneficios a mediados de año, si lo permite el IRS y el respectivo plan Section 125 Plan de la empresa para la cual trabaja, que es la autoridad definitiva:

- cambio en el estado civil legal (por ejemplo, matrimonio, divorcio/separación legal, fallecimiento);
- cambio en la cobertura del plan del empleado o del cónyuge; y
- cambios según los derechos de inscripción especial y las licencias de la Ley de Licencia Médica y Familiar (Family and Medical Leave Act, FMLA).

Usted debe notificar al plan por escrito dentro de los 31 días a partir del cambio de estado a mediados de año. Para ello, comuníquese con Chandler Unified School District. El plan determinará si su solicitud de cambio está permitida y, si es así, los cambios entrarán en vigencia prospectivamente el primer día del mes siguiente al evento de cambio de estado aprobado (excepto en el caso de los niños recién nacidos y adoptados, que están cubiertos retroactivamente a la fecha de nacimiento, adopción o puesta en adopción).

Perder la cobertura médica a través del Mercado no se considera un evento de vida que califica para Chandler Unified School District, y no se le permitirá inscribirse en el plan a mediados de año. Sin embargo, usted puede dejar su cobertura médica de Chandler Unified School District para inscribirse en un plan del Mercado a mediados de año. Deberá proporcionar un comprobante de cobertura dentro de los 31 días a partir de su inscripción.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (WHCRA) DE 1998

Usted o sus dependientes pueden tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente para todo lo siguiente:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;

- prótesis; y
- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Se aplican los límites del plan, los deducibles, los copagos y los coaseguros a estos beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con Kairos al 888.331.0222 o con su Departamento de Beneficios al 480.812.7036.

RECORDATORIO SOBRE EL AVISO DE PRIVACIDAD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 exige que los planes de salud cumplan con reglas de privacidad. El objetivo de estas reglas es proteger su información de salud personal para que no sea usada ni divulgada de manera inadecuada. Las reglas también le dan derechos adicionales con respecto al control de su propia información de atención de la salud.

El aviso de privacidad de la Ley HIPAA de este plan explica cómo el plan de salud de grupo usa y divulga su información de salud personal. Se le proporciona una copia de este aviso cuando usted se inscribe en el plan. Usted puede obtener otra copia de este aviso si se lo pide a Chandler Unified School District.

ACCESO DIRECTO A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) Y A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA

Los planes médicos ofrecidos por Chandler Unified School District no requieren la selección o designación de un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). Usted tiene la posibilidad de visitar a cualquier proveedor de atención de la salud de la red o fuera de la red; sin embargo, el pago del plan puede ser menor si usted usa un proveedor fuera de la red.

Además, no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (ni siquiera de un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de

parte de un profesional de atención de la salud que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención de la salud deba cumplir ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios o seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de atención de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Chandler Unified School District al 480.812.7036.

REQUISITO DE PROPORCIONAR EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE (TIN) O EL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (SSN) DE CADA AFILIADO DEL PLAN DE SALUD

La ley exige a las empresas que recopilen el número de identificación del contribuyente (taxpayer identification number, TIN) o el número del Seguro Social (Social Security number, SSN) de cada participante de un plan médico y que incluyan ese número en los informes que se entregan al IRS cada año. Si usted tiene un dependiente cubierto que aún no tiene un número del Seguro Social, puede visitar este sitio de Internet para solicitarlo:

<http://www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf>. Solicitar un número del Seguro Social es GRATIS.

Si usted todavía no ha proporcionado el número del Seguro Social (ni otro TIN) de cada dependiente inscrito en el plan de salud, comuníquese con su Departamento de Beneficios al 480.812.7036.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) (Ley Pública 104-13) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento indica que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que sea aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB que sea actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control de la OMB que sea actualmente válido. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del U.S.C. Además, a pesar de cualquier otra disposición legal, ninguna persona puede estar sujeta a un recargo por no cumplir una recopilación de información si no se exhibe un número de control de la OMB que sea

actualmente válido. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del U.S.C.

Se calcula que el tiempo que requiere esta recopilación de información pública es de aproximadamente siete minutos por encuestado en promedio. Se recomienda a las partes interesadas que envíen sus comentarios sobre el cálculo aproximado de la cantidad de tiempo que requiere o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas las sugerencias para reducir el tiempo, a la Oficina para la Investigación y las Normas de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos a: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebesa.opr@dol.gov, y que hagan referencia al Número de Control 1210-0137 de la OMB.

RECORDATORIO SOBRE EL AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE

Si usted o sus dependientes elegibles actualmente son elegibles para Medicare o comenzarán a serlo durante los próximos 12 meses, asegúrese de entender si la cobertura de medicamentos de venta con receta que elige a través de Chandler USD es o no acreditable con (tiene el mismo valor que) la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare.

opciones de planes de medicamentos de venta con receta es "acreditable": PPO; HDHP Low; y HDHP High.

Si tiene preguntas sobre lo que esto significa para usted, lea el Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare del plan, que puede solicitar a Chandler USD. Para ello, llame al 480.812.7036.

Chandler USD ha determinado que la cobertura de medicamentos de venta con receta de las siguientes

RECORDATORIO SOBRE LA COBERTURA DE COBRA

En cumplimiento con una disposición de la ley federal denominada continuación de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), este plan les ofrece a sus empleados elegibles y a sus dependientes cubiertos (conocidos como beneficiarios que califican) la oportunidad de elegir la continuación temporal de su cobertura de salud de grupo cuando dicha cobertura finalizaría de otro modo debido a ciertos eventos (denominados eventos que califican).

Los beneficiarios que califican tienen derecho a elegir la cobertura de COBRA cuando ocurran eventos que califican y, como resultado de estos eventos, la cobertura para dichos beneficiarios finalice. Los beneficiarios que califican y que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagarla por su cuenta.

Entre los ejemplos de eventos que califican, se incluyen el fin del empleo por cualquier motivo que no sea una conducta inadecuada grave, la reducción de las horas de trabajo que hace que el empleado no sea elegible para la cobertura, el fallecimiento del empleado, el divorcio/la separación legal o que un hijo deje de ser un dependiente elegible.

Además de considerar a COBRA como una forma de continuar la cobertura, podría haber otras opciones de cobertura para usted y su familia. Sería conveniente que obtenga cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud. (Consulte <https://www.cuidadodesalud.gov/es>).

En el Mercado, usted podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca las primas mensuales de la cobertura del Mercado y puede consultar cuáles serán las primas, los deducibles y los costos de desembolso personal antes de tomar la decisión de inscribirse. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura ni para un crédito fiscal a través del Mercado. Además, usted podría calificar para una oportunidad de inscripción especial en otro plan de salud de grupo para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge) si solicita la inscripción dentro de los 30 días, aunque el plan generalmente no acepta personas inscritas tardíamente.

El período máximo de cobertura de COBRA suele ser de 18 o de 36 meses, según el evento que califica que haya ocurrido.

Para tener la oportunidad de elegir la cobertura de COBRA después de un divorcio/separación legal o de que un hijo deje de ser un dependiente en el plan, usted o un miembro de su familia deben informar ese evento al plan por escrito a más tardar 60 días después de que ocurra. El aviso se debe enviar a Chandler Unified School District por correo de primera clase y debe incluir el nombre del empleado, el evento que califica, la fecha del evento y la documentación correspondiente que respalde el evento (como los documentos de divorcio).

Si tiene preguntas sobre COBRA, comuníquese con Kairos al 888.331.0222.

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS CONFORME A MEDICAID Y AL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o para el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), y usted es elegible para la cobertura de salud de la empresa para la cual trabaja, es posible que su estado tenga un programa de asistencia con las primas que pueda ayudar a pagar la cobertura con los fondos del CHIP o de Medicaid. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid ni para CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedan contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov/es.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o en el CHIP, y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o del CHIP de su estado para saber si ofrecen asistencia con las primas.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid ni en CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o de CHIP de su estado,

llame al 1-877-KIDS-NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlos. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por la empresa para la cual trabaja.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia con las primas conforme a Medicaid o al CHIP, así como para el plan de la empresa para la cual trabaja, esta debe permitirle inscribirse en su plan si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de que se determine que es elegible para la asistencia con las primas.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de la empresa para la cual trabaja, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través de www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS CONFORME A MEDICAID Y AL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia con el pago de las primas del plan de salud de la empresa para la cual trabaja. La siguiente lista de estados está actualizada al 1 de enero de 2024. Para obtener más información sobre elegibilidad, consulte a su estado.

<p>ALABAMA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p>ALASKA – Medicaid</p> <p>El Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud de AK Sitio de Internet: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>
<p>ARKANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>CALIFORNIA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet del Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment, HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>
<p>COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p> <p>Sitio de Internet de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de Retransmisión del Estado 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de Retransmisión del Estado 711 Programa de Adquisición de Seguros de Salud (Health Insurance Buy-In Program, HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al Cliente del HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>FLORIDA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
<p>GEORGIA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet del HIPP de GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presione 1 Sitio de Internet de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños (Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act, CHIPRA) de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presione 2</p>	<p>INDIANA – Medicaid</p> <p>Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio de Internet: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás programas de Medicaid Sitio de Internet: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
<p>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p> <p>Sitio de Internet de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio de Internet de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio de Internet del HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono del HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>KANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono del HIPP: 1-800-967-4660</p>
<p>KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet del Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud Integrado de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio de Internet del Programa de Seguro de Salud para Niños de Kentucky (Kentucky Children’s Health Insurance Program, KCHIP): https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio de Internet de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>LOUISIANA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p>MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet de Inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine: 711 Página de Internet de Primas de Seguros de Salud Privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine: 711</p>	<p>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
<p>MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>

<p>MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPProgram@mt.gov</p>	<p>NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p>NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
<p>NEW JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio de Internet del CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono del CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>NEW YORK – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p>NORTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>NORTH DAKOTA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>OREGON – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p>PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio de Internet del CHIP: Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono del CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa de RIte Share)</p>
<p>SOUTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>SOUTH DAKOTA – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p>TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment, HIPP) Departamento de Servicios Humanos y de Salud de Texas Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>UTAH – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio de Internet del CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p>VERMONT – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: Programa de Pago de las Primas del Seguro de Salud (HIPP) Departamento de Acceso de Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p>WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito del CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio de Internet: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p>WYOMING – Medicaid</p> <p>Sitio de Internet: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para saber si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia con las primas desde el 1 de enero de 2024 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
 Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
 866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
 877.267.2323, opción 4 del menú, ext. 61565



OPCIONES DE COBERTURA Y PRIMAS DEL PLAN MÉDICO

Las cifras que aparecen a continuación suponen la inscripción durante los 12 meses del año del plan.

COBERTURA SOLO PARA EL EMPLEADO	TRADITIONAL PPO (PPO TRADICIONAL)	HDHP LOW (HDHP BAJO)	HDHP HIGH (HDHP ALTO)
Costo anual (pagado por el empleado)	\$2,240.00	\$0	\$0
Costo mensual (pagado por el empleado)	\$186.67	\$0	\$0
Depósito anual del distrito en la HSA	N/C	\$555.00	\$1,056.00
Deducción por período de pago en 22 pagos (administradores, docentes, personal exento y personal de apoyo que trabaja los 12 meses del año calendario)	\$101.82	\$0	\$0
Deducción por período de pago en 19 pagos (personal de apoyo que trabaja durante el año escolar, por ejemplo, paraprofesionales, conductores de autobuses, personal que presta el servicio de comidas)	\$117.89	\$0	\$0
Contribución máxima anual VOLUNTARIA del empleado a la HSA	N/C	\$3,595.00	\$3,094.00
COBERTURA DEL EMPLEADO + CÓNYUGE	TRADITIONAL PPO (PPO TRADICIONAL)	HDHP LOW (HDHP BAJO)	HDHP HIGH (HDHP ALTO)
Costo anual (pagado por el empleado)	\$13,742.00	\$7,552.00	\$6,660.00
Costo mensual (pagado por el empleado)	\$1,145.17	\$629.33	\$555.00
Deducción por período de pago en 22 pagos (administradores, docentes, personal exento y personal de apoyo que trabaja los 12 meses del año calendario)	\$624.64	\$343.27	\$302.73
Deducción por período de pago en 19 pagos (personal de apoyo que trabaja durante el año escolar, por ejemplo, paraprofesionales, conductores de autobuses, personal que presta el servicio de comidas)	\$723.26	\$397.47	\$350.53
Contribución máxima anual VOLUNTARIA del empleado a la HSA	N/C	\$7,745.00	\$7,244.00
COBERTURA DEL EMPLEADO + HIJOS	TRADITIONAL PPO (PPO TRADICIONAL)	HDHP LOW (HDHP BAJO)	HDHP HIGH (HDHP ALTO)
Costo anual (pagado por el empleado)	\$10,611.00	\$5,434.00	\$4,753.00
Costo mensual (pagado por el empleado)	\$884.25	\$452.83	\$396.08
Deducción por período de pago en 22 pagos (administradores, docentes, personal exento y personal de apoyo que trabaja los 12 meses del año calendario)	\$482.32	\$247.00	\$216.05
Deducción por período de pago en 19 pagos (personal de apoyo que trabaja durante el año escolar, por ejemplo, paraprofesionales, conductores de autobuses, personal que presta el servicio de comidas)	\$558.47	\$286.00	\$250.16
Contribución máxima anual VOLUNTARIA del empleado a la HSA	N/C	\$7,745.00	\$7,244.00

OPCIONES DE COBERTURA Y PRIMAS DEL PLAN MÉDICO

COBERTURA DEL EMPLEADO + FAMILIA	TRADITIONAL PPO (PPO TRADICIONAL)	HDHP LOW (HDHP BAJO)	HDHP HIGH (HDHP ALTO)
Costo anual (pagado por el empleado)	\$19,056.00	\$11,039.00	\$9,896.00
Costo mensual (pagado por el empleado)	\$1,588.00	\$919.92	\$824.67
Deducción por período de pago en 22 pagos (administradores, docentes, personal exento y personal de apoyo que trabaja los 12 meses del año calendario)	\$866.18	\$501.77	\$449.82
Deducción por período de pago en 19 pagos (personal de apoyo que trabaja durante el año escolar, por ejemplo, paraprofesionales, conductores de autobuses, personal que presta el servicio de comidas)	\$1,002.95	\$581.00	\$520.84
Contribución máxima anual VOLUNTARIA del empleado a la HSA	N/C	\$7,745.00	\$7,244.00

COBERTURA FAMILIAR COMPARTIDA CON EL CÓNYUGE	TRADITIONAL PPO (PPO TRADICIONAL)	HDHP LOW (HDHP BAJO)	HDHP HIGH (HDHP ALTO)
Costo anual (pagado por el empleado)	\$11,808.00	\$4,346.00	\$3,704.00
Costo mensual (pagado por el empleado)	\$984.00	\$362.17	\$308.67
Deducción por período de pago en 22 pagos (solo uno de los cónyuges paga)	\$536.73	\$197.55	\$168.36
Deducción por período de pago en 19 pagos (personal de apoyo que trabaja durante el año escolar, por ejemplo, paraprofesionales, conductores de autobuses, personal que presta el servicio de comidas)	\$621.47	\$228.74	\$194.95
Contribución máxima anual VOLUNTARIA del empleado a la HSA	N/C	\$7,745.00	\$7,244.00

Los empleados que tienen entre 55 y 65 años también pueden hacer una contribución compensatoria adicional a la HSA de \$1,000 por año. Las contribuciones de los empleados se reparten en 19 o 22 pagos iguales.

DELTA DENTAL**PLAN SELECT**

NIVEL DE COBERTURA	MENSUAL	ANUAL	22 PAGOS	19 PAGOS
SOLO EL EMPLEADO	\$43.00	\$516.00	\$23.45	\$27.16
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$88.00	\$1,056.00	\$48.00	\$55.58
EMPLEADO + HIJOS	\$73.00	\$876.00	\$39.82	\$46.11
EMPLEADO + FAMILIA	\$113.00	\$1,356.00	\$61.64	\$71.37

TOTAL DENTAL ADMINISTRATORS**PLAN DENTAL PREPAGADO DHMO**

NIVEL DE COBERTURA	MENSUAL	ANUAL	22 PAGOS	19 PAGOS
SOLO EL EMPLEADO	\$10.40	\$124.80	\$5.67	\$6.57
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$20.80	\$249.60	\$11.35	\$13.14
EMPLEADO + HIJOS	\$22.88	\$274.56	\$12.48	\$14.45
FAMILIAR	\$26.00	\$312.00	\$14.18	\$16.42

VSP VISION**PLAN DE LA VISTA**

NIVEL DE COBERTURA	MENSUAL	ANUAL	22 PAGOS	19 PAGOS
SOLO EL EMPLEADO	\$7.19	\$86.28	\$3.92	\$4.54
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$14.39	\$172.68	\$7.84	\$9.09
EMPLEADO + HIJOS	\$15.39	\$184.68	\$8.39	\$9.72
FAMILIAR	\$24.60	\$295.20	\$13.41	\$15.54

METLIFE**PLAN DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA**

NIVEL DE COBERTURA	MENSUAL	ANUAL	22 PAGOS	19 PAGOS
SOLO EL EMPLEADO	\$14.60	\$175.20	\$7.96	\$9.22
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$26.96	\$323.52	\$14.71	\$17.03
EMPLEADO + HIJOS	\$22.76	\$273.12	\$12.41	\$14.37
FAMILIAR	\$35.12	\$421.44	\$19.16	\$22.18

METLIFE

PLAN LEGAL PREPAGADO

NIVEL DE COBERTURA	MENSUAL	ANUAL	22 PAGOS	19 PAGOS
LOW PLAN (PLAN BAJO)	\$7.00	\$84.00	\$3.82	\$4.42
HIGH PLAN (PLAN ALTO)	\$14.50	\$174.00	\$7.91	\$9.16

METLIFE

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO

	20-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	Más de 70
\$10,000	\$0.67	\$0.86	\$0.95	\$1.19	\$1.51	\$2.25	\$4.11	\$6.25	\$11.92	\$24.70
\$20,000	\$1.34	\$1.72	\$1.90	\$2.38	\$3.02	\$4.50	\$8.22	\$12.50	\$23.84	\$49.40
\$30,000	\$2.01	\$2.58	\$2.85	\$3.57	\$4.53	\$6.75	\$12.33	\$18.75	\$35.76	\$74.10
\$40,000	\$2.68	\$3.44	\$3.80	\$4.76	\$6.04	\$9.00	\$16.44	\$25.00	\$47.68	\$98.80
\$50,000	\$3.35	\$4.30	\$4.75	\$5.95	\$7.55	\$11.25	\$20.55	\$31.25	\$59.60	\$123.50
\$60,000	\$4.02	\$5.16	\$5.70	\$7.14	\$9.06	\$13.50	\$24.66	\$37.50	\$71.52	\$148.20
\$70,000	\$4.69	\$6.02	\$6.65	\$8.33	\$10.57	\$15.75	\$28.77	\$43.75	\$83.44	\$172.90
\$100,000	\$6.70	\$8.60	\$9.50	\$11.90	\$15.10	\$22.50	\$41.10	\$62.50	\$119.20	\$247.00
\$150,000	\$10.05	\$12.90	\$14.25	\$17.85	\$22.65	\$33.75	\$61.65	\$93.75	\$178.80	\$370.50
\$200,000	\$13.40	\$17.20	\$19.00	\$23.80	\$30.20	\$45.00	\$82.20	\$125.00	\$238.40	\$494.00
\$250,000	\$16.75	\$21.50	\$23.75	\$29.75	\$37.75	\$56.25	\$102.75	\$156.25	\$298.00	\$617.50
\$300,000	\$20.10	\$25.80	\$28.50	\$35.70	\$45.30	\$67.50	\$123.30	\$187.50	\$357.60	\$741.00
\$350,000	\$23.45	\$30.10	\$33.25	\$41.65	\$52.85	\$78.75	\$143.85	\$218.75	\$417.20	\$864.50
\$400,000	\$26.80	\$34.40	\$38.00	\$47.60	\$60.40	\$90.00	\$164.40	\$250.00	\$476.80	\$988.00
\$450,000	\$30.15	\$38.70	\$42.75	\$53.55	\$67.95	\$101.25	\$184.95	\$281.25	\$536.40	\$1,111.50
\$500,000	\$33.50	\$43.00	\$47.50	\$59.50	\$75.50	\$112.50	\$205.50	\$312.50	\$596.0	\$1,235.00

CONTRIBUCIÓN MENSUAL PARA LA COBERTURA DE HIJOS DEPENDIENTES

\$2,000	\$4,000	\$6,000	\$8,000	\$10,000
\$0.304	\$0.608	\$0.912	\$1.216	\$1.52

NATIONWIDE

SEGURO PARA MASCOTAS

Las tarifas varían según la ubicación, la raza y la edad de la mascota. Consulte el sitio de Internet para obtener más información.

Debido al redondeo, la cantidad real que se deduce de su salario puede variar ligeramente.

IMPORTANTE: Este resumen solamente pretende ser una breve descripción de los beneficios del plan. Este resumen intenta describir los detalles del plan de forma clara, sencilla y concisa. En caso de conflicto entre este resumen y el texto de los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Kairos se reserva el derecho a cambiar, modificar, suspender, interpretar o cancelar algunos o todos los beneficios o servicios en cualquier momento.