



ELEGIBILIDAD

MÉDICO

FSA

DENTAL

VISIÓN

VIDA Y AD&D

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

INCAPACIDAD

AVISO LEGAL



2024

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

SPC Bldg.
315 Griner St. Del Rio, Texas 78840
Office: 830.778.4100 | www.sfdr-cisd.org





BENEFICIOS DE SALUD

Nota: Este PDF es interactivo, puede hacer clic en la barra de navegación de arriba para saltar a una página/sección deseada en toda la guía. Los números de página del índice que aparecen a continuación también son interactivos.

Bienvenido | **P.3**

Elegibilidad | **P.4**

Médico | **P.5**

Programa de Medicina Virtual con RediMD | **P.14**

Programa de Telemedicina en Diabetes Dirigido por Endocrinólogos | **P.16**

Cuenta de Gasto Flexible | **P.17**

Dental | **P.20**

Visión | **P.22**

Vida y AD&D | **P.24**

Vida Universal | **P.25**

Accidente | **P.26**

Enfermedad Crítica | **P.27**

Cáncer | **P.28**

Incapacidad a Largo Plazo | **P.29**

Programa de Asistencia al Empleado (EAP) | **P.30**

Términos de Seguro de Salud | **P.31**

Preguntas Frecuentes | **P.32**

Avisos Legales | **P.33**

Calendario Escolar | **P.38**

DIRECTORIO

Para cualquier pregunta o duda que pueda tener en relación con sus beneficios de empleado 2024, puede comunicarse con las siguientes personas:

- Para solicitar asistencia sobre reclamaciones, puede comunicarse con la compañía de seguros. Necesitará su número de identificación o su número del Seguro Social, la fecha del servicio y el nombre del proveedor.
- Para más información o preguntas, comuníquese con uno de nuestros consejeros de beneficios en el Centro de Servicios de Beneficios.

Antes de hablar con un Consejero de Beneficios, tenga preparada la siguiente información: nombres de los dependientes, fechas de nacimiento, números de seguro social, direcciones y números de teléfono.

| Centro de Servicios de Beneficios | | |
|--|--|----------------|
| Lunes - Viernes: 8:00 am - 7:00 pm CST Sábado: 9:00 am - 3:00 pm CST | | (855) 731-4452 |
| Beneficio/Proveedor | Sitio Web | Teléfono |
| Médico Kempton | www.kemptongroup.com | 800 324-9396 |
| Cuenta de Gasto Flexible Proficient Benefit Solutions | www.proficientbenefits.com | 888-659-8151 |
| Dental MetLife | www.metlife.com | 800-942-0854 |
| Visión Eyetopia | www.eyetopia.org | 800-662-8264 |
| Vida a Término Básico y AD&D Vida Voluntario y AD&D Incapacidad The Standard | www.standard.com www.standard.com www.standard.com/yourchoice | 800-368-1135 |
| Accidente Enfermedad Crítica Cáncer Guardian | www.guardianlife.com | 888-482-7342 |
| Vida Universal Trustmark | www.trustmark.com | 847-615-1500 |
| Professional Enrollments Concepts (PEC) Centro de Inscripción de Beneficios | N/A | 800-324-9396 |

| Miembro del Personal | Correo Electrónico | Teléfono |
|--|--|--------------|
| San Felipe Del Rio CISD Contact | | |
| Rachel Garcia Coordinador de Beneficios para Empleados | Rachel.garcia@sfd-r-cisd.org | 830-778-4100 |
| Brown & Brown/Alamo Insurance | | |
| Lexy Young Gestor de Cuentas | lexy.young@bbrown.com | 210-524-7123 |



BIENVENIDO

A Sus Beneficios De Empleado



Cada año, nos esforzamos por ofrecer planes de beneficios completos y competitivos a nuestros empleados. En las siguientes páginas, encontrará un resumen de nuestros planes de beneficios para el Año del Plan del **Enero 1, 2024 a Diciembre 31, 2024**. Por favor, lea esta Guía de Beneficios cuidadosamente mientras se prepara para hacer sus elecciones para el próximo Año del Plan.

San Felipe Del Rio CISD está utilizando los servicios de Professional Enrollment Concepts (PEC) para nuestra comunicación de beneficios e inscripción este año. Los Consejeros de Beneficios de PEC le darán una explicación detallada de todo su programa de beneficios. Revisarán sus beneficios con usted de manera individual y confidencial. También podrán hablar con usted de cualquier situación personal que pueda afectar a su decisión sobre sus beneficios.

ACERCA DE ESTA GUÍA DE BENEFICIOS

Esta Guía de Beneficios describe los aspectos más destacados del programa de beneficios de **San Felipe Del Rio CISD** en un lenguaje no técnico. Sus derechos específicos a los beneficios del Plan se rigen exclusivamente, y en todos los aspectos, por los documentos oficiales del Plan, y no por la información contenida en esta Guía. En caso de discrepancia entre la descripción de los elementos del programa contenida en esta guía de prestaciones y los documentos oficiales del plan, prevalecerá el lenguaje de los documentos oficiales del plan como preciso. Consulte los documentos específicos del Plan publicados por cada una de las respectivas compañías para obtener información detallada sobre el mismo. Debe tener en cuenta que todos y cada uno de los elementos del programa de beneficios de **San Felipe Del Rio CISD** pueden ser modificados en el futuro, en cualquier momento, para cumplir con las normas del Servicio de Impuestos Internos, o de otro modo, según lo decida **San Felipe Del Rio CISD**.



¿QUÉ HAY DE NUEVO ESTE AÑO 2024?

- **Complete Medicine : Programa de Telemedicina para la Diabetes Dirigido por Endocrinólogos** - Nos hemos asociado con Complete Medicine, un equipo de médicos expertos en diabetes certificados por el consejo, el Dr. Vidhya Illuri y el Dr. Arti Thangudu. Estos médicos le ayudarán a que la diabetes le resulte más fácil. *Consulte la página 16.*
- **Aumento de las Primas de Salud para Dependientes** - Este año las primas de salud para dependientes han aumentado. *Consulte la página 5.*
- **Nuevo Programa de Asistencia al Empleado** - *Consulte la página 30.*



ELEGIBILIDAD

San Felipe Del Rio CISD fomenta la salud y el bienestar financiero de los miembros de su equipo proporcionándoles acceso a una asistencia de salud asequible y de calidad. Los empleados elegibles de tiempo completo tienen acceso al Programa de Beneficios integral de Programa de Beneficios de San Felipe Del Rio CISD tenga en cuenta que en cualquier momento durante el año del plan, San Felipe Del Rio CISD puede llevar a cabo una auditoría solicitando documentación justificativa de todos los dependientes elegibles.

Por favor lea a fondo esta guía de beneficios para obtener más información sobre estas opciones.

ELEGIBILIDAD DE EMPLEADO

Los empleados a tiempo completo que trabajen un mínimo de 30 horas semanales y tengan al menos 18 años de edad tienen derecho a participar en el programa de beneficios, con fecha de entrada en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. Una vez completada su inscripción, no podrá hacer ningún cambio en sus elecciones a menos que tenga un Evento de Vida Calificado (QLE) o que sus horas trabajadas por semana sean inferiores al mínimo.

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

Si usted solicita cobertura, puede incluir a sus dependientes. Todos los empleados deben asegurarse de que sólo los miembros de la familia que cumplan con los siguientes requisitos estén inscritos en los programas de beneficios de seguro y atención médica de San Felipe Del Rio CISD.

- Su cónyuge
- Sus hijos elegibles hasta los 26 años de edad para cobertura médica, dental y de visión.
- "Niños" se definen como sus hijos naturales, hijastros, niños legalmente adoptados y niños de los que usted es el tutor legal designado por el tribunal.
- Los niños discapacitados físicos o mentales de cualquier edad que son incapaces de mantenerse a sí mismos. Se puede solicitar una prueba de la incapacidad.

EVENTOS DE VIDA CALIFICANTES

Si experimenta un Evento de Vida Calificado (por ejemplo: contraer matrimonio o tener un bebé), comuníquese con el **Servicio de Asistencia al Empleado, ext. 4020. Para poder cambiar su elección de beneficios, deberá presentar una prueba del evento vital relevante al Servicio de Asistencia al Empleado en un plazo de 31 días.**

- Un cambio en el número de dependientes (nacimiento, adopción, muerte, tutela);
- Un cambio en el estado civil (matrimonio, divorcio, muerte, separación legal);
- La pérdida de elegibilidad de un dependiente (el logro de la edad límite o el cambio en el estado del estudiante);
- Un cambio en las horas de trabajo del asociado, cónyuge o dependientes;
- Una terminación o inicio de empleo del empleado o cónyuge o dependientes elegibles con cobertura;
- Otros eventos que el plan determine que están permitidos o cualquier otra norma aplicable facilitado por el Servicio de Impuestos Internos.



MÉDICO

Proveedor - Kempton

El programa médico, administrado por Kempton, proporciona el marco para su salud y bienestar. Para satisfacer mejor las diferentes necesidades de nuestros empleados, San Felipe Del Rio CISD ofrece el siguiente plan médico.

| Beneficios (por año natural) | Plan Médico |
|---|--|
| Deducible | |
| Dentro de la red (individual/familiar) | \$750/\$1,500 |
| Fuera de la red (individual/familiar) | \$750/\$1,500 |
| Máximo de Desembolso | |
| Dentro de la Red (individual/familiar) | \$5,000/\$10,000 |
| Fuera de la Red (individual/familiar) | \$5,000/\$10,000 |
| Máximo Anual | Ilimitado |
| Coseguro (el participante paga) | |
| Dentro de la Red | 20% |
| Fuera de la Red | 20% |
| Visita al Consultorio de Atención Primaria | \$30 copago |
| Visita al Consultorio del Especialista | \$50 copago |
| Atención de Urgencia | \$50 copago |
| Sala de Emergencias | \$400 |
| Servicios Hospitalarios Paciente Interno | 20% después del deducible |
| Servicios Ambulatorios de Diagnóstico de Rayos X y Laboratorio (en consultorio - \$0 Copago) | 100% exención del deducible |
| Laboratorio Mayor - MRI, PET Scan, CAT Scan | 20% después del deducible |
| Proveedores Gratuitos de KPP | 100% exención del deducible |
| Centro Médico Regional Val Verde | 100% exención del deducible |
| Air EVAC | En el evento que un miembro sea transportado por aire, el plan paga hasta \$10,000 |
| Visita al Consultorio de Salud Mental (dentro de la red) | \$30 copago |
| Medicamentos Recetados | |
| Pedido al por Menor (30 días) / Pedido por Correo (90 días) | |
| Genérico | \$0 / \$0 |
| Primera Opción | \$35 / \$87.5 |
| Estándar | \$50 / \$125 |
| Especialidad | \$200 / \$500 |
| Máximo de Desembolso de Medicamentos de Venta con Receta | |
| Individual/Familiar | \$1,450/\$2,900 (Si ha alcanzado el máximo de su bolsillo no hay copago) |
| Seguro de Vida | \$10,000 |

*A partir del 1 de Julio de 2023, la contribución del distrito para la cobertura de salud por empleado y mes ha aumentado a \$640.01.

*Plan alternativo: Para los empleados que no eligen el plan de cobertura sanitaria

| Beneficios en Efectivo en el Hospital | Beneficio de Vida | (Opcional) Beneficio de Asistencia Dental | Porcentaje de Beneficio a Pagar |
|---|--|---|--|
| Beneficios Durante el Internamiento en el hospital: \$200 por día (24 horas) Estancia máxima: 365 días | Beneficios de Vida a Término: \$15,000 | Deducible Individual: \$75 por año calendario | Preventivo: 80% después del deducible Básico: 80% después del deducible Mayor: 50% después del deducible |

Deducciones Mensuales del Plan Médico

| Nivel de Cobertura | Plan Médico |
|---------------------------|-------------|
| Empleado | \$0.00 |
| Empleado + Cónyuge | \$580.00 |
| Empleado + Hijo(s) | \$295.00 |
| Familia | \$885.00 |



*****NUEVO ESTE AÑO*****

A partir del 1 de Enero del 2024, el Grupo Kempton tendrá un número de teléfono exclusivo para los miembros del CISD de San Felipe del Río.

El nuevo número de teléfono será: **(888) 840-6836**

PERO NO SE PREOCUPE!

El mismo número de teléfono, (800) 324-9396, seguirá a su disposición antes y después del 1 de Enero del 2024.



THEKEMPTONGROUP

PORTAL DE RECURSOS DE BENEFICIOS

[HOME](#)[MY BENEFITS](#)[CLAIMS](#)[KPPFREE](#)

¡Bienvenido!

Identificación de miembro

123456789

Empleador

Nombre del empleador

Su conexión a beneficios, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana



Revise sus datos personales y beneficios médicos desde la privacidad de su hogar o mientras viaja.



Vea saldos de deducibles y gastos de bolsillo. Descargue los detalles en un archivo CSV.



Vea el estado de los reclamos, el historial de reclamos y la Explicación sobre las beneficios.



Imprima una tarjeta de identificación temporal y solicite una nueva tarjeta de identificación.



¡Formule preguntas, verifique la cobertura y más!



Vea preguntas frecuentes, folletos, detalles del plan, beneficios y formularios.

¡Crear su cuenta es simple!

1. Visite www.kemptongroup.com
2. Elija el botón "Member o Miembro"
3. Haga clic en "Create a New Login o Crear un nuevo acceso"
4. Siga los sencillos pasos en su pantalla.

* Use su tarjeta de identificación de miembro para ayudarlo a responder las preguntas.

¿Necesita ayuda o tiene preguntas?

Llámenos al (888) 840-6836



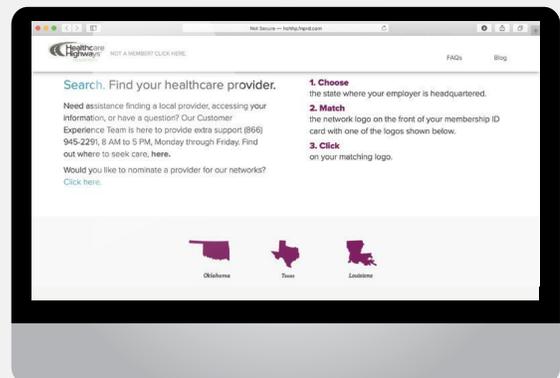
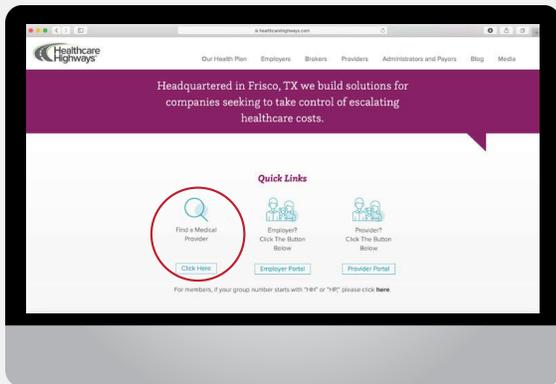


Healthcare Highways Network

Cómo encontrar un proveedor de la red

Bienvenido a Healthcare Highways. Es un honor para nosotros ser su socio sanitario. Vamos a ayudarle a encontrar su proveedor dentro de la red. Tiene dos formas de buscar un proveedor:

- 1 Hágalo usted mismo.**
Vaya a KemptonGroup.com y seleccione la red que aparece en su tarjeta de identificación.
- 2 Deje que le ayudemos.**
Llame a nuestro equipo de atención al cliente al 800-324-9396. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 5 de la tarde CST.





FACIL COMO 1-2-GRATIS!

Cuando elige KPPFree™, su servicio médico está cubierto al 100%, ¡sin costo para usted! Con más de 200 ubicaciones de proveedores, y miles de procedimientos, pruebas, imágenes y otros servicios, ¡usar KPPFree™ es una opción fácil!



Llámanos llame a nuestro equipo de Kempton Care Advocate al (888) 840-6836 para averiguar si su procedimiento está disponible a través de KPPFree™, discuta sus beneficios y vea si usar KPPFree™ es su mejor opción.



Nuestro equipo le asistirá en cada paso del camino. Recuerde, los gastos de viaje razonables se pueden reembolsar, incluido el hotel, el kilometraje, etc.



Después de programar su cita, se le proporcionará un cupón KPPFree™ para que lo presente al proveedor en el momento del servicio.

Servicios Disponibles

Hay miles de servicios médicos que pueden realizarse a través del programa KPPFree™.

Ejemplos de servicios disponibles:

- General Surgeries
- Diagnostic Imaging
- Orthopedics
- Gastrointestinal
- Ear, Nose, & Throat
- Cardiac
- Oncology
- Gynecological
- Ophthalmological/Ocular
- Kidney
- Sleep Disorders

¡No olvide sus servicios preventivos!

Muchas de sus evaluaciones preventivas se pueden realizar a través del programa KPPFree™. Si se encuentra un diagnóstico, puede estar seguro de que no recibirá facturas sorpresa y podrá recibir tratamiento del mismo proveedor de alto valor.

KPPFree™ Localizaciones



¿No tiene una opción de KPPFree™ cerca de usted o quiere usar a su proveedor médico actual?

¡Pregúntenos acerca de cómo cualquier proveedor puede "igualar el precio" y recibir un reembolso al 100% con un Acuerdo de precio en efectivo!

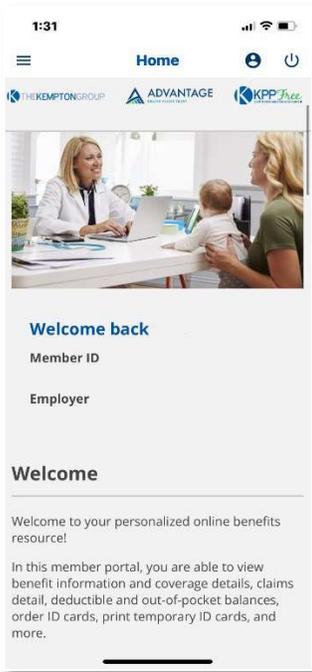
KPPFree™ Ahorros

Los proveedores de KPPFree™ cobran un 50-80% menos que un proveedor de red tradicional. Desde 2011, nuestros clientes han ahorrado \$61 millones en descuentos de la red, al tiempo que reducen o eliminan los costos de desembolso de los participantes.

**Aprender más:
Llámenos al (888) 840-6836 o visítanos KPPFree.com**

*KPPFree™ solo está disponible para servicios cubiertos. Si un participante tiene otro seguro primario, es posible que el beneficio no esté disponible. No existe una garantía implícita en cuanto a la calidad de la atención que puede prestar cualquier proveedor. Según las pautas del IRS, excepto los Servicios Preventivos exigidos por la ACA, los participantes inscritos en un Plan de Salud Calificado de Deducible Alto deben cumplir con su deducible antes de recibir un beneficio del 100%. © 2019 todos los derechos reservados. KPPFree, Premier Providers y Kempton Premier Providers son marcas comerciales de The Kempton Group Administrators, Inc.

APLICACIONES MÓVILES

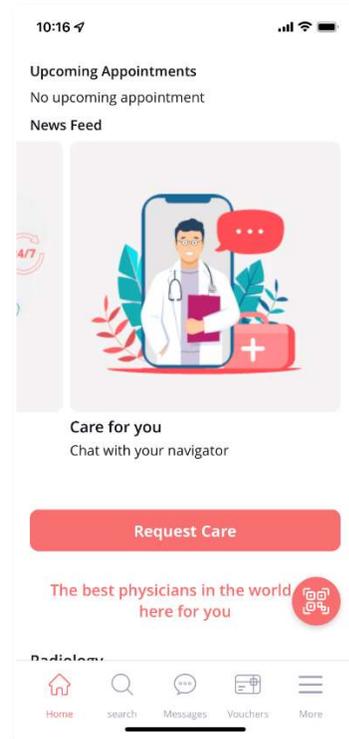


KEMPTONNOW APP

Versión móvil del portal para miembros. Acceda a sus beneficios y reclamos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ver y descargar una tarjeta de identificación virtual. Envíe mensajes a sus Defensores de Kempton Care.

KPPFREE™ APP

Administre los servicios de KPPFree™ 24/7. Obtenga su cupon KPPFree™ virtualmente. Envíe mensajes a sus Defensores de Kempton Care.



The KemptonNow and KPPFree™ mobile apps are available at Google Play and iOS App Store.





Guía de referencia para miembros

Procesamiento de la información

Número de grupo: **Consulte su tarjeta de identificación de miembro**
 Formato de identificación del titular de la tarjeta: **Consulte su tarjeta de identificación de miembro**
 Número BIN: **015433**
 PCN: **SSN (Southern Scripts Network, no número SSN)**
 PBM: **Liviniti (formally known as Southern Scripts)**

Información de contacto

Soporte disponible 24/7/365

Horario de atención

Lunes a viernes
de 6:00 a.m. a 10:00 p.m. CST
Sábado
de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. CST
Domingo
de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CST

Contacto

Llamada gratuita: (800) 710-9341
 Fax: (318) 214-4190
 Página web: **Liviniti.com/members**

Localizador de farmacias

[Liviniti.com/members](https://liviniti.com/members)

FirstChoice™ es la red de farmacias preferida de Southern Scripts, que ofrece acceso a costos reducidos de recetas en farmacias participantes FirstChoice™ en todo el país. Una farmacia participante de FirstChoice™ ofrece, en promedio, un costo menor de los medicamentos para medicamentos cubiertos que una farmacia estándar (no preferida). FirstChoice™ consta de farmacias independientes (locales/comunitarias) y minoristas (nacionales/regionales).

Las farmacias participantes de FirstChoice™ también ofrecen el beneficio adicional de surtir un suministro de medicamentos para 90 días.

Visite southernscripts.net/members y seleccione **Network Pharmacy Locator** (Localizador de farmacias de la red) en el panel de navegación de la izquierda

ENCUENTRE UNA FARMACIA

1. Seleccione **Find a Pharmacy** (encontrar una farmacia)
2. Ingrese su **Zip Code** (código postal)
3. El número Bin de Southern Scripts es **015433**
4. Introduzca **Group Code** (Código de grupo) (*ubicado en su tarjeta del seguro/Rx*)
5. Seleccione **Search** (Buscar) para ver los resultados de farmacias según el radio de su código postal

ENCUENTRE UNA FARMACIA DE PEDIDOS POR CORREO

1. Seleccione **Find Your Mail Order Pharmacy** (Encuentre su farmacia de pedidos por correo)
2. Seleccione **Find Your Member Page** (Encuentre su página de miembro) en el panel de navegación de la izquierda
3. Introduzca **Group Number** (Número de grupo) *que se encuentra en su tarjeta del seguro/Rx*
4. Seleccione **View Member Page** (Ver página de miembro)
5. Seleccione el hipervínculo del ícono de **Mail Order Pharmacy** (Farmacia de pedidos por correo)

La farmacia está contratada como farmacia FirstChoice™.



La farmacia está contratada para medicamentos de especialidad

La farmacia está contratada para vacunas

Las farmacias que no participan en la red de farmacias FirstChoice™ no pueden dispensar medicamentos para 90 días. Los medicamentos de especialidad están limitados a un suministro de 30 días.



PREMIER DRUG TIER

Your health plan offers medications at a 100% benefit!

Drugs included in the Premier Drug Tier are available at no cost to you! The next time you visit your doctor ask switching to a drug on this list is right for you.

HOW IT WORKS

- Fish Oil
- Methotrexate
- Sulfasalazine
- Fluticasone / Salmeterol
- Oxybutynin
- Refresh Tears
- MiraLAX
- Systane
- Polyethylene glycol
- Ketotifen
- Flonase
- Zantac 75, Ranitidine
- Tagamet HB, Cimetidine
- Axid AR
- Pepcid AC, Famotidine
- Prilosec
- Nexium 24 Hour
- Prevacid, Lansoprazole
- Claritin, Loratadine
- Claritin-D, Loratadine-D.
- Alavert
- Zyrtec-D, Cetirizine-D
- Allegra, Fexofenadine
- Allegra-D, Fexofenadine-D
- Zegerid, Omepra/Bicar
- Zyrtec, Cetirizine

1. Tell your doctor that your prescription drug plan covers listed medications at ZERO cost to you.
2. Obtain a written prescription from your doctor.
Some Premier Tier Drugs are available over-the-counter, but your doctor must write you a prescription for the pharmacy to process it through your plan.
3. Take the prescription to a pharmacy to have it filled at ZERO cost!
For over-the-counter drugs, tell the pharmacist your plan offers coverage for the drugs on this list and to use the prescription to process it through your plan.

LEARN MORE



Download the Southern Scripts/Liviniti Mobile App!

- Find a pharmacy
- View your RX history
- Search the formulary
- And more!

(888) 840-6836 | KemptonGroup.com



CONSIGUE AYUDA



Si necesita ayuda, tiene preguntas o desea saber cómo obtener el mejor beneficio, llame a sus dedicados defensores de atención de Kempton (KCA). Sus KCA pueden ayudarlo con cosas como:

- Servicios *KPPFree*[™] y acuerdos de precio en efectivo
- Viajes *KPPFree*[™]
- Preguntas sobre beneficios y cobertura
- Cómo ahorrar dinero utilizando su mejor beneficio
- Reclamos y preguntas sobre gastos de bolsillo
- Conexión con Zelis para promoción previa o posterior al servicio
- Preguntas sobre nuestro sitio web, portal o aplicaciones móviles

Sus KCA's están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. CCT.

Llama directo KCAs (888) 840-6836

Operadora (800) 324-9396

Correo Electronico CustomerService@KemptonGroup.com

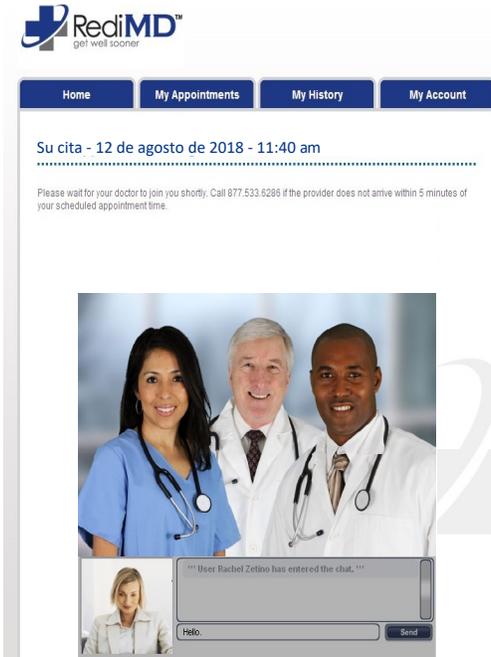
Nuestro Pagina KemptonGroup.com



Medical Care Online

RediMD

***Código para registrarse= sanfelipe**



RediMD le da la opción de acudir al médico por Internet o por teléfono. No se requiere copago ni pago alguno. Visítenos en www.redimd.com

- Cada vez que necesite ver o hablar con un médico
- Estamos "siempre abiertos"

RediMD proporciona atención médica primaria en línea a través de cámara web, teléfono inteligente o por teléfono. Puede ver y hablar con un médico u otro profesional médico que puede diagnosticar, recomendar tratamiento y prescribir medicamentos si es necesario.

El servicio RediMD está disponible para usted y su familia.

REDIMD TRATA LA MAYORÍA DE LAS DOLENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A:

- | | | | |
|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| TENSIONES | HIPERTENSIÓN ARTERIAL | INFECCIONES | RESFIADOS |
| CONTUSIONES | UTI | DIABETES | INFECCIONES SINUSALES |

- Para todas las visitas presenciales se necesita una computadora con conexión a internet y cámara web, o un teléfono inteligente o iPad con conexión a internet.
- Visítenos en www.RediMD.com para obtener más información e inscribirse

www.redimd.com

Para Ayuda Llame a RediMD al 866-989-CURE o 866-989-2873



Visitas RediMD disponibles desde el trabajo o el domicilio 24/7 por telemedicina o teléfono



PARA UTILIZAR REDIMD COMO USUARIO **POR PRIMERA VEZ**

1

REGISTRAR.*

- Visite www.redimd.com
- Haga clic en "register".
- Seleccione "register" o "First Time User".
- Introduzca el código que aparece al final de la página y haga clic en "next".
- Siga las instrucciones de registro, introduzca su correo electrónico y cree una contraseña.
- Perfiles completos e instrucciones para inscribirse.

2

HORARIO.

- Concertar cita
- Seleccionar proveedor, fecha y hora
- No se requiere copago ni pago alguno.

3

CONSULTAR.

- Toma los signos vitales. O dejar en blanco
- Consulte con su proveedor (ver opciones más abajo)

UTILIZAR REDIMD COMO USUARIO DE **RETORNO**

1

INICIAR SESIÓN.

- Desde cualquier computadora o teléfono inteligente conectado a Internet .
- Conéctese en www.redimd.com
- Introduzca su e-mail y contraseña

2

HORARIO.

- Concertar cita
- Seleccionar proveedor, fecha y hora
- No se requiere copago ni pago alguno.

3

CONSULTAR.

- Tomar constantes vitales o dejar en blanco
- Consulte con su proveedor (ver opciones más abajo)

*El registro es un proceso que se realiza una sola vez y puede hacerse sin tener que concertar una cita.

CONSULTE CON SU PROVEEDOR DE REDIMD

EN SU COMPUTADORA DE TRABAJO: Para ver a un proveedor para su consulta en línea

- Vaya a la computadora de su trabajo para la consulta en línea 10 minutos antes de la hora de su cita
- Visite www.redimd.com, conéctese a su cuenta y acuda a su cita.
- Tómese la tensión arterial, el pulso y la temperatura e introduzca las lecturas vitales que se le soliciten, si dispone de ellas.
- El proveedor se presentará a la hora de la cita para consultar con usted la información médica que le haya facilitado y darle un diagnóstico y recomendarle un tratamiento.

En un smartphone o IPAD: Para ver el proveedor de su consulta en línea

- 10 minutos antes de la hora de su cita, vaya a www.redimd.com, conéctese a su cuenta y vaya a su cita .
- Tenga a mano su documento de identidad con fotografía.
- Tómese la tensión arterial, el pulso y la temperatura e introduzca las lecturas vitales que se le soliciten, si dispone de ellas.
- Pulsa iniciar vídeo y el proveedor aparecerá a la hora de la cita para consultarte sobre la información médica que le hayas proporcionado y darte un diagnóstico y recomendarte un tratamiento.

POR TELÉFONO: Para hablar con el proveedor

- Visite www.redimd.com, acceda a su cuenta, concierte una cita y espere a que el médico le llame a la hora fijada.

www.redimd.com

Para Ayuda Llame a RediMD al 866-989-CURE o 866-989-2873



*Código para registrarse = **sanfelipe**



Programa de Telemedicina en Diabetes

Dirigido por Endocrinólogos

Programa único en su clase que ha demostrado

- >50% de reducción del riesgo de complicaciones diabéticas
- 0 hospitalizaciones por complicaciones diabéticas
- 100% de satisfacción del paciente con la atención virtual
- Acceso cómodo y directo a un endocrinólogo colegiado

Dónde está ahora

Sin acceso a expertos en diabetes

- Los pacientes deben viajar a San Antonio y ausentarse del trabajo para consultar a endocrinología
- Imposibilidad de concertar una cita debido al tiempo de espera telefónica >1 hora, si es que contestan
- Lista de espera >3 meses para ser visto
- Visto por especialista 1 vez al año, otras visitas con no especialista de nivel medio
- Tiempo en sala de espera > 2h
- Falta de orientación sobre estilo de vida y nutrición
- Insatisfacción y empeoramiento de la salud
- Visita de 5 minutos con un médico o profesional de nivel medio

Dónde lo llevaremos

→ Acceso directo por telemedicina a endocrinólogos certificados con resultados probados

- Sin viajes
- Sin ausencias del trabajo
- Sin pérdidas de tiempo en espera
- Sin listas ni salas de espera
- Sin niveles intermedios
- Empleados más sanos y felices
- 1 hora completa de visita con un médico endocrinólogo

→ Apoyo quincenal de nuestros consejeros de salud y nutrición

Nuestro equipo totalmente integrado ayuda a los pacientes a pasar de la confusión a la confianza en sí mismos

Conoce tu endocrinólogos

Vidhya Illuri, MD

La Dra. Illuri se compromete a promover una fuerte relación médico-paciente. Ella es tan apasionada sobre el uso de la nutrición que ha hecho demostraciones de cocina saludable en KSAT Live y en el museo de los niños locales. Su educación es de la Universidad Northwestern y la Universidad de Loyola.



Arti Thangudu, MD

La Dra. Thangudu ofrece atención endocrinológica y diabética de alto nivel, completa y centrada en el estilo de vida. Su educación es de la Universidad Northwestern, UT Health Science Center en San Antonio, Baylor College of Medicine, Tulane University y el Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh.



 hello@sacomplete.com

 www.sacomplete.com



Ahorre con un FSA



PROFICIENT™
BENEFIT SOLUTIONS

¿Qué pasaría si pudieras ahorrar un 30% en tus gastos de salud?

Salud FSA

Independientemente de la opción de plan de salud que elija, lo más probable es que usted y su familia incurran en costos de bolsillo este año del plan, en forma de deducibles, copagos, coseguros, etc. Los dólares de la Health FSA se pueden usar para pagar estos gastos para usted, su cónyuge e hijos (hasta los 27 años de edad). Usted puede elegir contribuir hasta el máximo de \$3,200 por año del plan y son todos dólares protegidos de impuestos. La mejor parte es – **hasta \$640 reinversiones al nuevo año del plan si usted no lo usa.** Y debido a que la Health FSA está pre-financiada, toda su elección anual está disponible para su uso el primer día del año del plan.

Consejos Útiles:

- » **Conozca su cobertura.** Cada plan de salud tendrá costos de bolsillo en forma de deducibles, copagos y coseguros.
- » **Considere su presupuesto y sus metas financieras.** Asegúrese de que sus contribuciones encajen en sus finanzas personales generales. Pregúntese cuántas visitas al consultorio, recetas, especialistas, laboratorios y otros procedimientos es probable que usted o su familia necesiten.
- » **Tenga en cuenta las compras mayores.** Consulte los costos promedio de los principales tratamientos o procedimientos planeados.
- » **Mire hacia atrás a los años anteriores.** Sus gastos del año anterior pueden darle una idea de cuánto es probable que gaste este año.

Es hora de volver a tomar esas decisiones:

- » Independientemente del plan de seguro médico que elija, es probable que tenga que pagar de su bolsillo. Una FSA le permite estirar sus dólares de atención médica en un promedio del 30% utilizando fondos antes de impuestos.
- » Ponga la cantidad "correcta" de dinero en su cuenta. Considere sus metas financieras, sus probables necesidades de gasto y sus limitaciones de presupuesto.

Cuidado de Dependientes FSA

Lo máximo que puede reservar es \$5,000 si es soltero o casado y presenta la declaración en conjunto o \$2,500 si es casado y presenta la declaración por separado. La persona cuyos gastos está reclamando debe ser

- su hijo menor de 13 años que reúna los requisitos y que comparta la misma residencia con usted; o
- su cónyuge o hijo calificado o pariente calificado que es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo que comparte la misma residencia con usted y tiene ingresos inferiores a la cantidad de exención federal.

Usted debe hacer una nueva elección cada año!

210-659-8100 • ask@proficientbenefits.com • www.proficientbenefits.com



Administre su cuenta sobre la marcha!

PROFICIENT™ connect



Regístrese hoy mismo!

Visite www.proficientbenefits.com

Haga clic en *Login (Iniciar sesión)*

Seleccione *Proficient Connect (Conexión Competente)*

Haga clic en *Register (Registrarse)*

- » **Paso Uno** - Completar el formulario de inscripción
 - Elija un nombre de usuario y una contraseña
 - Ingrese su información demográfica
 - Use el número de identificación del empleador: **SASSFDR** cuando se le pida el ID de registro
 - Su identificación de empleado es su número de Seguro Social sin guiones ni espacios.
- » **Paso Dos** - Seleccione 4 preguntas de seguridad
- » **Paso Tres** - Confirmar la dirección de correo electrónico
- » **Paso Cuatro** - Revise y confirme la información de registro y las preguntas de seguridad. *Es posible que desee imprimir sus preguntas de seguridad para futuras consultas.*

Características



Una experiencia única digital – experiencia de visualización óptima en todos los navegadores y dispositivos, incluidas las pantallas táctiles



Contenido personalizado – los recursos y los mensajes se adaptan a sus preferencias individuales y a la configuración de su cuenta



Detalles completos de la cuenta al alcance de su mano – acceso intuitivo en línea a los detalles del plan, saldos de cuentas e historial de transacciones (incluidos los años anteriores)



Comodidad de autoservicio – compruebe los saldos, envíe reclamaciones y documentación de recibos, pague facturas, administre inversiones y mucho más.



Herramientas integrales de apoyo a la toma de decisiones – herramientas educativas e interactivas que le ayudarán a tomar decisiones críticas de gasto y ahorro a lo largo del año del plan



Comunicación cuando lo necesitas – gestiona tus preferencias, con acceso a más de 25 alertas para mantenerte conectado a tu cuenta



Servicios y ofertas de valor agregado – para ayudarle a obtener el máximo valor de su dinero para el cuidado de la salud



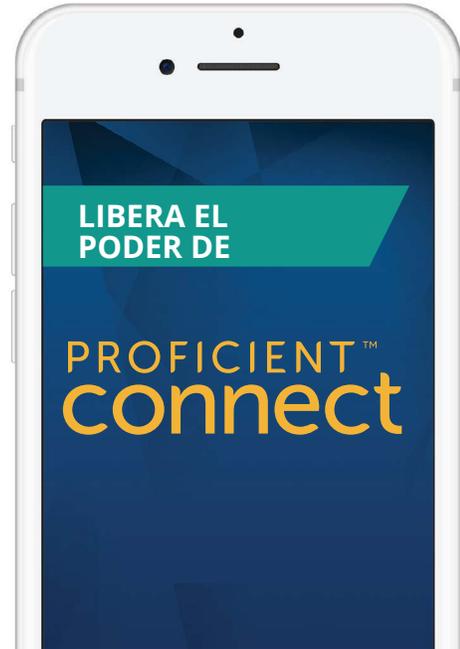
La aplicación móvil Proficient Connect proporciona la máxima comodidad y acceso 24 horas al día, 7 días a la semana, directamente desde su tableta o dispositivo móvil.

Regístrese hoy mismo!

Descargar y abrir la aplicación Proficient Connect
Haga clic en *Register (Registrarse)*

- » **Paso Uno** - Completar el formulario de inscripción
 - Seleccione un nombre de usuario
 - Crear y confirmar la contraseña
 - Use el número de identificación del empleador: **SASSFDR** cuando se le pida el ID de registro
 - Su identificación de empleado es su número de Seguro Social sin guiones ni espacios.
- » **Paso Dos** - Seleccione 4 preguntas de seguridad
- » **Paso Tres** - Confirmar la dirección de correo electrónico
- » **Paso Cuatro** - Revise y confirme la información de registro y las preguntas de seguridad.

Nota: Si su dispositivo utiliza tecnología de acceso de reconocimiento táctil o facial, puede optar por habilitarlos para acceder a Proficient Connect Mobile (Touch ID y Face ID para dispositivos Apple, o Fingerprint Access para dispositivos Android). Estas opciones pueden ser cambiadas y desactivadas en cualquier momento a través de la pantalla 'Ajustes'.



Características



Pregúntele a Emma – la primera asistente inteligente activada por voz de la industria que le proporciona respuestas a las preguntas que pueda tener sobre su cuenta de beneficios



Acceda a sus cuentas – compruebe los saldos, vea el historial de transacciones y mucho más



Administrar reclamaciones – envíe nuevas reclamaciones, cargue los recibos y compruebe el estado de las mismas



Escáner de elegibilidad – compruebe la elegibilidad de un artículo



Tarjetas de acceso – administre los detalles de las tarjetas, acceda a su PIN e inicie el reemplazo de tarjetas perdidas o robadas



Recibir alertas – ver mensajes importantes de la cuenta



Actualizar tu perfil – actualiza la información personal, incluidos tu correo electrónico y tu teléfono móvil



DENTAL

Proveedor - MetLife

MetLife le da la libertad de elegir si desea visitar a un dentista participante o a un dentista fuera de la red. Hay un considerable ahorro de costes cuando se acude a un dentista que pertenece a la red MetLife PDP Plus. A continuación se ofrece un breve resumen de las principales disposiciones del plan.

Límites de Edad de los Dependientes: Hasta los 26 años | **Períodos de Espera:** Ninguno

| Beneficio | Plan Dental | |
|--|---|-----------------|
| | Dentro de la Red | Fuera de la Red |
| Deducible (agregado) Periodo Exento para | \$50 Individual / \$150 Familia Año Natural Preventivo | |
| Máximo Anual (se aplica a los servicios A, B, C) | \$1,000 por persona | |
| Reembolso | Tabla de Honorarios Negociados | 90% |
| Tipo A - Servicios Preventivos Exámenes Bucales (una vez/6 meses) Limpiezas (una vez/6 meses) Selladores (hasta los 15 años, 1/molar de por vida) Radiografías de Mordida (hasta los 19 años, dos veces al año) Flúor (hasta los 16 años, una vez al año) Mantenedores de Espacio (hasta los 15 años, 1/ de por vida) Pruebas de Laboratorio y Otras Pruebas | 100% | 100% |
| Tipo B - Servicios Básicos Empastes de Amalgama (1 sustitución/superficie en 24 meses) Radiografías (una vez/5 años) Cirugía oral (extracciones simples) Periodoncia no Quirúrgica (una vez/cuadrante, 24 meses) Anestesia General Recementaciones (una vez/12 meses) Aparatos de Hábitos Nocivos | 80% | 80% |
| Tipo C - Servicios Mayores Extracciones Quirúrgicas Reconstrucciones de Corona/Postes (1/diente en 84 meses) Implantes (1/posición de diente en 84 meses) Puentes y Prótesis Dentales Reparación de coronas, prótesis y puentes (1/12 meses) Coronas, Inlays, Onlays (una vez/84 meses) Cirugía Periodontal (una vez/cuadrante, 36 meses) | 50% | 50% |
| Ortodoncia | 50% Máximo de por Vida: \$1,000 por persona | |

| Deducciones del Plan Dental | |
|-----------------------------|--------------|
| Nivel de Cobertura | Mensualmente |
| Empleado | \$27.33 |
| Empleado + Cónyuge | \$56.16 |
| Empleado + Hijo(s) | \$63.61 |
| Familia | \$92.78 |



www.metlife.com/mybenefits

Cómo Registrarse en MyBenefits

MyBenefits le proporciona una visión personalizada, integrada y segura de sus beneficios proporcionados por MetLife. Puede aprovechar una serie de capacidades de autoservicio, así como una gran cantidad de información de acceso fácil. MetLife es capaz de ofrecerle servicios que le permiten gestionar sus beneficios. Como usuario por primera vez, deberá registrarse en MyBenefits. Para registrarse, siga los pasos que se indican a continuación.

Proceso de registro en MyBenefits

Indique el Nombre de su Grupo

Acceda a MyBenefits en www.metlife.com/mybenefits e introduzca el nombre de su grupo y haga clic en 'Submit.'

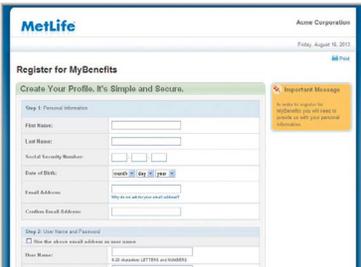


La Pantalla de Inicio de Sesión

En la página de inicio, podrá acceder a la información general. Para empezar a acceder a la información personal del plan, haga clic en 'Register Now' y realice el proceso de registro único. A partir de entonces, podrá iniciar la sesión directamente.

Paso 1: Introducir la Información Personal

Introduzca su nombre y apellidos, sus datos de identificación y su dirección de correo electrónico.



Paso 2: Crear un Nombre de Usuario y una Contraseña

A continuación, deberá crear un nombre de usuario y una contraseña únicos para acceder en el futuro a MyBenefits.

Los requisitos de nombre de usuario y contraseña pueden variar según la configuración de la empresa. La configuración general incluye un nombre de usuario de entre 8-20 caracteres, que contenga al menos una letra y un número, y una contraseña de entre 6-20 caracteres, que contenga al menos una letra y un número.

Paso 3: Preguntas de Verificación de Seguridad

Ahora, tendrá que elegir y responder a tres preguntas de verificación de identidad que se utilizarán en caso de que olvide su contraseña.

Paso 4: Condiciones de Uso

Por último, se le pedirá que lea y acepte las condiciones de uso del sitio web.

Paso 5: Proceso Completado

Ahora será llevado a la página de "Gracias".

Por último, se le enviará una confirmación de su inscripción a la dirección de correo electrónico que proporcionó durante el registro.



Metropolitan Life Insurance Company
 200 Park Avenue
 New York, NY 10166
www.metlife.com



VISION

Proveedor - Eyetopia

Eyetopia se complace en presentarle los beneficios de visión diseñados para ofrecerle a usted y a los miembros de su familia cubiertos la atención, el valor y el servicio para ayudar a mantener una buena visión y la salud en general.

Límites de Edad de los Dependientes: Hasta los 26 años | **Períodos de Espera:** Ninguno

| Beneficio | Plan de la Visión - 180/300H |
|--|--|
| | (una vez cada año natural) |
| Beneficio Uno (elija una de las siguientes 2 opciones cada 12 meses) Examen de refracción: una refracción o un examen visual de rutina Copagos médicos o cualquier material o servicio de igual o menor valor | \$5 copago ¹ \$65 subsidio |
| Beneficio Dos (elija sólo una de las siguientes opciones de corrección de la vista) Eyetopia Vision Care le ofrece tres (3) opciones para corregir su visión | |
| Lentes y/o Montura ^{2,3} Monovisión Bifocal Trifocal Lentes PAL (incluyen una Capa Básica Antirreflejante - cubierta al 100%) | copago no aplicable copago no aplicable copago no aplicable \$120 subsidio |
| Marcos El afiliado puede seleccionar cualquier montura en exposición, la asignación se aplicará a la montura seleccionada. El afiliado pagará el importe que exceda la franquicia. | \$180 subsidio |
| Lentes de Contacto Electivos ⁶ Medicamento Necesario ⁷ | \$300 de subsidio para aplicar a las lentes, a la tarifa de adaptación y a cualquier otro gasto \$250 de subsidio para la evaluación y \$400 para lentes de contacto |
| Opción de Cirugía Refractiva ⁶ (Puede seleccionar la cirugía refractiva en lugar de las gafas o las lentes de contacto durante cada periodo del plan) LASIK, ASA, ICL or RLE | Dentro de la Red: \$500 por ojo Fuera de la Red: \$150 por ojo permitido |

| Deducciones Mensuales del Plan de Visión | |
|--|------------------------------|
| Nivel de Cobertura | Plan de la Visión - 180/300H |
| Empleado | \$20.00 |
| Empleado + Uno | \$39.00 |
| Familia | \$54.00 |

1. El copago debe abonarse al Proveedor Participante en el momento del servicio.
2. Materiales de lentes especiales: El afiliado puede seleccionar materiales de lentes especiales (de transición, ultraligeros, PALs de primera calidad, etc.) siempre que pague cualquier cantidad que exceda las tarifas U&C del proveedor participante por los lentes cubiertos.
3. Artículos no cubiertos: Cualquier artículo no mencionado específicamente arriba, incluyendo, pero no exclusivamente, el servicio urgente, los acuerdos de servicio, los materiales de lentes especiales, el tamaño excesivo y otros extras son pagados por el paciente en el momento del servicio. Los lentes progresivos estándar se definen como cualquier marca de PAL ofrecida por el proveedor participante con un valor de venta al público de 120,00 dólares o menos.
4. Si se realiza el examen o la "adaptación" de los lentes de contacto y el paciente decide no adquirirlos, el paciente es responsable del coste de la tarifa de adaptación de los lentes de contacto.
5. El beneficio máximo total permitido es de 650,00 dólares. El proveedor participante debe autorizar previamente la necesidad médica.
6. Si se realiza la evaluación, adaptación o dispensación de lentes de contacto y el Miembro decide utilizar su beneficio para una opción alternativa de corrección de la vista, el Miembro debe pagar el costo de la evaluación, adaptación o dispensación de lentes de contacto antes de poder utilizar otra opción de beneficio de corrección de la vista.
7. El beneficio máximo total permitido es de \$650,00. El proveedor participante debe autorizar previamente la necesidad médica.



VISIÓN CONT.

Proveedor - Eyetopia

Límites de Edad de los Dependientes: Hasta los 26 años | **Períodos de Espera:** Ninguno

| Beneficio | Plan de la Visión - 120/145 |
|---|---|
| | (una vez cada año natural)r) |
| Beneficio Uno ² (elija una de las siguientes 2 opciones cada 12 meses) Examen de refracción: una refracción o un examen visual de rutina Copagos médicos o cualquier material o servicio de igual o menor valor | \$10 copago ¹ \$45 subsidio |
| Beneficio Dos (elija sólo una de las siguientes opciones de corrección de la vista) Eyetopia Vision Care le ofrece tres (3) opciones para corregir su visión | |
| Lentes y/o Montura ³ Monovisión ⁴ Bifocal ⁴ Trifocal ⁴ Lentes PAL ⁴ | \$20 copago ¹ \$20 copago ¹ \$20 copago ¹ \$120 subsidio |
| Marcos El afiliado puede seleccionar cualquier montura en exposición, la asignación se aplicará a la montura seleccionada. El afiliado pagará el importe que exceda la franquicia. | \$120 subsidio |
| Lentes de Contacto Electivos ⁶ Medicamento Necesario ⁷ | Asignación de \$145 después de un copago de \$20 que se aplicará a las lentes, a la tarifa de adaptación y a cualquier otro cargo Asignación de \$145 para la evaluación y \$400 para las lentes de contacto |
| Opción de Cirugía Refractiva ⁷ (Puede seleccionar la cirugía refractiva en lugar de las gafas o las lentes de contacto durante cada periodo del plan) LASIK, ASA, ICL or RLE | Dentro de la Red: \$350 por ojo permitido Fuera de la Red: \$75 por ojo permitido |

| Deducciones Mensuales del Plan de Visión | |
|--|-----------------------------|
| Nivel de Cobertura | Plan de la Visión - 120/145 |
| Empleado | \$8.00 |
| Empleado + Uno | \$15.00 |
| Familia | \$22.00 |

1. El copago debe abonarse al proveedor participante en el momento del servicio.
2. Cuando las aseguradoras ofrecen un examen oftalmológico anual de bienestar, se crea un solapamiento de beneficios para los afiliados a Eyetopia. Si esto ocurre, el afiliado puede elegir otra opción dentro del Beneficio Uno como se describe, aún se requiere un copago de \$10.00 para ejercer estas otras opciones.
3. Materiales de lentes especiales y artículos no cubiertos: Las lentes de transición, ultraligeras, PAL premium, servicio urgente, acuerdos de servicio, otros materiales de lentes especiales, de gran tamaño, otros extras y cualquier artículo no mencionado específicamente arriba pueden ser sustituidos siempre que el Afiliado pague cualquier cantidad que exceda el precio del beneficio cubierto y los honorarios usuales y habituales del Proveedor Participante por la mejora en el momento del servicio.
4. Las lentes progresivas estándar se definen como cualquier marca de PAL ofrecida por el proveedor participante con un valor de venta al público de hasta 120,00 dólares.
5. Si se realiza el examen o la "adaptación" de las lentes de contacto y el paciente decide no adquirirlas, el paciente será responsable del coste de la tarifa de adaptación de las lentes de contacto.
6. Si se realiza la evaluación de las lentes de contacto, la adaptación o el servicio de dispensación y el afiliado decide utilizar su beneficio para una opción alternativa de corrección de la vista, el afiliado deberá pagar el coste de la evaluación de las lentes de contacto, la adaptación o el servicio de dispensación antes de poder utilizar otra opción de beneficio de corrección de la vista.
7. El proveedor participante debe autorizar previamente la necesidad médica.
8. Esta prestación puede aplicarse a la tarifa de adaptación de las lentes de contacto y a todos los demás gastos, incluidas las visitas de seguimiento y las lentes de contacto.



VIDA Y AD&D

Proveedor - The Standard

VIDA A TÉRMINO BÁSICO Y AD&D

El distrito ofrece un seguro de Vida Básico y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) de \$10,000 a través de The Standard. San Felipe Del Rio CISD proporciona una cantidad garantizada de seguro de Vida Básico **sin costo alguno para usted durante su empleo. Llame al Centro de Servicios de Beneficios para designar o actualizar la información del beneficiario.**

El seguro AD&D proporciona un beneficio monetario a un empleado o beneficiario cuando el empleado experimenta ciertas lesiones corporales o la muerte resultante de un accidente cubierto mientras está asegurado. El distrito proporciona una cantidad de emisión garantizada igual a la cantidad del seguro de vida básico.

| Beneficios a Pagar | |
|-------------------------------|----------------------|
| Beneficios para los Empleados | |
| Reducción de la Edad | Al 50% a los 70 años |

VIDA A TÉRMINO VOLUNTARIO Y AD&D

Además del seguro de vida pagado por el distrito, tiene la oportunidad de elegir un seguro de vida adicional a través de The Standard. El importe de AD&D reflejará el importe del seguro de Vida Voluntario.

| Beneficios | Vida a Término Voluntario y AD&D |
|--|---|
| Beneficios para Empleados Importe del Beneficio Garantía Reducción por Edad | Cada año en la inscripción anual el empleado puede aumentar en incrementos de \$10,000 sin EOI para no exceder el IG de \$200,000. Hasta \$200,000 Hasta el 50% a los 70 años |
| Beneficios para el Cónyuge Importe del Beneficio Garantía Reducción por Edad | Cada año, en el momento de la afiliación anual, el empleado puede aumentar en incrementos de \$5,000 sin EOI hasta superar un IG de \$50,000. Hasta \$50,000 Hasta el 50% a los 70 años |
| Beneficios para los Hijos Importe del Beneficio Garantía Reducción por Edad | Para los hijos elegibles de 14 días a 26 años (26 si son estudiantes a tiempo completo), puede optar por adquirir beneficios de \$5,000 o \$10,000 a \$10,000 Hasta \$10,000 No Aplicable |



VIDA UNIVERSAL

Proveedor - Trustmark

Las soluciones de Vida Universal de Trustmark, totalmente portátiles, responden a las diferentes necesidades de los empleados de contar con un seguro de vida permanente y tranquilidad para toda la vida. Están disponibles para los empleados y sus Cónyuges y sus hijos en cantidades nominales desde \$5,000 hasta \$300,000. Las opciones incluyen el paquete de beneficios de vida más completo del sector.

| Beneficios | Plan |
|--|---|
| Universal Life Events® | LifeEvents paga un mayor beneficio por fallecimiento durante los años de trabajo, cuando los gastos son elevados y las familias necesitan la máxima protección. A los 70 años, cuando las necesidades financieras suelen ser menores, el beneficio por fallecimiento se reduce a un tercio. Sin embargo, los beneficios de vida más elevados no se reducen, sino que continúan durante la jubilación para adaptarse a la mayor necesidad de cuidados de larga duración (LTC). |
| Spouse/Domestic Partner | Opciones de lucha contra la inflación para empleados y cónyuges. Aumentos garantizados de los beneficios en vida y en caso de fallecimiento sin suscripción. Empleados y cónyuges hasta los 60 años: prima adicional de \$1 por semana en cada uno de los 10 primeros aniversarios. |
| Beneficio por Enfermedad Terminal | Acelera el 75% del importe de la prestación por fallecimiento cuando la esperanza de vida es de 24 meses o menos, en comparación con el 50% y las esperanzas de vida de 6 o 12 meses que se suelen ver en el sector. |
| Beneficio de Muerte Acelerada por Cuidados Críticos (Incorporada) | Diseñada para acelerar la prestación por fallecimiento en un 4% mensual durante un máximo de 25 meses para pagar los cuidados de larga duración en un centro de vida asistida o de cuidados de larga duración, o la atención sanitaria a domicilio y/o la atención diurna para adultos. |

Hable con un Consejero de Beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas.



ACCIDENTE

Proveedor - Guardian

Usted hace todo lo posible para mantener a su familia a salvo, pero los accidentes ocurren. Es reconfortante saber que tiene ayuda para gestionar los costes médicos asociados a las lesiones accidentales, tanto dentro como fuera del trabajo. El seguro de Accidentes de Guardian paga un beneficio en efectivo programado tras el diagnóstico de lesiones por accidente cubiertas. La póliza de Accidentes pagará un **\$beneficio de bienestar de \$50** una vez por año calendario, por persona.

| Beneficio | Plan de Accidentes | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|
| | Plan 1 | Plan 2 |
| Beneficio por Muerte Accidental | | |
| Empleado | \$25,000 | \$60,000 |
| Cónyuge | \$12,500 | \$20,000 |
| Hijos | \$5,000 | \$10,000 |
| Transportista común | 200% de AD&D | 200% de AD&D |
| Ambulancia: Tierra | \$150 | \$200 |
| Ambulancia: Aérea | \$1,000 | \$1,500 |
| Electrodomésticos | \$125 | \$125 |
| Laceraciones | Up to \$400 | Up to \$500 |
| Quemaduras de segundo y tercer grado | Up to \$12,000 | Up to \$12,000 |
| Servicios de terapia (hasta 10 días) | \$25 por día | \$35 por día |
| Conmoción Cerebral | \$75 | \$100 |
| Dislocación | Hasta \$4,400 | Hasta \$4,800 |
| Trabajo Dental de Emergencia | \$300/Corona, \$75/Extracción | \$400/Corona, \$100/Extracción |
| Tratamiento del dolor por vía epidural (2 veces por accidente) | \$100 | \$100 |
| Coma | \$10,000 | \$12,500 |
| Lesión Ocular | \$300 | \$300 |
| Fracturas | Hasta \$5,500 | Hasta \$6,000 |
| Cirugía | Hasta \$1,250 | Hasta \$1,500 |
| Tratamiento Inicial en Consultorio Médico/ Centro de Atención de Urgencias | \$75 | \$100 |
| Admisión en el Hospital | \$1,000 | \$1,250 |
| Internamiento Hospitalario (por día hasta 1 año) | \$225 por día | \$250 por día |
| Admisión en la UCI del Hospital | \$2,000 | \$2,500 |
| Confinamiento en la UCI del Hospital (hasta 15 días) | \$450 por día | \$500 por día |

| Accident Plan Deductions | Plan 1 | Plan 2 |
|---------------------------|--------------|--------------|
| Nivel de Cobertura | Mensualmente | Mensualmente |
| Empleado | \$17.78 | \$20.16 |
| Empleado + Cónyuge | \$28.64 | \$31.78 |
| Empleado + Hijo(s) | \$29.57 | \$32.41 |
| Familia | \$40.43 | \$44.03 |



ENFERMEDAD CRÍTICA

Proveedor - Guardian

Usted tiene responsabilidades: con usted mismo y con su familia. El Seguro de Enfermedad Crítica le protege a usted y a su familia en caso de enfermedad grave o otra afección médica con una cobertura que es portátil (lo que significa que puede llevarse a usted si se va). Los pagos se realizan directamente al empleado y pueden aplicarse a las reclamaciones, a las facturas del hogar o a otros gastos según sea necesario.

| Beneficio | | Enfermedad Crítica |
|--|--|--|
| Importes de Cobertura | | |
| Empleado (Emisión Garantizada - \$20,000) ¹ | | \$5,000 a \$20,000 |
| Cónyuge (Emisión Garantizada - \$10,000) ¹ | | \$5,000 a \$10,000 |
| Hijo (Todos los importes de los hijos están garantizados) ² | | 25% del importe del empleado |
| Reducciones de Beneficios | | 50% a los 70 años |
| Beneficio | | |
| Ataque Cardíaco Accidente Cerebrovascular Fallo Cardíaco Insuficiencia Orgánica Insuficiencia Renal Coma Esclerosis Lateral Amiotrófica (Enfermedad de Lou Gehrig) Pérdida del Habla, de la Vista o del Oído Quemaduras Graves | | 100% |
| Arteriosclerosis Coronaria Enfermedad de Addison Enfermedad de Huntington | | 30% |
| Beneficio de Bienestar (Proporciona un beneficio por año para completar ciertas revisiones o procedimientos rutinarios de bienestar) | | |
| Empleado | | \$50 |
| Cónyuge | | \$50 |
| Hijo | | \$50 |
| Limitación de Condiciones Pre-Existentes | | Periodo de observación de 3 meses, 6 meses sin tratamiento /12 meses después |

1 Menos de 70 años

2 Límites de edad de los dependientes: de 0 días a 26 años (26 si es estudiante a tiempo completo)

El coste del niño se incluye con la elección del empleado.

| Deducciones Mensuales del Plan de Enfermedad Crítica - Empleado | | | | | | | |
|---|----------|--------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Importes de los Beneficios | <30 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70+ | |
| Sin-Tabaco | \$10,000 | \$3.24 | \$4.80 | \$8.20 | \$14.76 | \$24.20 | \$52.02 |
| | \$20,000 | \$6.48 | \$9.60 | \$16.40 | \$29.52 | \$48.40 | \$104.04 |
| Tabaco | \$10,000 | \$4.20 | \$6.72 | \$13.10 | \$23.32 | \$39.92 | \$85.84 |
| | \$20,000 | \$8.40 | \$13.44 | \$26.20 | \$46.64 | \$79.84 | \$171.68 |
| Importe del beneficio Hasta el 50% del importe del Empleado Hasta un Máximo de \$10,000 - Cónyuge | | | | | | | |
| Importes de los Beneficios | <30 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70+ | |
| Sin-Tabaco | \$5,000 | \$1.62 | \$2.40 | \$4.10 | \$7.38 | \$12.10 | \$26.01 |
| | \$10,000 | \$3.24 | \$4.80 | \$8.20 | \$14.76 | \$24.20 | \$52.02 |
| Tabaco | \$5,000 | \$2.10 | \$3.36 | \$6.55 | \$11.66 | \$19.96 | \$42.92 |
| | \$10,000 | \$4.20 | \$6.72 | \$13.10 | \$23.32 | \$39.92 | \$85.84 |



CÁNCER

Proveedor - Guardian



Aunque la mayoría de la gente sabe apreciar la importancia de tener un seguro de salud y de invalidez, los costes del cáncer pueden ir mucho más allá de lo que cubren. El seguro contra el cáncer es una forma asequible de proporcionar fondos adicionales para ayudar

a cubrir los gastos de bolsillo.

Se calcula que el gasto medio de bolsillo de los pacientes con cáncer es de \$1,200 al mes. Los copagos y los deducibles, los tratamientos experimentales y fuera de la red, las necesidades de atención médica a domicilio y los viajes son sólo algunos de los costes a los que una persona puede enfrentarse si se le diagnostica un cáncer. Y eso además de las facturas cotidianas, como la comida, los servicios públicos, los pagos del coche y otras que tienen que mantener al día. El seguro contra el cáncer es una forma asequible de hacer frente a los crecientes costes médicos, al tiempo que refuerza su paquete de beneficios para los empleados.

| Beneficio | Cancer | |
|---|---|--|
| | Plan 1 | Plan 2 |
| Beneficio de Diagnóstico Inicial | | |
| Empleado | \$1,500 | \$1,500 |
| Cónyuge | \$1,500 | \$1,500 |
| Hijo | \$1,500 | \$1,500 |
| Período de Espera del Beneficio | 30 días | 30 días |
| Detección del Cáncer | \$50; \$50 de revisión de seguimiento | \$50; \$50 de revisión de seguimiento |
| Radioterapia o Quimioterapia | Hasta un máximo de \$15,000 por año de beneficio | |
| Limitación de la Condición Pre-Existente | Periodo de revisión de 3 meses; periodo de exclusión de 12 meses | |
| Ambulancia Aérea (límite de 2 viajes por confinamiento) | \$1,500 per viaje | \$2,000 per viaje |
| Ambulancia (límite de 2 viajes por internación) | \$200 per viaje | \$250 per viaje |
| Anestesia | 25% del beneficio de la cirugía | |
| Anti-Náuseas | \$50/día hasta \$150 por mes | \$50/día hasta \$250 por mes |
| Médico de Cabecera (límite de 75 visitas) | \$25/día mientras esté confinado en el hospital | |
| Sangre/Plasma/Platinas (por año) | \$100/día hasta \$5,000 | \$200/día hasta \$10,000 |
| Médula Ósea/Células Madre | Médula Ósea: \$7,500 Células Madre: \$1,500 50% de beneficio para el segundo trasplante beneficio de \$1,000 si es donante | Médula ósea: \$10,000 Células madre: \$2,500 50% de beneficio para el segundo trasplante \$1,500 de beneficio si es donante |
| Tratamiento Experimental | \$100/día hasta \$1,000 /mes | \$200/día hasta \$2,400 /mes |
| Centro de Cuidados Prolongados/ Cuidados de Enfermería Especializada | \$100/día hasta 90 días al año | \$150 /día hasta 90 días al año |
| Confinamiento Hospitalario | \$300/día los primeros 30 días 600 \$/día durante los 31 días siguientes | \$400/día los primeros 30 días \$800 /día durante los 31 días siguientes |
| Confinamiento en la UCI | \$400/día por los primeros 30 días; \$600/día durante 31 días después por confinamiento | \$600/día por los primeros 30 días; \$800/día por 31 días después por confinamiento |
| Cáncer de Piel | Sólo Biopsia \$100 Cirugía reconstructiva: \$250 Escisión de un cáncer de piel: \$375 Escisión de un cáncer de piel con colgajo o injerto: \$600 | |
| Cancer Plan Deductions | Plan 1 | Plan 2 |
| Nivel de Cobertura | Mensualmente | Mensualmente |
| Empleado | \$23.81 | \$28.55 |
| Empleado + Cónyuge | \$44.89 | \$53.72 |
| Empleado + Hijo(s) | \$26.60 | \$31.61 |
| Familia | \$47.68 | \$56.78 |



INCAPACIDAD

Proveedor - The Standard

Entendemos las necesidades únicas de quienes trabajan en la educación, y tenemos un seguro de Incapacidad a Largo Plazo para satisfacer esos requisitos. El seguro de Incapacidad a Largo Plazo de The Standard puede reemplazar una parte de su salario si se enferma o se lesiona y no puede trabajar. Puede ayudarle a cubrir sus gastos y proteger sus finanzas en un momento en el que no está recibiendo un sueldo y tiene facturas médicas adicionales.

INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

The Standard's Long-Term Disability Insurance provides income replacement benefits for you and your family in the unfortunate event you are unable to work due to injury or illness. As long as you remain disabled, you can receive payments for up to **24 meses**. Cubre las lesiones y enfermedades sufridas en el trabajo o fuera de él.

| Beneficios | Incapacidad a Largo Plazo |
|-----------------------------------|---|
| Beneficio para el Empleado | Puede adquirir un beneficio en múltiplos de unidades de \$100, a partir de un mínimo de \$200, hasta \$7,500. |
| Beneficio Mensual Máximo | El menor de \$7,500 o el 66 2/3% de sus ingresos por predisposición, redondeado al más cercano a \$100. |

Hable con un Consejero de Beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas.

Definición de Incapacidad: Durante los primeros 24 meses, Standard definirá la discapacidad de la siguiente manera:

No puede realizar las tareas materiales y sustanciales de su ocupación habitual debido a una enfermedad o lesión; tiene una pérdida del 20% o más de los ingresos mensuales indexados debido a la misma enfermedad o lesión; y, durante el periodo de eliminación, no puede realizar ninguna de las tareas materiales y sustanciales de su ocupación habitual.

Después de que se hayan abonado los beneficios durante 24 meses, estará incapacitado cuando Standard determine que, debido a la misma enfermedad o lesión, no puede realizar las tareas de cualquier ocupación remunerada para la que esté razonablemente capacitado por su educación, formación o experiencia.

Debe estar bajo el cuidado regular de un médico para que se le considere discapacitado.

¿Por qué es valiosa esta cobertura de LTD?

- **Es flexible.** Puede utilizar el dinero como quiera. Puede ayudarle a pagar el alquiler o la hipoteca, los comestibles, los gastos médicos de bolsillo y mucho más.
- **Es asequible.** Su coste se basa en la edad que tenga en el momento de contratar el seguro y no aumentará cuando pase a la siguiente franja de edad.
- **Es conveniente.** Las primas se deducen automáticamente de su nómina.

Recursos para el bienestar emocional y el equilibrio entre el trabajo y la vida personal para que se esté lo mejor posible

SupportLinc es un recurso confidencial que ayuda usted y su familia enfrentan los desafíos de la vida



Apoyo al momento

Comuníquese con un consejero clínico licenciado 24/7/365



Pericia financiera

Planificación financiera experta y consulta



Asistencia legal

Consulta legal gratuita en persona o por teléfono



Sesiones de asesoramiento

Acceda hasta **cinco (5) a sesiones** en persona o de video para tratar problemas como depresión, estrés, problemas de relación, pérdidas, abuso de sustancias, ansiedad u otros problemas de salud emocional



Asistencia familiar

Consultas y referencias para problemas de la vida cotidiana, incluido el cuidado de dependientes, reparación de automóviles y mejoras en el hogar



Confidencialidad

Los estrictos estándares de confidencialidad garantizan que nadie sepa que ha accedido al programa sin su permiso por escrito, excepto cuando lo exija la ley



En el portal web

- Su ventanilla única para acceder a recursos, referidos, consultas con expertos, descuentos y mucho más con contenido en inglés y español
- Explore la capacitación a pedido y recursos prácticos para impulsar su bienestar y equilibrio de vida
- Utilice motores de búsqueda, calculadoras financieras y recursos profesionales

Apoyo al alcance de su mano

- **eConnect® móvil**
Lo conecta con soporte confidencial y ofrece experto, contenido buscable
- **Textcoach®**
Intercambie mensajes de texto, notas de voz y recursos con un consejero licenciado a través de la aplicación de escritorio y móvil
- **Animo**
Contenido autoguiado, recursos prácticos e inspiración diaria para fomentar un cambio de comportamiento significativo y duradero



Comienza con Navigator

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



¡Descargar la aplicación móvil hoy!



1-888-881-LINC (5462)



supportlinc.com
codigo del grupo: **sfdrcisd**



TÉRMINOS DE SEGURO DE SALUD

Para sacar el máximo partido a sus prestaciones sanitarias, debe entender los términos que utilizan las compañías de seguros, los planes de salud y los proveedores de servicios sanitarios.

- **Beneficio** - La cantidad de dinero a pagar por una compañía de seguros a un reclamante en virtud de la póliza de seguros.
- **Reclamación** - Solicitud de un individuo (o de su proveedor) para que la compañía de seguros pague por los servicios obtenidos.
- **Coaseguro** - Dinero que un individuo debe pagar por los servicios, después de haber pagado el deducible. Suele ser un porcentaje determinado de los gastos. Por ejemplo, el empleado paga el 20% de los gastos y el plan de salud el 80%.
- **Copago** - Acuerdo por el que un individuo paga una cantidad determinada por varios servicios de atención de salud y el plan de salud o la compañía de seguros paga el resto. Por lo general, el individuo debe pagar su parte cuando se prestan los servicios.
- **Deducible** - Cantidad fija en dólares que una persona debe pagar antes de que comience la cobertura del seguro para los gastos médicos. Suelen cobrarse de forma anual o por año de contrato.
- **Exclusiones y Limitaciones** - Condiciones o circunstancias específicas para las que una póliza o plan de seguro no proporcionará cobertura (exclusiones), o para las que la cobertura está específicamente limitada (limitaciones).
- **Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA)** - Una cuenta de ahorro individual/personal en la que un asegurado puede apartar dinero antes de impuestos para pagar artículos calificados (consulte la Publicación 502 del IRS). Debe estar cubierto por un plan de salud con deducible alto (HDHP) para poder contribuir a una HSA.
- **Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP)** - Un plan de salud que cumple con los requisitos para ser considerado un HDHP. En un HDHP NO hay copagos. Todos los gastos médicos y de medicamentos recetados se aplican en primer lugar al deducible del año natural, y luego, una vez que el miembro haya satisfecho su deducible, se aplicará el coseguro.
- **Dentro de la Red** - Normalmente se refiere a los médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que tienen contrato con el plan de seguro para proporcionar servicios a sus miembros. La cobertura de los servicios recibidos de proveedores de la red suele ser mayor que la de los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, según el plan.
- **Medicamento Necesario** - Término utilizado para describir los suministros y servicios necesarios para diagnosticar y tratar una condición médica de acuerdo con las normas de la buena práctica médica. Muchos planes de salud sólo pagan los tratamientos que se consideran médicamente necesarios. Por ejemplo, la mayoría de los planes no cubren la cirugía estética electiva.
- **Fuera de la Red** - Normalmente se refiere a los médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que no tienen contrato con el plan de seguros para prestar servicios a sus miembros. Dependiendo del plan de seguro, los gastos incurridos por los servicios prestados por proveedores fuera de la red podrían no estar cubiertos, o la cobertura podría ser menor que la de los proveedores dentro de la red.
- **Máximo de Desembolso** - La cantidad total pagada cada año por el deducible y el coseguro. Después de alcanzar el máximo de desembolso, el plan paga el 100% de los cargos permitidos por los servicios cubiertos el resto de ese año calendario.
- **Condición Pre-Existente** - Cualquier condición médica que fue diagnosticada o tratada dentro de un período específico inmediatamente antes de que la póliza de seguro de salud entrara en vigor. Estas afecciones pueden no estar cubiertas durante un periodo de tiempo determinado en la nueva póliza.
- **Organizaciones de Proveedores Preferentes (PPO)** - Un tipo de plan de atención gestionada en el que los médicos y los hospitales acuerdan ofrecer tarifas reducidas a los miembros del plan. Los pacientes suelen recibir un reembolso del 80-100% por el tratamiento recibido dentro de la red, frente al 50-70% fuera de la red.
- **Médico de Atención Primaria (PCP)** - Un profesional de la salud que es responsable de supervisar las necesidades generales de atención médica de un individuo. Por lo general, el médico de cabecera actúa como guardián de la atención de una persona, remitiéndola a los especialistas y admitiéndola en los hospitales cuando es necesario.
- **Cargos Razonables y Acostumbrados** - Los cargos comúnmente cobrados o prevaecientes por servicios de salud dentro de un área geográfica. Si los cargos son más altos de lo que una compañía de seguros considera razonable y habitual, la compañía no pagará el importe total y, en cambio, pagará lo que se considere apropiado para el servicio concreto. El resto de los gastos son responsabilidad del paciente.



PREGUNTAS FRECUENTES

Este documento resume avisos legales anuales importantes y requeridos para San Felipe Del Rio CISD. Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos avisos, póngase en contacto con Recursos Humanos al **830-778-4100**.

GENERALIDADES

Si ya estoy inscrito y no hago ningún cambio, ¿tengo que completar el proceso de inscripción abierta?

Sí. Es importante que revise cualquier cambio de tarifa o de plan que se produzca en su plan actual.

Si quiero rechazar la cobertura, ¿debo completar el proceso de inscripción abierta?

Sí, es importante que Recursos Humanos tenga constancia de su decisión. Tenga en cuenta que si rechaza la cobertura, no podrá elegirla durante el año, a menos que se produzca un acontecimiento especial como un matrimonio, un divorcio, el nacimiento o la adopción de un hijo, o la pérdida de otra cobertura.

¿Puedo inscribir a mi cónyuge o a una persona dependiente en un plan y a mí en otro?

No. Todos los dependientes cubiertos, incluido el cónyuge, deben estar en el mismo plan que el empleado.

¿Puedo abandonar o cambiar de plan durante el año del plan?

Sólo se pueden hacer cambios si se ha producido un acontecimiento calificado o un cambio en la vida personal. Algunos ejemplos son el matrimonio, el divorcio, el nacimiento de un hijo o el cambio de situación laboral.

¿Cuál es la diferencia entre un año natural y un año de contrato?

Un plan en un año natural va del 1 de enero al 31 de Diciembre. Los elementos como el deducible, el gasto máximo de bolsillo, etc., se reajustan cada 1 de enero. Todos los planes individuales y familiares tienen un año natural. Un plan en un año de contrato (también llamado año de prestaciones) abarca cualquier periodo de 12 meses dentro del año. Los elementos como el deducible, el gasto máximo de bolsillo, etc. se reajustarán en la fecha de renovación del plan. Por ejemplo, la compañía ABC se renueva el 1 de julio de cada año. Su deducible comenzaría el 1 de julio y terminaría el 30 de junio. El deducible se restablece cada 1 de julio para los afiliados a la compañía ABC.

¿Qué ocurre si me inscribo en el seguro pero más

adelante en el año descubro que no puedo pagar las primas?

Si el motivo de su cambio de asequibilidad se debe a un acontecimiento que le ha cambiado la vida, como la pérdida de un empleo, el fallecimiento de un cónyuge o el nacimiento de un hijo, podrá optar a una inscripción especial en los 60 días siguientes al acontecimiento. Si no se inscribe durante este periodo, no tendrá asegurado un plan de salud que le cubra ni a través del Mercado de Seguros Médicos ni en el mercado privado. Si no paga la prima, podría perder la cobertura y no podrá volver a inscribirse hasta el siguiente periodo de inscripción abierta.

Pagos de beneficios

En el caso de los beneficios recibidos en la Red, usted es responsable únicamente de los importes de su copago, deducible y coseguro. Su proveedor presentará la reclamación.

MÉDICO

¿Debo informar a mi farmacia y a mi médico de mi plan de beneficios con Kempton?

Sí. En su próxima visita a la farmacia o al médico, simplemente presente su tarjeta de identificación de Kempton. Esto permitirá al proveedor facturar correctamente a UMR los servicios que ha recibido. Es importante que informe a su médico del requisito de utilizar un centro de Kempton como participante del plan médico.



AVISOS LEGALES

Certificado de Cobertura Acreditable

Deberá recibir un certificado de cobertura acreditable, de forma gratuita, de su plan de salud de grupo o del emisor del seguro médico cuando pierda la cobertura del plan, cuando tenga derecho a COBRA, cuando la cobertura de COBRA cese, si lo solicita antes de perder la cobertura o si lo solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin una prueba de cobertura acreditada por el plan, puede estar sujeto a la exclusión por enfermedad preexistente durante 12 meses (18 meses para los afiliados tardíos) después de su fecha de inscripción en otra cobertura si tiene 19 años o más.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Este plan de salud grupal cumple con el requisito de privacidad de la Información de Salud Protegida (PHI) bajo la ley HIPAA. Se puede obtener una copia de las prácticas de privacidad para las cuentas de gastos flexibles médicas, dentales, de visión y de asistencia sanitaria en Recursos Humanos.

Ley de Protección de la salud de los Recién Nacidos y de las Madres

En general, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud no pueden, conforme a la legislación federal, restringir los beneficios para cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la legislación federal no prohíbe, por lo general, que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, si procede). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la legislación federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o emisor para prescribir una duración de estancia no superior a 48 horas (o 96 horas, si procede).

Ley de no discriminación por información genética (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su empleador no puede solicitar o requerir ninguna información genética de usted o de los miembros de su familia.

La GINA prohíbe a los empleadores y a otras entidades cubiertas por el Título II de la GINA solicitar o requerir información genética de un individuo o de un miembro de su familia, excepto en los casos específicamente permitidos por esta ley.

Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. "Información Genética" según la definición de GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas, el hecho de que un afiliado haya solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética de un feto portado por un afiliado o de un embrión mantenido legalmente por un afiliado que reciba servicios de reproducción asistida.

Ley De Igualdad de Salud Mental y Equidad de Adicciones (MHPAEA)

La Ley de Igualdad de Salud Mental y Equidad de Adicciones del 2008, en general requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y limitaciones de tratamiento (como límites de visitas anuales) aplicables a los beneficios por trastornos de salud mental o uso de sustancias no son más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes que se aplican a prácticamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos. Para obtener más información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica realizadas según el plan de su empleador con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias, comuníquese con el administrador de su plan al (830) 778-4100.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Si ha sometido o va tener una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer exige que los planes de salud de grupo y sus compañías de seguros y HMO proporcionen ciertas prestaciones a las pacientes de mastectomía que eligen la reconstrucción mamaria.

Para las personas que reciban prestaciones relacionadas con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico que la atiende y la paciente, para: Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía; Cirugía y Reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; Prótesis; y Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema. Los beneficios de reconstrucción mamaria están sujetas a deducibles y limitaciones de coaseguro que son consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan. Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, contacta HR al (830) 778-4100.

La Ley de Michelle

Cuando un hijo dependiente pierde la condición de estudiante a efectos de la cobertura del plan de salud de grupo como consecuencia de una excedencia por motivos médicos en un centro de enseñanza post-secundaria, el plan de salud de grupo seguirá proporcionando cobertura durante la excedencia hasta un año, o hasta que la cobertura finalice de otro modo en el plan de salud de grupo, lo que ocurra antes. Para obtener información adicional, comuníquese con el administrador de su plan al (830) 778-4100.



AVISOS LEGALES

Un Aviso Importante de San Felipe del Río CISD sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su actual cobertura de medicamentos recetados con San Felipe Del Rio CISD y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

- La cobertura de medicamentos recetados de Medicare pasó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
- San Felipe Del Rio CISD ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan de Beneficios de Bienestar de San Felipe Del Rio CISD es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, sin culpa alguna, también podrá acogerse a un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de San Felipe Del Rio CISD no se verá afectada. Los participantes del plan pueden mantener su cobertura de medicamentos recetados bajo el plan de salud grupal si seleccionan la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Si seleccionan la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud de grupo se coordinará con la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su actual cobertura de San Felipe Del Rio CISD, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual de San Felipe Del Rio CISD y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos siguientes a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasa 63 días continuos o más sin tener una cobertura acreditable de medicamentos, su prima mensual puede subir al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para afiliarse.

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le pida una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Nombre de la Entidad/Remitente: San Felipe Del Rio CISD

Contacto--Posición/Oficina: Rachel García, Coordinadora de Beneficios para Empleados

Dirección: 315 Griner Road

Número de Teléfono: (830) 778-4100

Correo Electrónico: Rachel.garcia@sfd-r-cisd.org



AVISOS LEGALES

Derechos de protección del Paciente bajo la Reforma de Salud

Los planes de salud HMO requieren la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a los miembros de su familia. Hasta que usted haga esta designación, su plan de salud HMO designa uno por usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con su plan de salud HMO utilizando la información de contacto proporcionada en la Guía de Beneficios.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de su plan de salud HMO ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional sanitario tenga que cumplir con ciertos procedimientos, como la obtención de una autorización previa para determinados servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento preaprobado o los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales sanitarios participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con su plan de salud HMO utilizando la información de contacto proporcionada en la Guía de Beneficios.



AVISOS LEGALES



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 31-7-2023)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con **Rachel Garcia** rachel.garcia@sfd-r-cisd.org

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.



AVISOS LEGALES

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

| | | | |
|--|------------------------|--|--|
| 3. Nombre del empleador San Felipe Del Rio CISD | | 4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 74-1694073 | |
| 5. Dirección del empleador 315 Griner Rd. | | 6. Número de teléfono del empleador 830-778-4100 | |
| 7. Ciudad Del Rio | 8. Estado TX | 9. Código postal 78840 | |
| 10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Rachel Garcia | | | |
| 11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) | | 12. Dirección de correo electrónico rachel.garcia@sfd-r-cisd.org | |

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- Todos los empleados.
 Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

Eligible employees working 30 hours or more per week.

- En cuanto a los dependientes:

- Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

Eligible spouses and eligible children up to age 26.

- No ofrecemos cobertura médica.

- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

SAN FELIPE DEL RIO CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT

2023 - 2024 SCHOOL CALENDAR



July

- (3-7) District Closed
- 4 Independence Day
- 31 New Teacher Orientation

August

- (1-4) New Teacher Orientation
- (7-10) Staff Development
- 11 Teacher Work Day
- 14 First Day of School/ Begin 1st Six Weeks

September

- 4 Labor Day / Holiday
- 22 End 1st Six Weeks
- 25 Begin 2nd Six Weeks

October

- 9 Indigenous People's Day / Holiday

November

- 3 End 2nd Six Weeks
- 6 Begin 3rd Six Weeks
- 10 Veteran's Day - Holiday
- (20-24) Thanksgiving Break

December

- (5-15) STAAR Testing
- 22 End 3rd Six Weeks
- (25-29) Winter Break

January

- (1-5) Winter Break
- 8 Teacher Work Day
- 9 Begin 4th Six Weeks
- 15 MLK Day / Holiday
- 15 Make-Up Day / If Applicable

February

- 23 End 4th Six Weeks
- 26 Begin 5th Six Weeks

March

- (11-15) Spring Break
- 29 Good Friday / Holiday

April

- 1 Easter / Holiday
- 1 Make-Up Day / If Applicable

May

- (2-5) STAAR Testing
- 8 Solar Fest Day / Holiday
- 19 End 5th Six Weeks
- 22 Begin 6th Six Weeks
- 30 STAAR Testing

June

- 3 HB3 Extended Year Begins
- (18-28) STAAR Testing

July

- (1-5) District Closed
- 4 Independence Day
- 12 Last Day of HB3 / Summer School

| July 2023 | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

| August 2023 | | | | | | |
|-------------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | | | | | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

| September 2023 | | | | | | |
|----------------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | | | | | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

| October 2023 | | | | | | |
|--------------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

| November 2023 | | | | | | |
|---------------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |

| December 2023 | | | | | | |
|---------------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | | | | | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

| January 2024 | | | | | | |
|--------------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

| February 2024 | | | | | | |
|---------------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | |

| March 2024 | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

| April 2024 | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

| May 2024 | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

| June 2024 | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

| July 2024 | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|----|
| S | M | T | W | T | F | S |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |



| Legend | | | |
|--------|----------------------------|--|-----------------------|
| | District Closed | | Staff Development |
| | New Teacher Orientation | | Student/Staff Holiday |
| | First/Last Day of School | | Make Up Day |
| | STAAR Testing | | Graduation |
| | Beginning/End of Six Weeks | | Last day for Seniors |
| | HB3 Extended Year | | Teacher Work Day |

| INSTRUCTIONAL DAYS | | TEACHER WORKING DAYS | |
|--------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| 1st Six Weeks | 29 | 1st Six Weeks | 34 |
| 2nd Six Weeks | 29 | 2nd Six Weeks | 29 |
| 3rd Six Weeks | 29 | 3rd Six Weeks | 29 |
| 4th Six Weeks | 33 | 4th Six Weeks | 34 |
| 5th Six Weeks | 32 | 5th Six Weeks | 32 |
| 6th Six Weeks | 28 | 6th Six Weeks | 29 |
| TOTAL | 180 Days | TOTAL | 187 Days |
| SENIORS | 177 Days | | |

| | Instructional Mins. | Waiver Mins. | Total Mins.: | Excess Mins.: | Instructional Day: | Total Instructional Mins. |
|---------------------------------|---------------------|--------------|--------------|---------------|--------------------|---------------------------|
| Irene Cardwell: | 76500 | 0 | 76500 | 900 | 7:55AM - 3:00PM | 425 |
| Elementary: | 78300 | 0 | 78300 | 2700 | 7:50AM-3:05PM | 435 |
| SFMS/DRMS: | 78300 | 0 | 78300 | 2700 | 8:15AM-3:30PM | 435 |
| DRHS/DRFS/ECHS /Blended: | 80100 | 0 | 80100 | 4500 | 8:10AM-3:35PM | 445 |
| Seniors: | 78765 | 0 | 78765 | 3165 | 8:10AM-3:35PM | 445 |

Board Approved 03/27/2023



ELEGIBILIDAD

MÉDICO

FSA

DENTAL

VISIÓN

VIDA Y AD&D

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

INCAPACIDAD

AVISO LEGAL



2024

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

SPC Bldg.
315 Griner St. Del Rio, Texas 78840
Office: 830.778.4100 | www.sfdr-cisd.org

