



ELEGIBILIDAD

MÉDICO

FSA

DENTAL

VISIÓN

VIDA Y AD&D

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

INCAPACIDAD

AVISO LEGAL

2025



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**

Aplicación BCBSTX | **P.6**

Buscador de Proveedores | **P.7**

Botiquín de Medicina Virtual | **P.8**

Express Scripts | **P.9**

Cuenta de Gasto Flexible | **P.11**

Dental | **P.14**

Visión | **P.16**

Vida y AD&D | **P.17**

Vida Universal | **P.18**

Accidente | **P.19**

Enfermedad Crítica | **P.20**

Cáncer | **P.21**

Voya Protect | **P.22**

Incapacidad a Largo Plazo | **P.23**

Programa de Asistencia al Empleado (EAP) | **P.24**

Términos de Seguro de Salud | **P.25**

Preguntas Frecuentes | **P.26**

Avisos Legales | **P.27**

Calendario Escolar | **P.43**

DIRECTORIO

Para cualquier pregunta o duda que pueda tener en relación con sus beneficios de empleado 2025, 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	(855) 731-4452	
Sábado: 9:00 am - 3:00 pm CST		
Beneficio/Proveedor	Sitio Web	Teléfono
Médico Blue Cross Blue Shield of Texas (BCBSTX)	www.bcbstx.com	PPO: 800-521-2227 HMO: 877-299-2377
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
Voya Protect Voya	presents.voya.com/ebrc/sanfelipe	800-955-7736
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, 2025 a Diciembre 31, 2025**. 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.

ACERCADEESTAGUÍA 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 2025?

- **¡Blue Cross Blue Shield de Texas será el nuevo proveedor médico!**
- Este año, los empleados tendrán 3 planes para elegir.
- **Este año se ofrecerán 2 planes Dentales adicionales de MetLife-**
Consulte la página 14 para obtener detalles del plan.
- **Voya Protect es el nuevo plan de salud suplementario que estará disponible este año -** Consulte la página 22 para obtener detalles del plan.



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 20 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

¡Nuevo Proveedor! - Blue Cross Blue Shield de Texas

El programa médico, administrado por Blue Cross Blue Shield de Texas, 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 calendario)	HMO 1	HMO 2	PPO
Deducible			
Dentro de la red (individual/familiar)	\$2,500/\$5,000	\$1,200/\$2,400	\$0/\$0
Fuera de la red (individual/familiar)	N/A	N/A	\$500/\$1,500
Máximo de Desembolso			
Dentro de la Red (individual/familiar)	\$8,000/\$16,000	\$6,900/\$13,800	\$2,000/\$6,000
Fuera de la Red (individual/familiar)	N/A	N/A	\$7,000/\$21,000
Coseguro (el participante paga)			
Dentro de la Red	30%	20%	20%
Fuera de la Red	N/A	N/A	40%
Visita al Consultorio de Atención Primaria	\$30 copago	\$15 copago	\$25 copago
Cuidado Preventivo	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Visita al Consultorio de Especialistas	\$70 copago	\$70 copago	\$40 copago
Atención de Urgencia	\$50 copago	\$50 copago	\$50 copago
Visitas Virtuales (MDLive)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Admisión Hospitalaria	30% después del deducible	20% después del deducible	Copago de \$150 + 20% de coseguro
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internos	30% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	30% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Procedimientos de Diagnósticos (Escaneo Óseo, Escaneo CT, MRI, Escaneo PET)	30% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Servicios de Ambulancia Terrestre y Aérea	30% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
Visita al Consultorio de Salud Mental	\$30 copago	\$15 copago	\$25 copago
Medicamentos Recetados (en Farmacias Participantes)			
Genérico	\$15 copago	\$15 copago	\$10 copago
Marca Preferida	\$60 copago	\$60 copago	\$35 copago
Marca No Preferida	\$100 copago	\$100 copago	\$60 copago
Especialidad	\$200 copago	\$200 copago	Cubierto en llos copagos de nivel 1, 2 o 3 aplicables
Pedido por Correo de 90 Días	3x el copago minorista	3x el copago minorista	3x el copago minorista

*Todos los copagos y coseguros se aplican al máximo de desembolso médico de todos los planes.

** Efectivo a partir del 1 de Enero de 2025, la contribución del distrito para la cobertura de salud por empleado por mes es de \$474.49.

Deducciones Mensuales del Plan Médico			
Nivel de Cobertura	HMO 1	HMO 2	PPO
Empleado	\$0.00	\$64.39	\$253.84
Empleado + Cónyuge	\$569.39	\$711.04	\$1,127.83
Empleado + Hijo(s)	\$379.59	\$495.49	\$836.49
Familia	\$948.98	\$1,142.14	\$1,710.49



BlueCross BlueShield of Texas

¡Descargue la aplicación **BCBSTX!**



Manténgase conectado con Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) y obtenga acceso a información importante sobre sus beneficios de salud, dondequiera que esté.

- Busque médicos, hospitales o centros de atención médica urgente/inmediata que formen parte de la red
- Acceda a sus reclamaciones, información de cobertura y deducible
- Vea y envíe su tarjeta de asegurado por correo electrónico
- Inicie sesión de manera segura con su huella digital
- Consulte Cuentas de reembolso y de ahorros de gastos médicos (HCA) y (HSA)
- Descargue y comparta su Explicación de Beneficios*
- Obtenga notificaciones automáticas (Push) y acceso al Centro de mensajes*

Envíe un mensaje con la palabra** **BCBSTXAPP** al **33633** para obtener la aplicación.

*Actualmente solo disponible en iPhone®. iPhone es una marca registrada de Apple, Inc.
** Puede haber tarifas aplicables por mensajería de texto y datos.



Disponible en inglés



espanol.bcbstx.com/mobile



Su médico está en nuestro directorio Provider Finder®



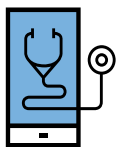
Ahora es más fácil buscar un prestador de servicios médicos y gestionar gastos médicos

El directorio Provider Finder de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) es una herramienta rápida y fácil de usar que mejora la experiencia de los asegurados cuando buscan prestadores de servicios médicos de la red. Además, puede ayudarlo a gestionar sus gastos de bolsillo.

La plataforma actualizada de Provider Finder ha sido sometida a pruebas intensivas. El resultado es una experiencia mejorada para los asegurados que los ayudará a ser consumidores más inteligentes en lo relacionado con la atención médica.

En espanol.bcbstx.com, los asegurados pueden iniciar sesión o crear una cuenta en el portal protegido para asegurados Blue Access for MembersSM (BAMSM) y usar el directorio Provider Finder para lo siguiente:

- buscar prestadores de servicios médicos, clínicas, hospitales y farmacias de la red;
- hacer búsquedas por especialidad, código postal, idioma en el que pueden atender y sexo, entre otros;
- revisar las certificaciones y los reconocimientos clínicos;
- comparar reconocimientos por la calidad de servicio de los médicos y hospitales, entre otros;
- leer o añadir evaluaciones sobre los prestadores de servicios médicos;
- calcular los gastos de bolsillo de más de 1,700 procedimientos, tratamientos y exámenes médicos;*
- encontrar oportunidades para ahorrar con el buscador de medicamentos Medication Finder.



Movílese con la aplicación BCBSTX

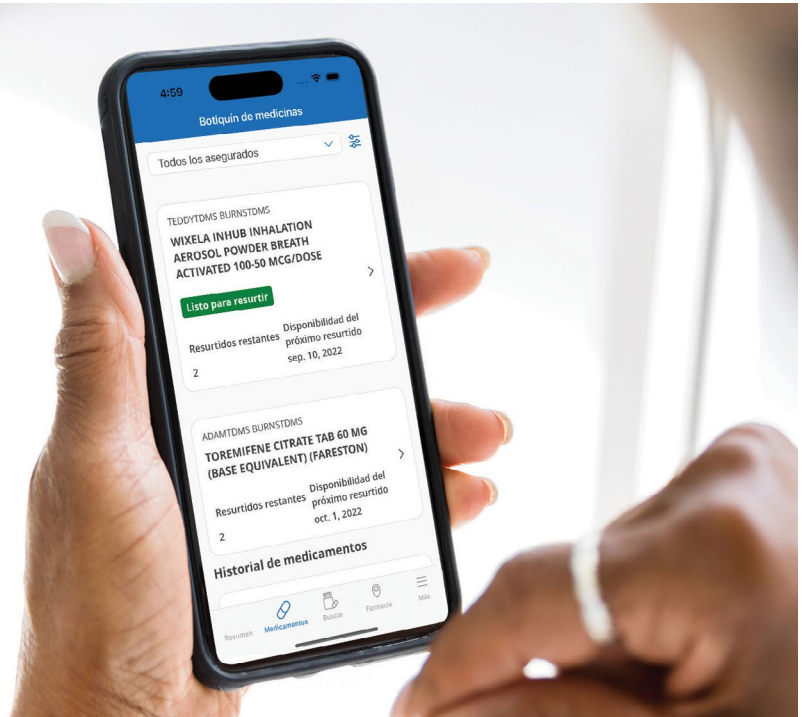
En dondequiera que estén, los asegurados pueden gestionar sus tarjetas de asegurado y estar al tanto de la actividad de las reclamaciones, la información de la cobertura y los recordatorios para volver a surtir medicamentos recetados. Es fácil. Inicie sesión o cree una cuenta de BAM en espanol.bcbstx.com o envíe BCBSTX por mensaje de texto al 33633** para descargar nuestra aplicación móvil.

* No todas las coberturas proporcionan esta información.

** Podrían aplicarse cargos por mensajería de texto y transmisión de datos. Los términos y condiciones y la política de privacidad están disponibles en espanol.bcbstx.com/mobile/text-messaging.



Su botiquín virtual ya está listo



Ahorre en medicamentos con receta con solo unos clics

MyBlueRxTX es una aplicación de farmacia personalizada para los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX). Estamos facilitando la comprensión y la gestión de los medicamentos con receta y los gastos de bolsillo para usted y su familia.

¿Cómo funciona?

Esta aplicación pone en sus manos la información sobre sus medicamentos recetados con funciones que le permiten hacer lo siguiente:

- comparar el costo de los medicamentos en distintas farmacias;
- encontrar opciones de medicamentos más económicos;
- gestionar el tratamiento con medicamentos recetados de su familia*;
- acceder a información sobre sus medicamentos recetados, incluidos los detalles de los medicamentos, el historial de reclamaciones, la cobertura, las autorizaciones previas y las reposiciones;
- recibir recordatorios cuando llegue el momento de volver a surtir sus medicamentos con receta;
- buscar farmacias de la red y ponerse en contacto con ellas.

Escanee un código QR para descargar la aplicación gratuita.

Utilice sus datos de acceso de Blue Access for MembersSM o cree una nueva cuenta para empezar.



MyBlueRxTX (iOS)



MyBlueRxTX (Android)



* Que figuran como derechohabientes en su cobertura de BCBSTX. Los hijos adultos (de 18 a 26 años) y otros derechohabientes pueden descargar la aplicación y crear su propia cuenta. No todas las funciones están disponibles para todas las coberturas.



Un servicio de entrega de medicamentos a domicilio (por correo) confiable

La farmacia Express Scripts® Pharmacy entrega sus medicamentos a largo plazo (o de mantenimiento) justo donde desee, sin necesidad de ir a la farmacia ni de hacer fila para adquirirlos.

Ahorros y conveniencia

- La farmacia Express Scripts® Pharmacy entrega suministros de 90 días de medicamentos a largo plazo.¹
- Los medicamentos recetados se envían a la dirección que usted indique, dentro de los EE. UU., y el envío estándar es gratuito.
- Puede hacer su pedido desde la comodidad de su hogar, ya sea a través de un dispositivo móvil, en línea o por teléfono. Su médico puede enviar la receta médica por fax, hacer el pedido por teléfono o enviarla electrónicamente a la farmacia Express Scripts® Pharmacy.
- El empaquetado sin marcas y a prueba de manipulaciones protege su privacidad.

Apoyo y servicio

- Puede recibir notificaciones por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto, según su elección, cuando se reciban pedidos y se despachen. Se comunicarán si es necesario para completar su pedido. Para seleccionar el medio de notificación de preferencia, regístrese en línea en [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx) o llame al **833-715-0942**.
- Acceso a un equipo de farmacéuticos y personal de apoyo capacitados, disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Solicite recibir recordatorios por teléfono o correo electrónico para volver a surtir sus medicamentos.
- Hay varias farmacias ubicadas en todo Estados Unidos para procesar y dispensar medicamentos de manera rápida.



La entrega de los medicamentos puede demorar hasta 5 días hábiles después de que la farmacia Express Scripts® Pharmacy reciba y verifique su pedido.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association



Cómo comenzar a usar el servicio de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy

En línea y con dispositivos móviles

Tiene varias opciones en línea o desde un dispositivo móvil para surtir medicamentos con receta:

- Visite [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx). Siga las instrucciones para registrarse y crear un perfil. Consulte la lista de medicamentos que le recetaron o envíe su pedido para volver a surtirlos.
- Inicie sesión en [myprime.com](https://www.myprime.com) y siga los enlaces para la farmacia Express Scripts® Pharmacy.

Por teléfono

Llame al **833-715-0942** (atención todos los días, las 24 horas del día) para volver a surtir medicamentos, transferir recetas médicas vigentes o solicitar el servicio de entrega de medicamentos a domicilio. Tenga a la mano su tarjeta de asegurado, la información de sus recetas médicas y la información de contacto de su médico.

Por correo

Para hacer un pedido de medicamentos recetados por correo, visite [espanol.bcbstx.com](https://www.espanol.bcbstx.com) e inicie sesión en Blue Access for MembersSM (BAMSM). Rellene el formulario de pedidos por correo. Envíe su receta médica, el formulario de pedidos rellenado y el pago a la farmacia Express Scripts® Pharmacy.

Hable con su médico

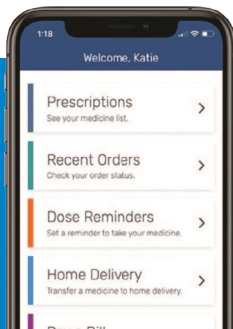
Pídale a su médico una receta para un suministro de 90 días de cada uno de sus medicamentos a largo plazo.¹ Puede pedirle que envíe la receta médica electrónicamente a Express Scripts® Pharmacy; que llame al **888-327-9791** para informarse sobre cómo hacer el pedido por fax; o que llame a la farmacia al **833-715-0942**. Si necesita empezar a tomar el medicamento de inmediato, solicite una receta para un suministro máximo de un mes que pueda surtir en una farmacia en su localidad.

Volver a surtir medicamentos es fácil

Las fechas para volver a surtir medicamentos se encuentran en la etiqueta de cada medicamento. Puede solicitarle a la farmacia Express Scripts® Pharmacy que le envíen un recordatorio a su teléfono o por correo electrónico cuando sea tiempo de volver a surtir sus medicamentos. Seleccione la opción de recordatorio que mejor le convenga.

¿Tiene preguntas?

Visite [espanol.bcbstx.com](https://www.espanol.bcbstx.com). También puede llamar al número en su tarjeta de asegurado.



Use la aplicación móvil para gestionar sus medicamentos recetados:

- volver a surtir medicamentos recetados;
- rastrear pedidos;
- hacer pagos;
- programar recordatorios para tomarse sus medicinas, y mucho más.

1. Recetas médicas para un suministro de hasta 90 días o la cantidad máxima permitida según la cobertura.

La farmacia Express Scripts® Pharmacy es una farmacia contratada para ofrecer servicios farmacéuticos por correo a los asegurados de Texas. La relación entre Express Scripts® Pharmacy y Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) es de contratistas independientes. Express Scripts® Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts Strategic Development, Inc.

Prime Therapeutics LLC es una compañía contratada por BCBSTX para administrar servicios en farmacias, coberturas para medicamentos y otros servicios relacionados. Tanto BCBSTX como varias entidades Blue Cross and Blue Shield independientes tienen interés de propiedad en Prime Therapeutics LLC. Prime Therapeutics LLC ofrece el sitio digital MyPrime.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 \$3,300 por año del plan y son todos dólares protegidos de impuestos. La mejor parte es – **hasta \$660 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



PROFICIENT™

BENEFIT SOLUTIONS

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 de los planes.

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

Benefit	Plan Bajo 1k	Plan Intermedio 3k	Plan Alto 5k
Deducible (agregado)	\$50 Individual / \$150 Familia	\$50 Individual / \$150 Familia	\$50 Individual / \$150 Familia
Periodo Exento para	Año Natural Preventivo	Año Natural Preventivo	Año Natural Preventivo
Máximo Anual (se aplica a los servicios A, B, C)	\$1,000 por persona	\$3,000 por persona	\$5,000 por persona
Reembolso	Tabla de Honorarios Negociados	Tabla de Honorarios Negociados	Tabla de Honorarios Negociados
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%	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%	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%	50%
Endodoncia/Periodoncia	50%	50%	80%
*Máximo de Ortodoncia	\$1,000 por persona	\$1,500 por persona	\$2,000 por persona

*La ortodoncia está cubierta al 50%, es un máximo de por vida, y los adultos y niños (hasta los 26 años) son elegibles para beneficios de ortodoncia en todos los planes.

Deducciones Mensuales del Plan Dental			
Nivel de Cobertura	Plan Bajo 1k	Plan Intermedio 3k	Plan Alto 5k
Empleado	\$28.15	\$31.05	\$38.81
Empleado + Cónyuge	\$57.84	\$63.80	\$79.75
Empleado + Hijo(s)	\$65.52	\$72.26	\$90.33
Familia	\$95.56	\$105.40	\$131.75



MetLife

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.'

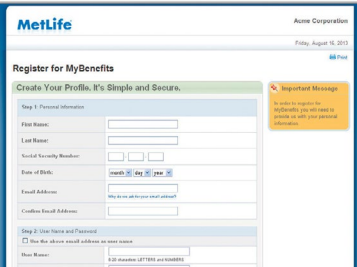


La Pantalla de Inicio de Sesión

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.

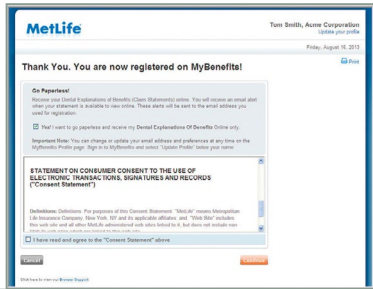
Paso 4: Condiciones de Uso

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



VISIÓN

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

Beneficios	Plan de la Visión - 120/145	Plan de la Visión - 180/300H
	(una vez cada año natural)	(una vez cada año natural)
Beneficio Uno² (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	\$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 Montura³ Monovisión ⁴ Bifocal ⁴ Trifocal ⁴ Lentes PAL ⁴	\$20 copago ¹ \$20 copago ¹ \$20 copago ¹ \$120 subsidio	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.	\$120 subsidio	\$180 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	\$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 Refractiva⁷ (Puede seleccionar la cirugía refractiva en lugar de las gafas o las lentes de contacto durante cada periodo del plan) LASIK, ASA, ICL o RLE	Dentro de la Red: \$350 por ojo permitido Fuera de la Red: \$75 por ojo permitido	Dentro de la Red: \$500 por ojo permitido Fuera de la Red: \$150 por ojo permitido
Deducciones Mensuales del Plan de Visión		
Nivel de Cobertura	Plan de la Visión - 120/145	Plan de la Visión - 180/300H
Empleado	\$8.00	\$20.00
Empleado + Uno	\$15.00	\$39.00
Familia	\$22.00	\$54.00

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.

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 Beneficio Máximo para Empleado	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 \$500,000
Beneficios para el Cónyuge Importe del Beneficio Garantía Reducción por Edad Beneficio Máximo para el Cónyuge	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 \$250,000, no puede exceder el 100% de la cobertura de vida adicional del empleado.
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

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



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 de Vida Universal
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.

Beneficios	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

Deducciones Mensuales del Plan de Accidentes		
Nivel de Cobertura	Plan 1	Plan 2
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 llevársela con 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.

Beneficios	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.

Beneficios	Planes de Cáncer	
	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	
Deducciones del Plan de Cáncer		
Nivel de Cobertura	Plan 1	Plan 2
Empleado	\$23.81	\$28.55
Empleado + Cónyuge	\$44.89	\$53.72
Empleado + Hijo(s)	\$26.60	\$31.61
Familia	\$47.68	\$56.78



VOYA PROTECT

¡Nuevo Proveedor! - Voya

El plan Voya Protect puede complementar su seguro de salud para ayudarle a pagar los costos asociados con una estancia hospitalaria. También puede proporcionar fondos que pueden usarse para ayudar a pagar los gastos de bolsillo que su plan médico puede no cubrir, como el coseguro, los copagos y los deducibles

Este plan también le permite continuar con la cobertura en caso de que su empleo termine o cuando la póliza sea cancelada y no se reemplace. Administre su cuenta y presente reclamaciones en línea en <https://presents.voya.com/ebrc/sanfelipe>.

Beneficios	Planes de Voya Protect		
	Plan Value	Plan Enhanced	Plan Premier
Moderado Lesiones o enfermedades que probablemente requieran una visita corta a la sala de emergencias o atención urgente. (Ej. Fracturas simples, laceraciones, cálculos renales y deshidratación.)	\$200	\$300	\$500
Severo Condiciones graves que requieren un tratamiento médico más intensivo y atención. (Ej. Apendicitis, fracturas compuestas, embolia pulmonar y desgarro de ligamento cruzado anterior.)	\$750	\$1,000	\$1,500
Catastrófico Condiciones peligrosas o potencialmente mortales que requieren intervención médica inmediata. (Ej. Cáncer de pulmón maligno, ataque al corazón, derrame cerebral y falla de órganos mayores.)	\$3,000	\$3,000	\$5,000

Deducciones Mensuales del Plan Voya Protect			
Nivel de Cobertura	Plan Value	Plan Enhanced	Plan Premier
Empleado	\$49.51	\$56.87	\$92.22
Empleado + Cónyuge	\$99.02	\$113.75	\$184.43
Empleado + Hijo(s)	\$89.12	\$102.37	\$165.99
Familia	\$148.54	\$170.62	\$276.65





INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

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.

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.

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.
Período de Espera para Beneficios	0 Días - Lesión accidental/7 Días - Otras discapacidades 14 Días - Lesión accidental/Otras discapacidades 30 Días - Lesión accidental/Otras discapacidades 60 Días - Lesión accidental/Otras discapacidades 90 Días - Lesión accidental/Otras discapacidades 180 Días - Lesión accidental/Otras discapacidades
Beneficio Mensual Máximo	El menor de \$7,500 o el 66 2/3% de sus ingresos por predisposición, redondeado al más cercano a \$100.
Período Máximo de Beneficio	Si te incapacitas antes de los 62 años, los beneficios de LTD pueden continuar durante la discapacidad hasta los 65 años o hasta la Edad Normal de Jubilación del Seguro Social (SSNRA) o 3 años y 6 meses, lo que sea más largo. Si te incapacitas a los 62 años o más, la duración del beneficio se determina por la edad en la que comienza la discapacidad.

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



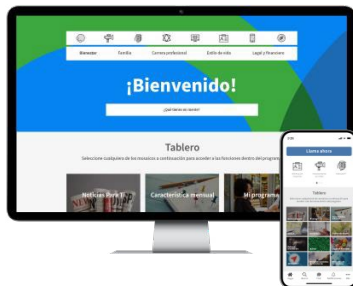
Asistencia familiar

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

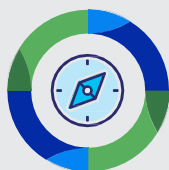


En el portal web

- 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 prevaletentes 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 Blue Cross Blue Shield of Texas (BCBSTX)?

Sí. En su próxima visita a la farmacia o al médico, simplemente presente su tarjeta de identificación de BCBSTX. Esto permitirá al proveedor facturar correctamente a BCBSTX 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

Avisos importantes

01/01/2025

San Felipe Del Rio CISD

Dirección de correspondencia	315 Griner Street Del Rio, TX 78842
Nombre de contacto	Carlos Ramirez
Título del contacto	HR Director
Correo electrónico del contacto:	carlos.ramirez@sfd-r-cisd.org
Teléfono del contacto:	830-778-4000

Su Aviso de la Parte D de Medicare es la primera sección de este paquete. Algunos otros avisos importantes incluyen CHIPRA, Privacidad HIPAA y el Aviso de opciones de cobertura (Aviso del mercado). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el contacto mencionado anteriormente.





AVISOS LEGALES

Aviso importante de San Felipe Del Rio CISD sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare, Cobertura acreditable, Plan Medico de Blue Cross Blue Shield

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con San Felipe Del Rio CISD y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta se encuentra al final de este aviso.

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

- 1) La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se hizo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Es posible que algunos planes también ofrezcan más cobertura por una prima mensual más alta.
- 2) San Felipe Del Rio CISD ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece Plan Medico de Blue Cross Blue Shield, en promedio, para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura acreditable. Dado que su cobertura actual es Cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si luego 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 con receta, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período especial de inscripción (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 no afectada. Puede mantener esta cobertura si elige la Parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D. Consulte las páginas 7 a 9 de la Divulgación de cobertura acreditable para individuos elegibles de la Parte D de Medicare de CMS (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones/opciones del plan de medicamentos con receta que las personas elegibles para Medicare pueden tener disponibles cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura en la próxima oportunidad de inscripción anual o evento de vida calificado.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con este plan y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una sanción) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima base del beneficiario de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser de manera consistente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una sanción) siempre que tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este Aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta...

En el manual "Medicare y usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden contactarlo directamente.

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



AVISOS LEGALES

- Visite www.medicare.gov
- Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico (consulte el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, existe disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Mantenga este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar

O póngase en contacto con la persona que aparece a continuación.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de **San Felipe Del Río CISD** cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Fecha de entrada en vigor: 01/01/2025

Nombre del empleador: San Felipe Del Rio CISD

Nombre/Título del contacto: Carlos Ramirez
HR Director

Dirección: 315 Griner Street
Del Rio, TX 78842

Teléfono: 830-778-4000

Correo electrónico: carlos.ramirez@sfdr-cisd.org



AVISOS LEGALES

Aviso de derechos especiales de inscripción

Este aviso se proporciona para ayudarlo a comprender su derecho a solicitar cobertura médica grupal. Debe leer este aviso incluso si piensa renunciar a la cobertura médica en este momento.

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de un plan médico grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Matrimonio, nacimiento o adopción

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o entrega en adopción.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP) o se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia con la prima de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia mediante prima.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador del plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres

Los planes médicos grupales y los

emisores de seguros médicos generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de estadía hospitalaria en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre del recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o emisor para prescribir una estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas, si corresponde).

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 ni exigir ninguna información genética de usted ni de los miembros de su familia.

GINA prohíbe que los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA soliciten o exijan información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto según lo permitido específicamente por esta ley.

Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "Información genética", según la define GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas, el hecho de que un miembro buscó o recibió servicios genéticos y la información genética de un feto portado por un miembro o un embrión en posesión legal de un miembro que recibe servicios de reproducción asistida.

Ley de igualdad de salud mental y adicciones

La Ley de igualdad de salud mental y adicciones de 2008 generalmente requiere que los planes de salud

grupales y los emisores de seguros médicos garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites de visitas anuales) aplicables a los beneficios de salud mental o de trastorno por uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes que se aplican sustancialmente a 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 de trastorno por uso de sustancias, comuníquese con el administrador de su plan al (consulte la página de portada para obtener información de contacto).

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998 (WHCRA). La Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer exige que los planes médicos grupales, sus compañías de seguros y HMO brinden ciertos beneficios a las pacientes de mastectomía que elijan la reconstrucción mamaria. Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se brindará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para: Todas las etapas de reconstrucción mamaria en la que se realizó la mastectomía. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica. Prótesis. Y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema. Los beneficios de la reconstrucción mamaria están sujetos a deducibles y limitaciones de coaseguro que son consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

Ley Michelle

Cuando un hijo dependiente pierde la condición de estudiante para los fines



AVISOS LEGALES

de la cobertura del plan médico grupal como resultado de una licencia médicamente necesaria de una institución educativa postsecundaria, el plan médico grupal continuará brindando cobertura durante la licencia por hasta un año, o hasta que la cobertura termine de otro modo bajo el plan médico grupal, lo que ocurra primero.

Para obtener información adicional, comuníquese con el administrador de su plan (vea la portada para obtener información de contacto).

Protecciones para pacientes

Plan Médico de Blue Cross Blue Shield generalmente requiere y permite la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Si el plan o la cobertura de seguro médico designan un proveedor de atención primaria automáticamente, hasta que haga esta designación, Blue Cross Blue Shield of Texas 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, comuníquese con el administrador del plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

Para los infantes, usted puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Blue Cross Blue Shield of Texas ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica por parte de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de la salud cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o los procedimientos para hacer remisiones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el administrador del plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

Ley de derechos de empleo y reemplazo de servicios y uniformados de 1994 (USERRA)

La Ley de derechos de empleo y reemplazo de uniformados y servicios de 1994 (USERRA) establece los requisitos para la continuación de la cobertura médica y el reemplazo en relación con la licencia militar de un empleado. Estos requisitos se aplican a la cobertura médica y odontológica para usted y sus dependientes. No se aplican a ninguna cobertura de vida, discapacidad a corto o largo plazo o muerte accidental y desmembramiento que pueda tener. Una explicación completa de USERRA y sus derechos está fuera del alcance de este documento. Si desea obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan (SPD) para cualquiera de nuestras coberturas de seguro grupal o visite este sitio: <http://www.dol.gov/vets/programs/userra/main.htm>

Una fuente alternativa es VETS. Puede comunicarse con ellos al 1-866-4-USA-DOL o visitar este sitio: <http://www.dol.gov/vets>
Se puede ver un asesor USERRA interactivo en línea en <http://www.dol.gov/elaws/userra.htm>



AVISOS LEGALES



Cobertura del Mercado de Seguros Médicos Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB n.º 1210-0149
(vence el 31 de diciembre de 2026)

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (“Mercado”). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿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 un “punto único de compra” para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.



AVISOS LEGALES

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte la Descripción resumida del plan de salud o comuníquese con la persona que figura en la Parte B.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.



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 Street		6. Número de teléfono del empleador 830-778-4000	
7. Ciudad Del Rio	8. Estado TX	9. Código postal 78842	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Carlos Ramirez			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico carlos.ramirez@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. Los empleados elegibles son: [fill in eligibility rules if applicable]
 - Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes: [full-time, working 20 hours/week or more]
- En cuanto a los dependientes:
 - Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes: [your legal spouse, regardless of gender, and your natural, step or adopted children until the end of the month in which they reach 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.



AVISOS LEGALES

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. **Revíselo con cuidado.**

Fecha de entrada en vigor: [fecha_de_eficacia]

Funcionario de privacidad: Carlos Ramirez
Título: HR Director
Correo electrónico: carlos.ramirez@sfdr-cisd.org
Teléfono: 830-778-4000

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros médicos y reclamos
- Corregir sus registros médicos y reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitarnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Responder las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar socorro en casos de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Nos ayude a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Gestionemos nuestra organización
- Paguemos por sus servicios médicos
- Administremos su plan médico
- Ayudemos con problemas de salud pública y seguridad.
- Hagamos investigación
- Cumplamos con la ley
- Respondamos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajemos con un médico forense o director de una funeraria
- Abordemos la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondamos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de los registros médicos y reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos, además de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores

a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Solicitar que corrijamos los registros médicos y reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos.



AVISOS LEGALES

- Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si usted nos indica que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectase su atención.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya solicitado que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien que actúe por usted

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

- Verificaremos que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si siente que se infringen sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos infringido sus derechos al comunicarse con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, si llama al 1-877-696-6775, o si visita www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Indíquenos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartamos información en una situación de socorro en casos de desastre
- *Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*
- En esos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos autorice por escrito:
 - Fines de marketing
 - Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Nos ayude a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.
- *Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.*

Gestionemos nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.
- *Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.*

Paguemos por sus servicios médicos

- Podemos usar y divulgar su información médica mientras pagamos por sus servicios médicos.
- *Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de su trabajo odontológico.*

Administrar su plan

- Podemos divulgarle su información médica al patrocinador de su plan médico para la administración del plan.
- *Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proporcionar un plan médico, y le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*
- ¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?
- Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de



AVISOS LEGALES

maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayudemos con problemas de salud pública y seguridad.

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones como:
- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiros de productos del mercado
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Hagamos investigación

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

Cumplamos con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Respondamos a las solicitudes de

donación de órganos y tejidos, y trabajemos con un médico forense o director de una funeraria

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador forense o un director de funeraria cuando una persona fallezca.

Abordemos la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de cumplimiento de la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Respondamos a demandas y acciones legales.

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la

seguridad de su información médica protegida.

- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y ofrecerle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

- Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.



AVISOS LEGALES

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes **NO** están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de enero de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov



AVISOS LEGALES

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2</p>	<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>



AVISOS LEGALES

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>



AVISOS LEGALES

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Error! Hyperlink reference not valid. Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269



AVISOS LEGALES

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 6156

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)



SAN FELIPE DEL RIO CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT

2024 - 2025 ACADEMIC CALENDAR

(Amended)

July

- 4 Independence Day
- (29-31) New Teacher Orientation

August

- (1-2) New Teacher Orientation
- (5-8) Staff Development
- 9 Teacher Work Day
- 12 First Day of School/ Begin 1st Six Weeks

September

- 2 Labor Day / Holiday
- 20 End 1st Six Weeks
- 23 RTI Data Planning / No Classes
- 24 Begin 2nd Six Weeks

October

- 14 Indigenous People's Day / Holiday

November

- 1 End 2nd Six Weeks
- 4 RTI Data Planning / No Classes
- 5 Begin 3rd Six Weeks
- 11 Veteran's Day - Holiday
- (25-29) Thanksgiving Break

December

- (3-13) STAAR Testing
- 20 End 3rd Six Weeks
- (23-31) Winter Break

January

- (1-3) Winter Break
- 6 Teacher Work Day
- 7 Begin 4th Six Weeks
- 20 MLK Day / Holiday

February

- 14 RTI Data Planning / No Classes
- 17 President's Day
- 17 Make-Up Day / If Applicable
- 21 End of 4th Six Weeks
- 24 RTI Data Planning / No Classes
- 25 Start of 5th Six Weeks

March

- 14 RTI Data Planning
- (17-21) RTI Data Planning / No Classes

April

- 11 End of 5th Six Weeks
- (8-30) STAAR Testing
- 14 Start of 6th Six Weeks
- (18-21) Easter / Holiday
- 18 Make-Up Day / If Applicable

May

- (1-2) STAAR Testing
- 23 Last Day for Seniors
- 26 Memorial Day / Holiday
- 29 End 6th Six Weeks/Last Day Of School
- 30 Graduation
- 30 Teacher Work Day

June

- (17-27) STAAR Testing

July

- 4 Independence Day

July 2024						
S	M	T	W	TH	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 2024						
S	M	T	W	TH	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

September 2024						
S	M	T	W	TH	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					

October 2024						
S	M	T	W	TH	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 2024						
S	M	T	W	TH	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 2024						
S	M	T	W	TH	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				

January 2025						
S	M	T	W	TH	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 2025						
S	M	T	W	TH	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	

March 2025						
S	M	T	W	TH	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 2025						
S	M	T	W	TH	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 2025						
S	M	T	W	TH	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 2025						
S	M	T	W	TH	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					

July 2025						
S	M	T	W	TH	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		Student/Staff Holiday
	New Teacher Orientation		Make Up Day		Graduation
	First/Last Day of School		Last day for Seniors		RTI Data Planning/PD / No Classes
	Beginning/End of Six Weeks		Teacher Work Day		

INSTRUCTIONAL DAYS		TEACHER WORKING DAYS	
1st Six Weeks	28	1st Six Weeks	35
2nd Six Weeks	29	2nd Six Weeks	28
3rd Six Weeks	28	3rd Six Weeks	29
4th Six Weeks	31	4th Six Weeks	33
5th Six Weeks	28	5th Six Weeks	30
6th Six Weeks	31	6th Six Weeks	32
TOTAL	175 Days	TOTAL	187 Days
SENIORS	172 Days		

	Instructional Mins.	Waiver Mins.	Total Mins.:	Excess Mins.:	Instructional Day:	Total Instructional Mins.
Cardwell	76125	0	76125	525	7:50AM-3:05PM	435
Elementary:	76125	0	76125	525	7:50AM-3:05PM	435
SFMMs/DRMS:	76125	0	76125	525	8:15AM-3:30PM	435
DRHS/DRFS/ECHS/ Blended:	77875	0	77875	2275	8:10AM-3:35PM	445
Seniors:	76540	0	76540	940	8:10AM-3:35PM	445



ELEGIBILIDAD

MÉDICO

FSA

DENTAL

VISIÓN

VIDA Y AD&D

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

INCAPACIDAD

AVISO LEGAL



2025

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

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

