

ELEGIBILIDAD

MÉDICO

FSA

DENTAL

VISIÓN

VIDA Y AD&D

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

INCAPACIDAD

AVISO LEGAL

# 2026 GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

SPC Bldg.  
315 Griner St. Del Rio, Texas 78840  
Office: 830.778.4100 | [www.sfdr-cisd.org](http://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](#)

Indemnización Hospitalaria | [P.21](#)

Seguro de Cáncer | [P.23](#)

Incapacidad a Largo Plazo | [P.24](#)

Programa de Asistencia al Empleado (EAP) | [P.25](#)

Términos de Seguro de Salud | [P.26](#)

Preguntas Frecuentes | [P.27](#)

Avisos Legales | [P.28](#)

Calendario Escolar | [P.45](#)

## DIRECTORIO

Para cualquier pregunta o duda que pueda tener en relación con sus beneficios de empleado 2026, 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

<b>Lunes - Viernes:</b> 8:00 am - 7:00 pm CST <b>Sábado:</b> 9:00 am - 3:00 pm CST	(855) 731-4452	
Beneficio/Proveedor	Sitio Web	Teléfono
<b>Médico</b> Blue Cross Blue Shield of Texas (BCBSTX)	<a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a>	PPO: 800-521-2227 HMO: 877-299-2377
<b>Cuenta de Gasto Flexible</b> Proficient Benefit Solutions	<a href="http://www.proficientbenefits.com">www.proficientbenefits.com</a>	888-659-8151
<b>Dental</b> MetLife	<a href="http://www.metlife.com">www.metlife.com</a>	800-942-0854
<b>Visión</b> Eyetopia	<a href="http://www.eyetopia.org">www.eyetopia.org</a>	800-662-8264
<b>Vida a Término Básico y AD&amp;D</b> <b>Vida Voluntario y AD&amp;D</b> <b>Incapacidad</b> The Standard	<a href="http://www.standard.com">www.standard.com</a> <a href="http://www.standard.com">www.standard.com</a> <a href="http://www.standard.com/">www.standard.com/yourchoice</a>	800-368-1135
<b>Accidente</b> <b>Enfermedad Crítica</b> <b>Indemnización Hospitalaria</b> Voya	<a href="http://presents.voya.com/ebrc/sanfelipe">presents.voya.com/ebrc/ sanfelipe</a>	877-236-7564
<b>Cáncer</b> Guardian	<a href="http://www.guardianlife.com">www.guardianlife.com</a>	888-482-7342
<b>Vida Universal</b> Trustmark	<a href="http://www.trustmark.com">www.trustmark.com</a>	847-615-1500
<b>Professional Enrollments</b> <b>Concepts (PEC)</b> Centro de Inscripción de Beneficios	N/A	855-731-4452
Miembro del Personal	Correo Electrónico	Teléfono
San Felipe Del Rio CISD Contact		
<b>Rachel Garcia</b> Coordinador de Beneficios para Empleados	<a href="mailto:Rachel.garcia@sfdr-cisd.org">Rachel.garcia@sfdr-cisd.org</a>	830-778-4100
Brown & Brown/Alamo Insurance		
<b>Lexy Young</b> Gestor de Cuentas	<a href="mailto:lexy.young@bbrown.com">lexy.young@bbrown.com</a>	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, 2026 a Diciembre 31, 2026**. Por favor, lea esta Guía de Beneficios cuidadosamente mientras se prepara para hacer sus elecciones para el próximo Año del Plan.

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

## ACERCA DE ESTA GUÍA DE BENEFICIOS

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



## ¿QUÉ HAY DE NUEVO ESTE AÑO 2026?

- Nuevas contribuciones para la FSA**  
- Consulte la página 11 para obtener más detalles sobre el plan.
- Voya es el nuevo proveedor de seguros de Accidente a partir del 1 de Enero del 2026** - Consulte la página 19 para obtener más detalles sobre el plan.
- Voya es el nuevo proveedor de seguros de Enfermedad Crítica a partir del 1 de Enero del 2026** - Consulte la página 20 para obtener más detalles sobre el plan.
- A partir del 1 de Enero del 2026, se ofrecerá un nuevo plan de Indemnización Hospitalaria a través de Voya** - Consulte la página 21 para obtener más detalles sobre el 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 este 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 pueden participar en el programa de beneficios. El plan médico BCBS entra en vigor a partir de la fecha de contratación y el resto de beneficios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.** Una vez completada su inscripción, no podrá hacer ningún cambio en sus elecciones a menos que tenga un Evento de Vida Calificado (QLE) o que sus horas trabajadas por semana sean inferiores al mínimo.

## ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

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

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

## EVENTOS DE VIDA CALIFICANTES

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

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



# MÉDICO

**Proveedor - 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
<b>Deductible</b>			
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
<b>Máximo de Desembolso</b>			
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
<b>Coseguro (el participante paga)</b>			
Dentro de la Red	30% N/A	20% N/A	20% 40%
Fuera de la Red			
<b>Visita al Consultorio de Atención Primaria</b>	\$30 copago	\$15 copago	\$25 copago
<b>Cuidado Preventivo</b>	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
<b>Visita al Consultorio de Especialistas</b>	\$70 copago	\$70 copago	\$40 copago
<b>Atención de Urgencia</b>	\$50 copago	\$50 copago	\$50 copago
<b>Visitas Virtuales (MDLive)</b>	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
<b>Admisión Hospitalaria</b>	30% después del deducible	20% después del deducible	Copago de \$150 + 20% de coseguro
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Internos</b>	30% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b>	30% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Procedimientos de Diagnósticos</b> (Escaneo Óseo, Escaneo CT, MRI, Escaneo PET)	30% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Servicios de Ambulancia Terrestre y Aérea</b>	30% después del deducible	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Visita al Consultorio de Salud Mental</b>	\$30 copago	\$15 copago	\$25 copago
<b>Medicamentos Recetados (en Farmacias Participantes)</b>			
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 los copagos de nivel 1, 2 o 3 aplicables
Pedido por Correo de 90 Días	3x el copago minorista	3x el copago minorista	3x rel 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 2026, la contribución del distrito para la cobertura de salud por empleado por mes es de \$519.57.

Deducciones Mensuales del Plan Médico			
Nivel de Cobertura	HMO 1	HMO 2	PPO
<b>Empleado</b>	\$0.00	\$70.50	\$277.95
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$623.48	\$778.59	\$1,234.97
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$415.65	\$542.56	\$915.95
<b>Familia</b>	\$1,039.13	\$1,250.64	\$1,872.98

**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/inmediaña 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](http://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](http://espanol.bcbstx.com), los asegurados pueden iniciar sesión o crear una cuenta en el portal protegido para asegurados Blue Access for Members™ (BAM™) 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.



### Movilícese con la aplicación BCBSTX

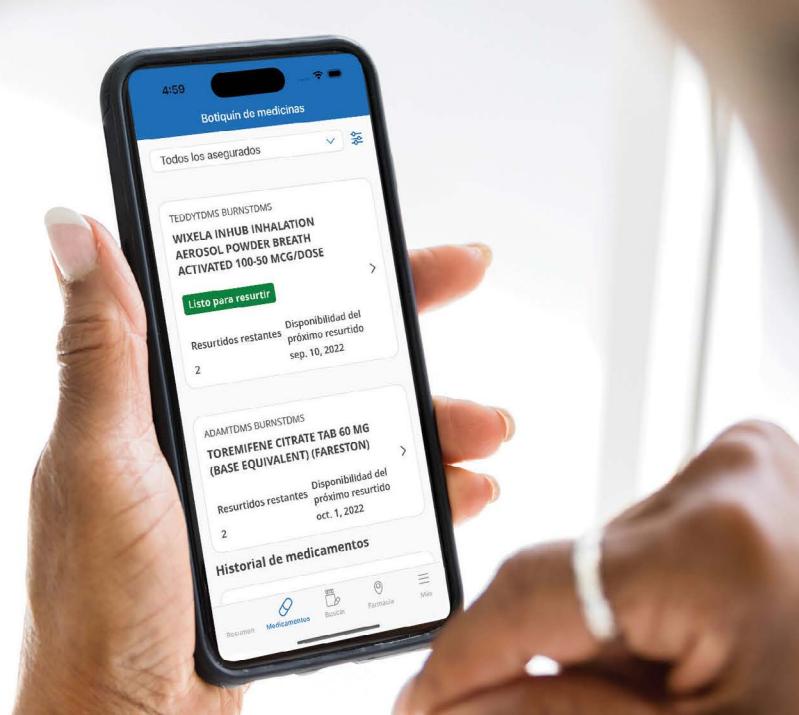
En dondequiera que estén, los asegurados pueden gestionar sus tarjetas de asegurado y estar al tanto de la actividad de las reclamaciones, la información de la cobertura y los recordatorios para volver a surtir medicamentos recetados. Es fácil. Inicie sesión o cree una cuenta de BAM en [espanol.bcbstx.com](http://espanol.bcbstx.com) 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](http://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 Members<sup>SM</sup> 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.<sup>1</sup>
- 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](http://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](http://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](http://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](http://espanol.bcbstx.com) e inicie sesión en Blue Access for Members<sup>SM</sup> (BAM<sup>SM</sup>). Rellene el formulario de pedidos por correo. Envíe su receta médica, el formulario de pedidos llenado 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.<sup>1</sup> 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 surtir sus medicamentos. Seleccione la opción de recordatorio que mejor le convenga.

## ¿Tiene preguntas?

Visite [espanol.bcbstx.com](http://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, coaseguros, etc. Los dólares de la Health FSA se pueden usar para pagar estos gastos para usted, su cónyuge e hijos (hasta los 26 años de edad). Usted puede elegir contribuir hasta el máximo de \$3,400 por año del plan y son todos dólares protegidos de impuestos. La mejor parte es – **hasta \$680 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 \$3,750 si es soltero o casado y presenta la declaración en conjunto o \$7,500 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!**



## Administre su cuenta sobre la marcha!

### PROFICIENT<sup>TM</sup> connect



#### Regístrate hoy mismo!

Visite [www.proficientbenefits.com](http://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
<b>Deductible</b> (agregado)  Periodo Exento para	\$50 Individual / \$150 Familia Año Natural Preventivo	\$50 Individual / \$150 Familia Año Natural Preventivo	\$50 Individual / \$150 Familia Año Natural Preventivo
<b>Máximo Anual</b> (se aplica a los servicios A, B, C)	\$1,000 por persona	\$3,000 por persona	\$5,000 por persona
<b>Reembolso</b>	Tabla de Honorarios Negociados	Tabla de Honorarios Negociados	Tabla de Honorarios Negociados
<b>Tipo A - Servicios Preventivos</b> Exámenes Buceales (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%
<b>Tipo B - Servicios Básicos</b> 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%
<b>Tipo C - Servicios Mayores</b> 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%
<b>Endodoncia/Periodoncia</b>	50%	80%	80%
<b>*Máximo de Ortodoncia</b>	\$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
<b>Empleado</b>	\$28.15	\$31.05	\$38.81
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$57.84	\$63.80	\$79.75
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$65.52	\$72.26	\$90.33
<b>Familia</b>	\$95.56	\$105.40	\$131.75



# MetLife

[www.metlife.com/mybenefits](http://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](http://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](http://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)
<b>Beneficio Uno<sup>2</sup></b> (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 <sup>1</sup>  \$45 subsidio	\$5 copago <sup>1</sup>  \$65 subsidio
<b>Beneficio Dos</b> (elija sólo una de las siguientes opciones de corrección de la vista) Eyetopia Vision Care le ofrece tres (3) opciones para corregir su visión		
<b>Lentes y/o Montura<sup>3</sup></b> Monovisión <sup>4</sup> Bifocal <sup>4</sup> Trifocal <sup>4</sup>	\$20 copago <sup>1</sup> \$20 copago <sup>1</sup> \$20 copago <sup>1</sup>	copago no aplicable copago no aplicable copago no aplicable
<b>Marcos</b> El afiliado puede seleccionar cualquier montura en exposición, la asignación se aplicará a la montura seleccionada. El afiliado pagará el importe que excede la franquicia.	\$120 subsidio	\$180 subsidio
<b>Lentes de Contacto</b> Electivos <sup>6</sup>  Médicamente Necesario <sup>7</sup>	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
<b>Opción de Cirugía Refractiva<sup>7</sup></b> (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
<b>Empleado</b>	\$8.00	\$20.00
<b>Empleado + Uno</b>	\$15.00	\$39.00
<b>Familia</b>	\$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 excede el precio del beneficio cubierto y los honorarios usuales y habituales del Proveedor Participante por la mejora en el momento del servicio.
4. 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.
5. 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.
6. El proveedor participante debe autorizar previamente la necesidad médica.
7. 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
<b>Beneficios para Empleados</b> 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
<b>Beneficios para el Cónyuge</b> 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.
<b>Beneficios para los Hijos</b> Importe del Beneficio  Garantía Reducción por Edad	Para los hijos elegibles de 14 días a 26 años, 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
<b>Universal Life Events</b>	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).
<b>Spouse/Domestic Partner</b>	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.
<b>Beneficio por Enfermedad Terminal</b>	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.
<b>Beneficio de Muerte Acelerada por Cuidados Críticos (Incorporada)</b>	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

*¡Nuevo Proveedor! - Voya*

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 Voya paga un beneficio en efectivo programado tras el diagnóstico de lesiones por accidente cubiertas. La póliza de Accidentes pagará un **beneficio de bienestar de \$100** una vez por año calendario, por persona.

Beneficios	Plan de Accidentes	
	Plan Bajo	Plan Alto
<b>Beneficio por Muerte Accidental</b>		
Empleado	\$100,000	\$200,000
Cónyuge	\$50,000	\$100,000
Hijos	\$25,000	\$50,000
<b>Ambulancia: Tierra</b>	\$600	\$700
<b>Ambulancia: Aérea</b>	\$2,500	\$3,000
<b>Laceraciones</b>	Hasta \$750	Hasta \$960
<b>Quemaduras de segundo y tercer grado</b>	Hasta \$20,000	Hasta \$22,000
<b>Injertos de Piel</b>	50% del beneficio por quemaduras	50% del beneficio por quemaduras
<b>Conmoción Cerebral</b>	\$450	\$550
<b>Dislocación</b>	Hasta \$10,000	Hasta \$14,000
<b>Tratamiento Dental de Emergencia</b> (corona/extracción)	\$400/\$125	\$480/\$180
<b>Lesión Ocular</b> (extracción de objeto extraño/cirugía)	\$110/\$400	\$120/\$420
<b>Fracturas</b>	Hasta \$12,000	Hasta \$16,000
<b>Tendón, Ligamento, Manguito Rotador</b>	Hasta \$2,000	Hasta \$2,800
<b>Cirugía</b>	Hasta \$3,000	Hasta \$4,000
<b>Tratamiento en Centro de Urgencias</b>	\$325	\$425
<b>Tratamiento en Sala de Emergencias</b>	\$325	\$425
<b>Ingreso Hospitalario</b>	\$3,000	\$4,000
<b>Hospitalización</b> (por día hasta 365)	\$400	\$500
<b>Admisión en la CCU de Cuidados Intensivos</b>	\$3,000	\$4,000
<b>Ingreso en Cuidados Intensivos</b> (por día, hasta 30 días)	\$500	\$700

Deducciones Mensuales del Plan de Accidentes		
Nivel de Cobertura	Plan Bajo	Plan Alto
<b>Empleado</b>	\$17.63	\$24.18
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$33.18	\$46.28
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$36.10	\$50.65
<b>Familia</b>	\$44.89	\$63.45



ELEGIBILIDAD

MÉDICO

FSA

DENTAL

VISIÓN

VIDA Y AD&amp;D

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

INCAPACIDAD

AVISO LEGAL

# ENFERMEDAD CRÍTICA

*¡Nuevo Proveedor! - Voya*

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. La póliza de Enfermedad Crítica pagará un **beneficio de bienestar de \$50** una vez por año calendario, por persona.

Beneficios	Plan de Enfermedad Crítica
<b>Importes de Cobertura</b>	
Empleado (Emisión Garantizada - \$30,000) Cónyuge (Emisión Garantizada - \$15,000) Hijo (Todos los importes de los hijos están garantizados)	\$10,000, \$20,000 o \$30,000 \$5,000, \$10,000 o \$15,000 25% del importe del empleado
<b>Beneficio</b>	
Ataque Cardíaco (el paro cardíaco no es un ataque cardíaco) Accidente Cerebrovascular Paro Cardíaco Repentino* Trasplante de Órgano Principal (incluye Fallo de Órgano Principal y Fallo Renal (Riñón) en Etapa Terminal)** Quemaduras Graves	100%
Bypass Arterial Coronario	50%
Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Huntington Distrofia Muscular	100%

\* El paro cardíaco no es un ataque al corazón.

\*\* El trasplante de órganos vitales significa el fallo irreversible del corazón, pulmón, páncreas, riñón o hígado completo del asegurado, o cualquier combinación de los mismos, determinado por un médico especializado en el cuidado del órgano afectado.

Deducciones Mensuales del Plan de Enfermedad Crítica - Empleado						
	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
<b>Sin-Tabaco</b>	Tarifa por cada \$1,000	\$0.18	\$0.30	\$0.51	\$0.91	\$1.49
<b>Tabaco</b>	Tarifa por cada \$1,000	\$0.19	\$0.41	\$0.81	\$1.44	\$2.46

Deducciones Mensuales del Plan de Enfermedad Crítica - Cónyuge						
	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
<b>Sin-Tabaco</b>	Tarifa por cada \$1,000	\$0.18	\$0.30	\$0.51	\$0.91	\$1.49
<b>Tabaco</b>	Tarifa por cada \$1,000	\$0.19	\$0.41	\$0.81	\$1.44	\$2.46

Deducciones Mensuales del Plan para Enfermedades Críticas - Niños	
Tasa	Importe
<b>\$0.48</b>	\$2,500
<b>\$0.95</b>	\$5,000
<b>\$1.43</b>	\$7,500



# AVISO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija,  
NO seguro de salud**

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en dinero si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención médica.

- El pago que recibe no se basa en la cantidad cobrada en su factura médica.
- Es posible que haya un límite en la cantidad que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no es un sustituto del seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro de salud.

## ¿Buscas un seguro de salud completa?

- Visite [HealthCare.gov](#) o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
- Para averiguar si puede obtener seguro médico a través de su trabajo o del trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

## ¿Tiene preguntas sobre esta política?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros ([naic.org](#), por sus siglas en inglés) bajo "Departamentos de Seguros".
- Si tienes esta póliza a través de tu trabajo, o el trabajo de un miembro de tu familia, comunícatecon el empleador.



# INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

*Plan Nuevo! Voya*

El plan de Indemnización Hospitalaria de Voya puede complementar su seguro médico para ayudarle a pagar los gastos relacionados con una hospitalización. También puede proporcionar fondos que se pueden utilizar 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 termine su empleo o cuando la póliza se rescinda y no se sustituya.

Beneficios	Planes de Indemnización Hospitalaria	
	Plan Bajo	Plan Alto
<b>Admisión Hospitalaria</b>	\$1,000	\$2,000
<b>Admisión en Unidad de Cuidados Intensivos</b>	\$1,000	\$2,000
<b>Admisión en Centro de Rehabilitación Hospitalaria</b>	\$1,000	\$2,000
<b>Hospitalización</b> (por día, hasta 30 días por hospitalización)	\$100	\$200
<b>Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos</b> (por día, hasta 30 días por hospitalización)	\$200	\$400
<b>Hospitalización en Centro de Rehabilitación</b> (por día, hasta 30 días por hospitalización)	\$100	\$200
<b>Beneficios para Recién Nacidos</b> <b><u>Si no hay cobertura para niños vigente:</u></b> <b>Monto Fijo de Beneficio Único</b> <b><u>Si se elige la cobertura para niños dentro de los 30 días posteriores al Evento de Vida Calificativo (QLE):</u></b>	\$300  <b>Voluntario:</b> Todos los niños cubiertos recibirán la misma cobertura que el empleado.	\$300  <b>Voluntario:</b> Todos los niños cubiertos recibirán la misma cobertura que el empleado.

Deducciones Mensuales del Plan de Indemnización Hospitalaria		
Nivel de Cobertura	Plan Bajo	Plan Alto
<b>Empleado</b>	\$14.79	\$29.12
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$29.57	\$58.26
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$31.78	\$62.63
<b>Familia</b>	\$46.56	\$91.77



# SEGURO DE 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 Cancer	
	Plan Advantage	Plan Premier
<b>Beneficio de Diagnóstico Inicial</b> Empleado Cónyuge Hijo	\$1,500 \$1,500 \$1,500	\$1,500 \$1,500 \$1,500
<b>Período de Espera del Beneficio</b>	30 días	30 días
<b>Detección del Cáncer</b>	\$50; \$50 de revisión de seguimiento	\$50; \$50 de revisión de seguimiento
<b>Radioterapia o Quimioterapia</b>	Hasta \$15,000	Hasta \$20,000
<b>Limitación de la Condición Pre-Existente</b>	3 meses antes/ 6 meses sin tratamiento/ 12 meses de periodo de exclusión	
<b>Ambulancia Aérea</b> (límite de 2 viajes por confinamiento)	\$1,500 per viaje	\$2,000 per viaje
<b>Ambulancia</b> (límite de 2 viajes por internación)	\$200 per viaje	\$250 per viaje
<b>Anestesia</b>	25% del beneficio de la cirugía	
<b>Anti-Náuseas</b>	\$50/día hasta \$150 por mes	\$50/día hasta \$250 por mes
<b>Médico de Cabecera</b> (límite de 75 visitas)	\$25/día mientras esté confinado en el hospital	
<b>Sangre/Plasma/Platinas</b> (por año)	\$100/día hasta \$5,000	\$200/día hasta \$10,000
<b>Médula Ósea/Células Madre</b>	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
<b>Tratamiento Experimental</b>	\$100/día hasta \$1,000 /mes	\$200/día hasta \$2,400 /mes
<b>Centro de Cuidados Prolongados/ Cuidados de Enfermería Especializada</b>	\$100/día hasta 90 días al año	\$150 /día hasta 90 días al año
<b>Confinamiento Hospitalario</b>	\$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
<b>Confinamiento en la UCI</b>	\$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
<b>Cáncer de Piel</b>	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 Mensuales del Plan de Cáncer

Nivel de Cobertura	Plan Advantage	Plan Premier
<b>Empleado</b>	\$23.81	\$28.55
<b>Empleado + Cónyuge</b>	\$44.89	\$53.72
<b>Empleado + Hijo(s)</b>	\$26.60	\$31.61
<b>Familia</b>	\$47.68	\$56.78



# 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 lesioná 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.

El seguro por Incapacidad a Largo Plazo de The Standard proporciona beneficios de reemplazo de ingresos para usted y su familia en el desafortunado caso de que no pueda trabajar debido a una lesión o enfermedad.

Beneficios	Incapacidad a Largo Plazo	Hable con un Consejero de Beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas.
<b>Beneficio para el Empleado</b>	Puede adquirir un beneficio en múltiplos de unidades de \$100, a partir de un mínimo de \$200, hasta \$7,500.	
<b>Período de Espera para Beneficios</b>	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	
<b>Beneficio Mensual Máximo</b>	El menor de \$7,500 o el 66 2/3% de sus ingresos por predisposición, redondeado al más cercano a \$100.	
<b>Período Máximo de Beneficio</b>	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.	

\* Si permanece ingresado en el hospital durante al menos 4 horas durante el período de espera del beneficio, se aplicará lo siguiente: se eximirá el resto del período de espera del beneficio, los beneficios por LTD serán pagaderos desde el primer día de su ingreso en el hospital y su período máximo de beneficios comenzará en la fecha en que sean pagaderos sus beneficios por LTD.

**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 período 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
- **Animó**  
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 ícono 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](http://supportlinc.com)  
codigo del grupo: sfdrclsd



# 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.
- **Deductible** - 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.
- **Médicamente 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 prevalecientes 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 Employee Benefits 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 BCBSTX como participante del plan médico.



# AVISOS LEGALES

## Avisos importantes

1/1/26

### San Felipe Del Rio Consolidated Independent School District

<b>Dirección postal</b>	315 Griner St Del Río, TX 78842
<b>Nombre de contacto</b>	Rachel García
<b>Título del contacto</b>	Coordinador de Servicios de Apoyo a Beneficios para Empleados
<b>Correo electrónico de contacto:</b>	rachel.garcia@sfdr-cisd.org
<b>Teléfono de contacto:</b>	830-778-4100



# AVISOS LEGALES

## Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA

(Para uso de planes de salud grupales de un solo empleador)  
\*\* Derechos de continuación de cobertura bajo COBRA\*\*

### Introducción

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso tiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otra manera. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que es elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta afiliados tardíos.

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

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de vida. Esto también se llama "evento clasificatorio". Los eventos específicos que califican se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA [elija e ingrese la información adecuada: deben pagar o no están obligados a pagar] para la continuación de la cobertura de COBRA.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de empleo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

Si es cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;



# AVISOS LEGALES

- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

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

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificados:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- Muerte del empleado;
- El empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 30 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar esto a la persona que figura en la "Información de contacto del plan", al final de este aviso, junto con la documentación de respaldo del evento de vida calificado.

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

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

## También hay formas en que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura continua de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA. [Agregue una descripción de cualquier procedimiento adicional del Plan para este aviso, incluida una descripción de cualquier información o documentación requerida, el nombre de la parte apropiada a quien se debe enviar el aviso y el período de tiempo para dar aviso.]

### Segunda extensión de evento calificado del período de continuación de cobertura de 18 meses

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es notificado adecuadamente sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que obtengan la continuación de la cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.



# AVISOS LEGALES

## ¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de la Cobertura COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

## ¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas.

- El mes después de que finalice su empleo; o
- El mes después de que finalice la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en o antes de la fecha de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no puede suspenderse debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador principal) y la continuación de la cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

## Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

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

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

## Información de contacto del plan

San Felipe Del Rio Consolidated Independent School District  
ATENCIÓN: Rachel García  
315 Griner St  
Del Río, TX, 78842  
[rachel.garcia@sfdr-cisd.org](mailto:rachel.garcia@sfdr-cisd.org)  
830-778-4100



# AVISOS LEGALES

## Aviso de derechos especiales de inscripción

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

### Pérdida de otra cobertura

Si está rechazando la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a 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 colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación para 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 son elegibles para un subsidio de asistencia para la prima bajo Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de la cobertura de

Medicaid o CHIP o la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia para la 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 de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier estadía hospitalaria en relación con el parto para 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 de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre de su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o emisor para recetar una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas, si corresponde).

## Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)

La información genética La Ley de No Discriminación 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 requerir ninguna información genética de usted o de los miembros de su familia.

GINA prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por el

Título II de GINA solicitar o requerir información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto según lo permita específicamente 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 definición de 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 llevado por un miembro o un embrión legalmente retido por un miembro que recibe servicios de reproducción asistida.

## Ley de Paridad de Salud Mental y Adicción

La Ley de Paridad de Salud Mental y Adicción de 2008 generalmente requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud se aseguren de 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 trastornos por uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a sustancialmente todos los beneficios médicos/quirúrgicos. Para obtener más información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica realizadas bajo el plan de su empleador con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias, comuníquese con el administrador de su plan al (consulte la portada para obtener información de contacto).

## Ley de Derechos de



# AVISOS LEGALES

## Salud y Cáncer de la Mujer

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer requiere que los planes de salud grupales y sus compañías de seguros y HMO brinden ciertos beneficios a las pacientes de mastectomía que eligen la reconstrucción mamaria.

Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía; Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; Prótesis; y Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Los beneficios de reconstrucción mamaria están sujetos a deducibles y limitaciones de coseguro que son consistentes con los establecidos 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 de Michelle

Cuando un hijo dependiente pierde el estatus de estudiante para los fines de la cobertura del plan de salud grupal como resultado de

una licencia médica necesaria de una institución educativa postsecundaria, el plan de salud grupal continuará brindando cobertura durante la licencia por hasta un año, o hasta que la cobertura termine bajo el plan de salud grupal, lo que ocurra primero.

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

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 interactivo de USERRA en línea en <http://www.dol.gov/elaws/userra.htm>

## Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Uniformados y Servicios de 1994 (USERRA) establece requisitos para la continuación de la cobertura de salud y el reempleo con respecto a la licencia militar de un empleado. Estos requisitos se aplican a la cobertura médica y dental 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 más allá 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>

# AVISOS LEGALES



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

Formulario aprobado  
OMB No. 1210-0149  
(vence el 31-12-2026)

### PARTE A: Información general

Incluso si se le ofrece 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 información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud que se ofrece a través de su empleo.

#### ¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado en su área geográfica.

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

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares 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 reduce sus costos.

#### ¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para los ahorros en las 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 ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, o el pago anticipado 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, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reduce su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que se considere asequible para usted o cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12%<sup>1</sup> de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago anticipado 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 empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12% de los ingresos familiares del empleado.<sup>12</sup>

**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, puede perder el acceso a 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 fines del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por 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 los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si comprar un plan de salud a través del Mercado.

#### ¿Cuándo puedo inscribirme en la 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 hasta al menos el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período Especial de Inscripción. En general, califica para un Período Especial de Inscripción si ha tenido ciertos eventos de vida calificados, como casarse,

<sup>1</sup> Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

<sup>2</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito tributario de prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de los servicios médicos.



# AVISOS LEGALES

tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período Especial de Inscripción, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado.

También hay un Período Especial de Inscripción del Mercado para las personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública COVID-19 en todo el país, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se inscribió 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 reanudan las prácticas regulares 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 del 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 presentan 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 de tiempo, son elegibles para un Período Especial de Inscripción 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 obtener 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 en 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 Especial de Inscripción para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, 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 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 su plan de salud o comuníquese con Rachel García al 830-778-4100 o [rachel.garcia@sfdr-cisd.org](mailto:rachel.garcia@sfdr-cisd.org).

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la 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 de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a la aplicación Marketplace.

3. Nombre del empleador San Felipe Del Rio Consolidated Independent School District	4. Número de identificación del empleador (EIN) 741694073
5. Dirección del empleador 315 Griner St	6. Número de teléfono del empleador 830-778-4100
7. Ciudad Del Río	8. Estado TX
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud en este trabajo? Rachel García	
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico rachel.garcia@sfdr-cisd.org

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
  - Todos los empleados. Los empleados elegibles son:
    - Algunos empleados. Los empleados elegibles son: **tiempo completo, trabajando 20 horas a la semana o más**
- Con respecto a los dependientes:
  - Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: **su cónyuge legal, independientemente de su género, y sus hijos naturales, hijastros o adoptivos hasta el final del mes en que cumplen 26 años**
  - No ofrecemos cobertura.
- Si se verifica, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, según los salarios de los empleados.

\*\* Incluso si su empleador tiene la intención de que esta cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja a comisión), si es un nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide comprar cobertura en el Mercado, **HealthCare.gov** lo guiará a través del proceso. Esta es la información del empleador que ingresará cuando visite **HealthCare.gov** para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus 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 obtener acceso a esta información. **Por favor, reviselo cuidadosamente.**

**Fecha de vigencia: 1/1/26**

Oficial de privacidad: Rachel García

Título: Coordinador de Servicios de Apoyo a Beneficios para Empleados

Correo electrónico: [rachel.garcia@sfdr-cisd.org](mailto:rachel.garcia@sfdr-cisd.org)

Teléfono: 830-778-4100

### Sus derechos

Tiene derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamos
- Corregir sus registros de salud y reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien que actúe por ti
- 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 información a medida que:

- Responda preguntas sobre cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar ayuda en casos de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Paga tus servicios de salud
- Administre su plan de salud
- Ayuda con problemas de salud y seguridad pública
- Investiga
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria.
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales



# AVISOS LEGALES

## Sus derechos

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

### Obtenga una copia de los registros de salud y reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

### Pídanos que corrijamos los registros de salud y reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

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

### Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar

su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.

### Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiríremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos pidió que hicieramos). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

### Obtenga 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 impresa de inmediato.

### Elige a alguien que actúe por ti

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

### Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto 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 EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hi\\_paa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hi_paa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Sus opciones

**Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
- *Si no puede decirnos 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 disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*
- En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:
  - Fines de marketing
  - Venta de su información



# AVISOS LEGALES

## Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

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

### Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información de salud 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 organizar servicios adicionales.*

### Dirigir 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.*

### Paga tus servicios de salud

- Podemos usar y divulgar su información médica a medida que pagamos sus servicios de salud.
- *Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.*

### Administre su plan

- Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.
- *Ejemplo: Su compañía contrata con nosotros para proporcionar un plan de salud, y le proporcionamos a su compañía 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 compartir su información de otras

maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

### Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

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

### Investiga

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

### Cumplir con la ley

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

### Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria.

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

### Abordar 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 aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

### Responder a demandas y acciones legales

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

## Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para más información, véase: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.htm](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.htm).

### 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 a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.



# AVISOS LEGALES

## Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 30 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con la prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

---

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:**

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico AK Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>



# AVISOS LEGALES

ARKANSAS - Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web del programa de pago de primas de seguro médico (HIPP): <a href="http://dhcs.ca.gov/ipp">http://dhcs.ca.gov/ipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:ipp@dhcs.ca.gov">ipp@dhcs.ca.gov</a>
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / Relé estatal 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI): Servicio al cliente <a href="https://www.mycohibi.com/">de https://www.mycohibi.com/</a> HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/ipp/index.html">https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/ipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-ipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-ipp</a> Teléfono: 678-564-1162, Presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> Teléfono: 678-564-1162, Presione 2	Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> <a href="http://www.in.gov/fssa/dfr/">http://www.in.gov/fssa/dfr/</a> Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584



# AVISOS LEGALES

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="#">Medicaid de Iowa   Teléfono de Medicaid de Salud y Servicios Humanos</a> : 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki: <a href="#">Hawki - Niños sanos y sanos en Iowa   Salud y Servicios Humanos</a></p> <p>Hawki Teléfono: 1-800-257-8563</p> <p>Sitio web de HIPP: <a href="#">Pago de primas de seguro médico (HIPP)   Salud y Servicios Humanos (iowa.gov)</a></p> <p>Teléfono HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a> Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP): <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/Ki_ipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/Ki_ipp.aspx</a></p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPP.PROGRAM@ky.gov">KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</a></p> <p>Sitio web de KCHIP: <a href="https://kynect.ky.gov">https://kynect.ky.gov</a></p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/laipp">www.ldh.la.gov/laipp</a></p> <p>Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción: <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a></p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Retransmisión de Maine 711</p> <p>Página web de primas de seguros de salud privados: <a href="https://www.mainecenterforhealthcare.org/primas-de-seguros-de-salud">https://www.mainecenterforhealthcare.org/primas-de-seguros-de-salud</a></p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a></p> <p>Teléfono: 1-800-862-4840</p> <p>TTY: 711</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:masspremessaging@accenture.com">masspremessaging@accenture.com</a></p>
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/">https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a></p> <p>Teléfono: 573-751-2005</p>



# AVISOS LEGALES

MONTANA – Medicaid	NEBRASKA - Medicaid
Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/ HIPP</a> Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: <a href="mailto:HHSIPPProgram@mt.gov">HHSIPPProgram@mt.gov</a>	Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a> Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs- services/medicaid/health-insurance-premium- program</a> Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a>
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmabs/clientes/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/ dmabs/clientes/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia premium de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: <a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a> Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Website: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for- medicaid-health-insurance-premium-payment- program-hipp.html</a> Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: <a href="#">Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov)</a> Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa de repartición de rite)



# AVISOS LEGALES

CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="#">Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)   Salud y Servicios Humanos de Texas</a> Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de la Asociación de Primas para Seguros de Salud (UPP) de Utah: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a> Correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a> Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a> Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a> Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/">https://chip.utah.gov/</a>
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="#">Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)   Departamento de Acceso a la Salud de Vermont</a> Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a>  <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a> Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING - Medicaid
Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

EE. UU. Departamento de Trabajo  
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados  
Medicaid  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)  
Opción de menú 4, Ext. 61565

EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos  
Centros de Servicios de Medicare y  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
¡Error! La referencia de hipervínculo no es válida. 1-877-267-2323,



# AVISOS LEGALES

## Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se requiere que las personas respondan a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia al Número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31/1/2026)

Brown & Brown, Inc. y todas sus filiales, no proporcionan orientación ni asesoramiento legal, regulatorio o fiscal. Si se necesita asesoramiento o representación legal, se deben buscar los servicios de un profesional legal. La información de este documento tiene como objetivo proporcionar una descripción general de los servicios contenidos en este documento. Brown & Brown, Inc. no hace ninguna representación o garantía en cuanto a la exactitud o integridad del documento y no asume ninguna obligación de actualizar o revisar el documento en función de nueva información o cambios futuros.



ELEGIBILIDAD

MÉDICO

FSA

DENTAL

VISIÓN

VIDA Y AD&amp;D

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

INCAPACIDAD

AVISO LEGAL



## SAN FELIPE DEL RIO CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT

## 2025-2026 ACADEMIC CALENDAR

## July

4 Independence Day

(28-31) New Teacher Orientation

## August

1 New Teacher Orientation

(4-7) Staff Development

8 Teacher Work Day

11 First Day of School/ Begin 1st Six Weeks

## September

1 Labor Day / Holiday

19 End 1st Six Weeks

22 RTI Data Planning / No Classes

23 Begin 2nd Six Weeks

## October

13 Indigenous People's Day / Holiday

31 End 2nd Six Weeks

## November

3 RTI Data Planning / No Classes

4 Begin 3rd Six Weeks

11 Veteran's Day - Holiday

(24-28) Thanksgiving Break

## December

(2-12) STAAR Testing

19 End 3rd Six Weeks

(22-31) Winter Break

## January

(1-2) Winter Break

5 Teacher Work Day

6 RTI Data Planning/No Classess

7 Begin 4th Six Weeks

19 MLK Day / Holiday

## February

13 RTI Data Planning / No Classes

16 President's Day

16 Make-Up Day / If Applicable

20 End of 4th Six Weeks

23 RTI Data Planning / No Classes

24 Start of 5th Six Weeks

## March

(9-13) Spring Break

## April

(3-6) Easter / Holiday

6 Make-Up Day / If Applicable

10 End of 5th Six Weeks

(7-30) STAAR Testing

13 Start of 6th Six Weeks

## May

(1) STAAR Testing

22 Last Day for Seniors

25 Memorial Day / Holiday

28 End 6th Six Weeks/Last Day Of School

29 Graduation

29 Teacher Work Day

## June

(16-26) STAAR Testing

## July

3 Observance of Independence Day

S	M	T	W	TH	F	S
			1	2	3	4
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		

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

S	M	T	W	TH	F	S
		1	2	3	4	5
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			

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>>	

S	M	T	W	TH	F	S
				1	2	3
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						

S	M	T	W	TH	F	S
		1	2	3	4	5
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			

S	M	T	W	TH	F	S
			1	2	3	4
4	X	(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

S	M	T	W	TH	F	S
			1	2	3	4
8	9	10	11	12	(13)	14
15	+16+	17	18	19	20	>>21
22	(23)	<<24	25	26	27	28

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

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		

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						

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

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	

S	M	T	W	TH	F	S
				1	2	3
8	9	10	11	12	13	14
15	+16+	17	18	19	20	>>21
22	(23)	<<24	25	26	27	28
24	25	26	27	28	>>29	30
31						

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

Cardwell	Waiver Mins.	Total Mins.	Excess Mins.	Instructional Day:	Total Instructional Mins.
76125	0	76125	525	7:50AM-3:05PM	435
76125	0	76125	525	7:50AM-3:05PM	435
76125	0	76125	525	8:15AM-3:30PM	435
77875	0	77875	227		



## *ELEGIBILIDAD*

MÉDICO

FSA

DENTAL

## VISIÓN

VIDA Y AD&D

## BENEFICIOS VOLUNTARIOS

## **INCAPACIDAD**

## *AVISO LEGAL*

# NOTAS

[ELEGIBILIDAD](#)[MÉDICO](#)[FSA](#)[DENTAL](#)[VISIÓN](#)[VIDA Y AD&D](#)[BENEFICIOS VOLUNTARIOS](#)[INCAPACIDAD](#)[AVISO LEGAL](#)

# 2026

## GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

SPC Bldg.  
315 Griner St. Del Rio, Texas 78840  
Office: 830.778.4100 | [www.sfdr-cisd.org](http://www.sfdr-cisd.org)

**Brown & Brown**  
INSURANCE®