

Inscripción abierta de **HAWLEY ISD**

¡SUS BENEFICIOS SON UNA APUESTA SEGURA!



GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Índice

Bienvenido	3	Seguro por discapacidad para educadores ...	12
Información clave que debe saber	3	Programa de Asistencia al Empleado	13
Inscripción.....	4	Seguro contra accidentes.....	14
Plan médico	5	Seguro por eventos médicos críticos.....	14
Primas médicas	5	Pago por estadía hospitalaria	14
Comparación entre planes médicos	6	Seguro de vida universal	15
Plan dental.....	8	Transporte médico.....	15
Plan de visión	9	Avisos importantes	16
Cuenta de ahorros flexibles	10	Aviso sobre el CHIP	19
Cuenta de ahorros para gastos médicos.....	10	Aviso del Mercado	20
Seguro básico de vida/AD&D.....	11	Contactos.....	24
Seguro voluntario de vida/AD&D	11		

ACERCA DE ESTA GUÍA DE BENEFICIOS

Esta guía de beneficios describe los aspectos más destacados del programa Hawley ISDe beneficios en términos no técnicos. 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 de beneficios. En caso de discrepancia entre la descripción de los elementos del programa que figura en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan. Por favor, consulte los documentos específicos del plan y la documentación legal importante y relacionada con los beneficios de cada una de las respectivas aseguradoras en el sitio web de beneficios en **HawleyISD.FBMCBenefits.com**.

Tenga en cuenta que cualquiera y todos los elementos de los programas de beneficios de Hawley ISD podrán ser modificados, en cualquier momento futuro, para cumplir con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, o según lo decida Hawley ISD.

Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Por favor, consulte la **página 16** para obtener más detalles.

Bienvenido

HELLO!



Hawley ISD ofrece un paquete de beneficios integral, económico y competitivo. Este paquete ayuda a protegerle a usted y a su familia, pero solo funciona si usted toma el control y toma decisiones inteligentes sobre sus beneficios. Para aprovechar al máximo sus beneficios, debe tomar decisiones acertadas al inscribirse.

Hawley ISD le brinda varias herramientas, incluido este resumen y el sitio web de inscripción en línea para ayudarle a tomar esta decisión.

Todos los empleados que recién sean elegibles tendrán 30 días a partir de la fecha de inicio de empleo para inscribirse en los beneficios. Todos los beneficios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de inicio del empleo.

Los cambios realizados en todos los planes de seguro durante la Inscripción Abierta anual se deducen del primer cheque de nómina de septiembre y la cobertura entra en vigor el **1 de septiembre de 2025**.

NOTA: Esta es solamente una explicación de los beneficios y la elegibilidad. Si hay contradicciones entre los términos de la explicación de los beneficios y el contrato de la compañía de seguros, prevalecerán los términos del contrato.

INFORMACIÓN CLAVE QUE DEBE SABER

INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA

La cobertura **NO** se renovará automáticamente para el nuevo año de beneficios, por lo que todos los empleados deben inscribirse con un inscriptor o realizar la autoinscripción a través del portal Employee Navigator (Navegador del Empleado) para el año del plan 2025-2026.

QUÉ HAY DE NUEVO

Tenga en cuenta que los siguientes beneficios han cambiado:

1. Las tarifas de beneficios médicos de TRS han aumentado.
2. Las tarifas dentales y de visión de Ameritas seguirán siendo las mismas.
3. El IRS ha aumentado la cantidad que los empleados pueden aportar a la Cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica o la Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA).



DOCUMENTOS DEL PLAN

Para ver los documentos del plan del proveedor, visite: HawleyISD.FBMCBenefits.com



Inscripción

INSCRIPCIÓN

Una vez inscrito, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación, a excepción de la cobertura médica.

NOTA: si elige inscribirse en la cobertura médica que entrará en vigor en la fecha de su contratación, entonces está reconociendo que su prima mensual será deducida en su totalidad.

Este beneficio no se prorrateará en función de la fecha de vigencia. Ejemplo: si un nuevo empleado comienza a trabajar en agosto y su primera fecha de pago es en septiembre, en su cheque de pago de septiembre habrá dos deducciones por la totalidad de las primas médicas correspondientes a agosto y septiembre.

Considere detenidamente sus opciones de beneficios, ya que es posible que se apliquen ciertas normas de elegibilidad y eventos habilitantes a cualquier cambio que desee realizar durante el año del plan.

(Para obtener más información, consulte el **documento del plan de la Sección 125** que puede solicitar a su empleador).

Por favor, asegúrese de revisar el talón de su primer cheque de pago después de su fecha de entrada en vigor para verificar su cobertura de seguro. Comunique inmediatamente cualquier discrepancia al departamento de beneficios.

ELEGIBILIDAD

Todos los empleados **a tiempo completo o parcial** que trabajan **10** horas o más a la semana son elegibles para todas las ofertas de beneficios a través del Distrito.

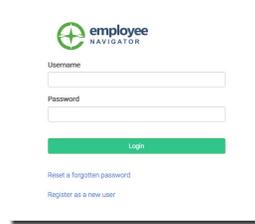
CÓMO INSCRIBIRSE



1 INSCRIPCIÓN ASISTIDA CON UN ASESOR DE BENEFICIOS

Programe una cita con un asesor de beneficios escaneando el código QR o utilizando el siguiente enlace: Hawleyisd.fbmcbenefits.com

2 AUTOINSCRÍBASE CON EMPLOYEE NAVIGATOR



Utilice el portal de Employee Navigator para actualizar sus elecciones y/o sus beneficiarios.

Utilice el enlace siguiente para acceder a **Instrucciones de registro en el portal**

ID de la empresa: **Hawley-ISD**

Usted puede realizar elecciones de beneficios en www.employeeenavigator.com. Para prepararse para la inscripción en línea, deberá tener a mano lo siguiente:

- Números de Seguro Social y fechas de nacimiento de sus familiares elegibles.
- Registros de gastos de atención médica, dental y de visión para que pueda planificar sus opciones de beneficios.
- Información sobre otras coberturas de beneficios o seguros que pueda tener, como los detalles de cobertura de los planes de su cónyuge.
- Información sobre la designación de beneficiarios, para que pueda identificar correctamente a sus beneficiarios de su seguro de vida.

IMPORTANTE

Por favor, recuerde que las primas pagadas antes de impuestos están "bloqueadas". No se pueden cambiar sus elecciones de beneficios a mitad del año del plan, a menos que usted experimente un evento de vida habilitante. Algunos ejemplos serían:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento o adopción
- Fallecimiento de un dependiente
- Un cambio de residencia que afecta a la cobertura
- Pérdida u obtención de empleo del cónyuge
- CHIPRA (Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños)

Plan médico

LA SALUD ES SIEMPRE UNA APUESTA SEGURA



Nadie puede predecir el futuro, pero sí prepararse para él. Sus beneficios médicos le proporcionan acceso a personas, recursos y herramientas que le ayudarán cuando no se sienta bien.

Hawley ISD ofrece **4** opciones de seguro médico. Los planes tienen distintos niveles de copagos, deducibles y máximos de bolsillo. Para tomar una decisión informada, por favor, siga leyendo las descripciones breves de sus opciones de cobertura.

El programa médico, administrado por **BCBSTX (TRS ActiveCare)**, proporciona el marco para su salud y bienestar. Para satisfacer mejor las distintas necesidades de nuestros empleados, **Hawley ISD** ofrece los planes médicos que se describen a continuación.

TÉRMINOS CLAVE

- **Prima:** monto mensual que usted paga por la cobertura de atención médica.
- **Deducible:** monto anual de gastos médicos que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago:** monto fijo que usted paga por un servicio cubierto en el momento en que lo recibe. El monto puede variar según el tipo de servicio.
- **Coseguro:** parte que usted debe pagar por los servicios después de alcanzar su deducible. Suele ser un porcentaje determinado de los costos; es decir, usted paga el 20% mientras que el plan de atención médica paga el 80%.
- **Máximo de gastos de bolsillo:** monto máximo que usted paga cada año por gastos médicos. Después de alcanzar el máximo de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% de los cargos permitidos por los servicios cubiertos.

PRIMAS MÉDICAS

Mensual	PLANES TRS-ACTIVECARE				BCBSTX
	PRIMARY	PRIMARY+	HD	AC2	WTX BLUE ESS
Empleado	\$67.00	\$151.00	\$81.00	\$588.00	\$789.50
Empleado + Cónyuge	\$904.00	\$1073.00	\$942.00	\$1977.00	\$2536.60
Empleado + Hijo(s)	\$412.00	\$555.00	\$436.00	\$1082.00	\$1490.00
Empleado + Familia	\$1248.00	\$1476.00	\$1296.00	\$2416.00	\$2720.30

Comparación entre planes médicos

	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+	TRS-ACTIVECARE HD
Resumen del plan	<ul style="list-style-type: none"> La prima más baja de los tres planes Copagos por visitas al médico antes de alcanzar su deducible Red estatal Es necesario tener derivaciones de un Proveedor de atención primaria (PCP) para ver a los especialistas No es compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) No hay cobertura fuera de la red 	<ul style="list-style-type: none"> Deducible más bajo que los planes HD y Primary Copagos para muchos servicios y medicamentos Prima más alta Red estatal Es necesario tener derivaciones de un PCP para ver a los especialistas No es compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) No hay cobertura fuera de la red 	<ul style="list-style-type: none"> Compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) Red nacional con cobertura fuera de la red Sin necesidad de PCP ni de derivaciones Debe alcanzar su deducible antes de que el plan pague la atención no preventiva

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN (Individual/Familiar)

Tipo de cobertura	Solo cobertura dentro de la red	Solo cobertura dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$2500/\$5000	\$1200/\$2400	\$3300/\$6600	\$6600/\$13 200
Coseguro	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Máximo de bolsillo	\$8050/\$16 100	\$6900/\$13 800	\$8300/\$16 600	\$20 500/\$41 000
Red	Red estatal	Red estatal	Red nacional	
Se requiere un proveedor de atención primaria (PCP)	Sí	Sí	No	

VISITAS AL MÉDICO

Atención primaria	\$30 de copago	\$15 de copago	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Especialista	\$70 de copago	\$70 de copago	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible

ATENCIÓN INMEDIATA

Atención de urgencia	\$50 de copago	\$50 de copago	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Atención de emergencia	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 30% después del deducible	
TRS Virtual Health-RediMD TM	\$0 por consulta médica	\$0 por consulta médica	\$30 por consulta médica	
TRS Virtual Health-Teladoc [®]	\$12 por consulta médica	\$12 por consulta médica	\$42 por consulta médica	

MEDICAMENTOS CON RECETA (SUMINISTRO PARA 31/90 DÍAS)

Deducible de medicamentos	Integrado al plan médico	Deducible de medicamentos de marca de \$200	Integrado al plan médico	
Medicamentos genéricos (suministro para 31 días/suministro para 90 días)	\$15/\$45 de copago; \$0 para determinados medicamentos genéricos	\$15/\$45 de copago	Usted paga el 20% después del deducible; \$0 de coseguro para determinados medicamentos genéricos	
Marca preferida	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible (\$100 máx.)/ Usted paga el 25% después del deducible (\$265 máx.)	Usted paga el 25% después del deducible	
Marca no preferida	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	
Medicamentos de especialidad (31 días máx.)	\$0 si elegible para SaveOn ^{SP} ; Usted paga el 30% después del deducible	\$0 si elegible para SaveOn ^{SP} ; Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	
Costos de bolsillo por insulina	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días	Usted paga el 25% después del deducible	

TRS-ACTIVECARE 2

WEST TEXAS BLUE ESSENTIALS HMO

Resumen del plan

- **NOTA: Cerrado** a nuevos inscritos
- Los inscritos actuales pueden elegir permanecer en el plan
- Deducible más bajo
- Copagos para muchos medicamentos y servicios
- Red nacional con cobertura fuera de la red
- Sin necesidad de PCP ni de derivaciones

Puede elegir este plan si vive en uno de estos condados:

Andrews, Armstrong, Bailey, Borden, Brewster, Briscoe, Callahan, Carson, Castro, Childress, Cochran, Coke, Coleman, Collingsworth, Comanche, Concho, Cottle, Crane, Crockett, Crosby, Dallam, Dawson, Deaf Smith, Dickens, Donley, Eastland, Ector, Fisher, Floyd, Gaines, Garza, Glasscock, Gray, Hale, Hall, Hansford, Hartley, Haskell, Hemphill, Hockley, Howard, Hutchinson, Irion, Jones, Kent, Kimble, King, Knox, Lamb, Lipscomb, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, McCulloch, Menard, Midland, Mitchell, Moore, Motley, Nolan, Ochiltree, Oldham, Parmer, Pecos, Potter, Randall, Reagan, Reeves, Roberts, Runnels, San Saba, Schleicher, Scurry, Shackelford, Sherman, Stephens, Sterling, Stonewall, Sutton, Swisher, Taylor, Terry, Throckmorton, Tom Green, Upton, Ward, Wheeler, Winkler, Yoakum

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN (Individual/Familiar)

Tipo de cobertura	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo cobertura dentro de la red
Deducible	\$1000/\$3000	\$2000/\$6000	\$950/\$2850
Coseguro	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 40% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible
Máximo de bolsillo	\$7900/\$15 800	\$23 700/\$47 400	\$7450/\$14 900
Red	Red nacional		Red regional
Se requiere un proveedor de atención primaria (PCP)	No		Sí

VISITAS AL MÉDICO

Atención primaria	\$30 de copago	Usted paga el 40% después del deducible	\$20 de copago
Especialista	\$70 de copago	Usted paga el 40% después del deducible	\$70 de copago

ATENCIÓN INMEDIATA

Atención de urgencia	\$50 de copago	Usted paga el 40% después del deducible	\$50 de copago
Atención de emergencia	Usted paga \$250 de copago más el 20% después del deducible		Usted paga \$500 de copago más el 25% después del deducible
TRS Virtual Health-RediMD TM	\$0 por consulta médica		N/C
TRS Virtual Health-Teladoc [®]	\$12 por consulta médica		N/C

MEDICAMENTOS CON RECETA (SUMINISTRO PARA 30/90 DÍAS)

Deducible de medicamentos	Deducible de medicamentos de marca de \$200	\$150 (excluidos los medicamentos genéricos)
Medicamentos genéricos (suministro para 30 días/ suministro para 90 días)	\$20/\$45 de copago	\$5/\$12.50 de copago; \$0 para determinados medicamentos genéricos
Marca preferida	Usted paga el 25% después del deducible (\$40 mín./\$80 máx.)/ Usted paga el 25% después del deducible (\$105 mín./\$210 máx.)	30% después del deducible
Marca no preferida	Usted paga el 50% después del deducible (\$100 mín./\$200 máx.)/ Usted paga el 50% después del deducible (\$215 mín./\$430 máx.)	50% después de deducible
Medicamentos de especialidad	\$0 si elegible para SaveOn ^{SP} ; 30% después del deducible (\$200 mín./\$900 máx.) / Sin suministro para 90 días de medicamentos de especialidad	Usted paga el 15%/25% después del deducible (preferido/no preferido)
Costos de bolsillo por insulina	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días	N/C



proporcionado por: **Ameritas**

Plan dental

Un buen cuidado dental es fundamental para su bienestar general. Con el seguro dental, puede recibir la atención que necesita para sus dientes, a un costo que puede pagar.

TIPOS DE SERVICIOS

- **Tipo 1:** exámenes de rutina, limpiezas, radiografías, sellantes, mantenedores de espacio
- **Tipo 2:** amalgamas de restauración, composites de restauración (dientes anteriores y posteriores), extracciones simples
- **Tipo 3:** incrustaciones, coronas, endodoncia, periodoncia, prótesis dentales, implantes, extracciones complejas, anestesia
- **Clase 4:** tratamientos de ortodoncia solo para niños

NOTA: la lista anterior es una descripción incompleta de los beneficios. Para obtener más información, por favor, consulte los documentos del plan correspondiente.

BENEFICIOS DE TRASPASO

Su plan dental incluye Recompensas Dentales como una forma de aumentar su beneficio máximo anual. Con solo visitar a un proveedor dental cada año y presentar un reclamo, puede aumentar su beneficio máximo anual con el tiempo. Después de utilizar su beneficio inicial, las recompensas acumuladas están ahí para ayudarle a pagar procedimientos más costosos, como endodoncias o coronas.

Cómo funciona - por cada año en el que usted presente al menos un reclamo dental y el total de beneficios dentales pagados sea de \$500 o menos, usted califica para acumular \$250 en recompensas para el año siguiente. Podrá acumular recompensas hasta un monto máximo de \$1000. Ten en cuenta que, si usted no presenta un reclamo dental durante el año, no se acumulan recompensas y las recompensas acumuladas se restablecen a cero. Sin embargo, podrá comenzar a calificar para obtener recompensas nuevamente el siguiente año.

SONRÍE COMO UN GANADOR



PRIMAS DEL PLAN DENTAL

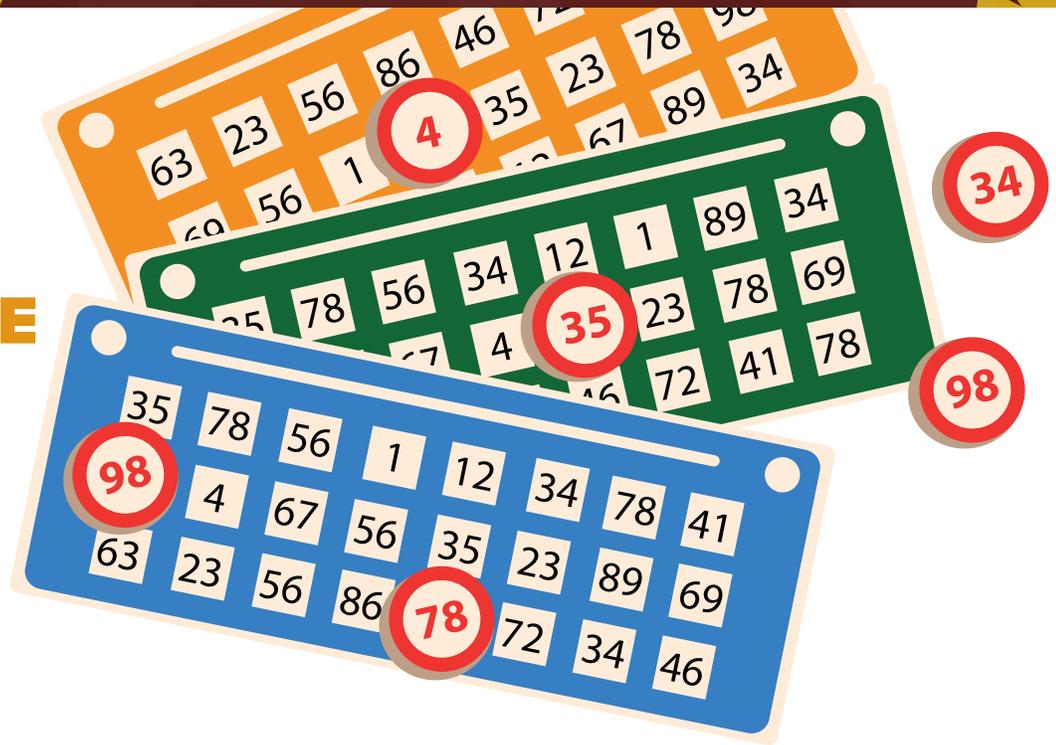
Mensual	BAJO	ALTO
Empleado	\$21.56	\$33.20
Empleado + Uno (Cónyuge o Hijo)	\$40.16	\$65.88
Empleado + Familia (Dos o más dependientes)	\$70.84	\$111.64

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DENTALES

DEDUCIBLE (por año calendario) - Máximo de 3 por familia	\$50.00	\$50.00
COSEGURO DEL PLAN (dentro y fuera de la red)		
Tipo 1: Preventivo	80%	100%
Tipo 2: Básico	50%	80%
Tipo 3: Mayor	50%	50%
Tipo 4: Ortodoncia (solo hijos)	50%	50%
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL		
Tipo 1, 2 y 3 (anual por persona)	\$1000	\$1000
Tipo 4 (de por vida por persona)	\$1000	\$1000

Plan de visión

VEA EL JACKPOT CLARAMENTE



Su plan de visión es una parte importante de su bienestar general. Los beneficios de visión están diseñados para proporcionarle a usted y a sus familiares cubiertos la atención, el valor y el servicio necesarios para ayudarles a mantener una buena visión y salud en general. Este plan fomenta la realización de exámenes anuales, así como la obtención de las monturas y lentes que usted desee.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DE VISIÓN

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
EXAMEN	\$10 de copago	Hasta \$35
LENSES	\$25 de copago	Vea a continuación
MONTURAS	\$150 de asignación	Hasta \$75
LENSES (ESTÁNDAR) POR PAR		
Monofocales	Cobertura total	Hasta \$25
Bifocales	Cobertura total	Hasta \$40
Trifocales	Cobertura total	Hasta \$55
Lenticulares	20% de descuento	No cubierto
Progresivos	\$65 + deducible	No cubierto
Policarbonato (menores de 19 años)	\$40	No cubierto
LENSES DE CONTACTO*		
Electivos	Hasta \$150	Hasta \$120
Medicamento necesarios	Cobertura total	Hasta \$200
Exámenes de ajuste y seguimiento	Hasta \$40	N/C
CORRECCIÓN DE LA VISIÓN CON LASIK	Descuento promedio del 15% sobre el precio minorista o 5% de descuento sobre el precio promocional	N/C

PRIMAS DEL PLAN DE VISIÓN

Mensual	COSTO
Empleado	\$7.56
Empleado + Cónyuge	\$15.04
Empleado + Hijo(s)	\$14.00
Empleado + Familia	\$21.48

FRECUENCIAS

(con base en la fecha de servicio)

Examen	12 meses
Monturas	24 meses
Lentes	12 meses
Lentes de contacto*	12 meses

*Los lentes de contacto sustituyen a los anteojos y las monturas

*Los lentes de contacto sustituyen a los anteojos y las monturas



proporcionado por: **National Benefit Services**

Cuenta de ahorros flexibles

CUENTA DE AHORROS FLEXIBLES

AMPLÍA TU CARTERA CON AHORROS ANTES DE IMPUESTOS



EN RESUMEN

Año del Plan de la FSA:

- 1 de septiembre de 2025 - 31 de agosto de 2026

Aporte máximo anual:

- HCFSA: **\$3300**
- DCFSA: **\$5000**

Una **Cuenta de gastos flexibles (FSA)** le permite pagar gastos elegibles con dinero libre de impuestos. Usted aporta a una FSA con dinero antes de impuestos de su cheque de pago en cada período de pago. Esto, a su vez, puede ayudar a reducir su ingreso gravable. Hay dos tipos de FSA:

- **FSA para atención médica (HCFSA):** ayuda a pagar gastos médicos admitidos no cubiertos por el seguro (copagos, deducibles, costos de medicamentos con receta, etc.)
- **FSA para atención de dependientes (DCFSA):** ayuda a pagar gastos de atención de dependientes elegibles como sus hijos, cónyuge y/o parientes.

CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS

Una **Cuenta de ahorros para gastos médicos** (también conocida como HSA) es una cuenta bancaria con ventajas fiscales que puede abrir cuando se inscribe en un HDHP admitido. La HSA ofrece una forma de ahorrar para gastos de atención médica actuales y futuros, con ventajas fiscales a lo largo del camino. Las HSA suelen denominarse cuentas con triple ventaja fiscal, lo que significa:

- Sus aportes individuales a una HSA pueden estar libres de impuestos, hasta un máximo anual establecido por el IRS
- Las ganancias de los aportes (a través de intereses e inversiones) pueden estar libres de impuestos
- Puede utilizar el dinero de su HSA, libre de impuestos, para gastos elegibles de atención médica, costos de medicamentos con receta, etc.)
- Su HSA le pertenece y se va con usted si queda desempleado, cambia de empleo o se jubila; usted puede:
 - Puede dejar el dinero en su cuenta corriente
 - Puede transferir el dinero a otra HSA
 - No obstante, si realiza un retiro anticipado, o utiliza su HSA para gastos no elegibles, el dinero puede estar sujeto a multas o impuestos.

EN RESUMEN

Aporte máximo anual del IRS:

- Empleado: **\$4300**
- Empleado + Familia: **\$8550**
- Aporte de nivelación: **\$1000**

(aportes para personas mayores de 55 años)



Seguro básico de vida/AD&D

SEGURO BÁSICO DE VIDA/AD&D

PAGADO POR EL EMPLEADOR



ASEGURE SUS GANANCIAS DE POR VIDA

Proteger el futuro de su familia es sin duda una de sus mayores prioridades. Una forma de ayudar a conseguir este objetivo es mediante un seguro de vida. **Hawley ISD** le ofrece un plan valioso de Seguro básico de vida/AD&D sin costo alguno para usted.

EN RESUMEN

Beneficio de seguro básico de vida:

- \$10 000

Beneficio de seguro de AD&D:

- \$10 000

REDUCCIONES POR EDAD

- A los 70 años, los beneficios del seguro de vida y AD&D se reducirán al 50% del monto original.

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES:

- **Extensión de beneficios por muerte:** su seguro de vida continuará si sufre una discapacidad total.
- **Opción de beneficios "en vida":** un pago parcial anticipado de su Seguro de vida está disponible para usted una vez durante su vida.
- **Privilegio de conversión:** si usted o su dependiente cubierto da por terminada la póliza, usted puede adquirir una póliza individual sin constancia de asegurabilidad

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA/AD&D

Además de su Seguro básico de vida/AD&D, usted tiene la oportunidad de adquirir protección adicional de seguro de vida. Este beneficio está diseñado para ayudar a proporcionar seguridad financiera para usted y su familia. Esta cobertura es un beneficio pagado por el empleado.

REDUCCIONES POR EDAD

- A los 70 años, los beneficios del seguro de vida y AD&D se reducirán al 50% del monto original.
- Si el empleado se inscribe primero en el Seguro voluntario de vida y AD&D a los 70 años o más, se aplicarán las reducciones por edad mencionadas a lo siguiente:
 - Cualquier monto de emisión garantizada disponible sin constancia de asegurabilidad; y
 - El monto máximo de seguro para el que sea elegible.

EMISIÓN GARANTIZADA Y CONSTANCIA DE ASEGURABILIDAD

- **Emisión garantizada:** el monto de la cobertura que puede adquirir sin tener que proporcionar Constancia de asegurabilidad
- **Constancia de asegurabilidad (EOI):** un registro de los eventos de salud pasados y actuales de una persona que se utiliza para determinar la salud general de una persona.

MONTOS DE COBERTURA

	EMPLEADO	CÓNYUGE	HIJO
Emisión garantizada	\$150 000	\$50 000	\$10 000
Incrementos	\$10 000	\$5000	\$10 000
Mínimo	\$10 000	\$10 000	\$10 000
Máximo	El menor de \$500 000 - O- 5 veces los ingresos anuales	\$250 000	\$10 000

NOTA: Una póliza cubrirá a todos los hijos dependientes hasta que cumplan 26 años.



proporcionado por: **OneAmerica**

Seguro por discapacidad para educadores



CUANDO LA VIDA DA VUELTAS, MANTENTE CUBIERTO

Siempre tiene cuentas que pagar, incluso cuando no puede ir a trabajar debido a una lesión, enfermedad o cirugía. **La protección por discapacidad para educadores de OneAmerica** está diseñada para ayudarle a llegar a fin de mes en tiempos difíciles y proteger sus ingresos en caso de que quede discapacitado como resultado de un accidente o enfermedad cubiertos.

MUCHO DEPENDE DE TU SUELDO

La mayoría de nosotros damos por sentada nuestra salud y nuestra capacidad para trabajar. Usted sabe cuánto se le extrañaría en la escuela, pero considere cómo una pérdida temporal de ingresos afectaría la seguridad financiera de su familia. Si una discapacidad le impidiera obtener ingresos, ¿cómo pagaría su hipoteca, la cuota de su automóvil y otros gastos? Por eso es tan importante el seguro por discapacidad Educator Select.

LA SOLUCIÓN ECONÓMICA

La protección por discapacidad para educadores de OneAmerica se le ofrece a una tarifa grupal competitiva, con la facilidad y comodidad de las deducciones de nómina. Y lo mejor de todo, usted elige el monto de beneficio que se adecue a las necesidades de su familia y no tiene que responder ninguna pregunta de salud ni someterse a exámenes médicos cuando solicita la cobertura.

COSTOS DE LOS BENEFICIOS Y PERÍODOS DE ESPERA

El **período de espera de beneficios** es el espacio de tiempo que debe estar discapacitado de forma continua antes de que se puedan pagar los beneficios. A continuación, se muestra una lista de los períodos de espera disponibles y su costo por cada \$100 de beneficio.

PRIMAS DEL SEGURO POR DISCAPACIDAD

Mensual	COSTO DEL LTD* (por cada \$100 de beneficio)	PERÍODO DE ESPERA
Opción 1	\$5.08	0/3 días
Opción 2	\$2.84	14/14 días
Opción 3	\$2.34	30/30 días
Opción 4	\$1.60	60/60 días
Opción 5	\$1.38	90/90 días
Opción 6	\$1.22	150/150 días

CÓMO CALCULAR SU PRIMA

La prima mensual estimada para el seguro de vida se determina al dividir el monto deseado de cobertura por 100 y, luego, multiplicar el resultado por la tasa de la prima de la opción deseada.

Monto de cobertura	\$1500	\$ _____
Dividir entre 100	÷ 100	÷ 100
Multiplicar el resultado por la tasa de la prima	15 \$X.XX (opción 2)	_____
Tarifa mensual estimada	\$42.60	\$ _____

Programa de Asistencia al Empleado



MUCHO DEPENDE DE TU SUELDO



Un plan de EAP está diseñado para ayudarle a llevar una vida más feliz y productiva en su hogar y trabajo. Les proporciona a usted y su familia acceso a otros beneficios de forma gratuita, cortesía de Hawley ISD.

ASESORAMIENTO CONFIDENCIAL

Su EAP está diseñado para ayudarle a llevar una vida más feliz y productiva en su hogar y trabajo. Llame para tener acceso confidencial a un Asesor profesional con licencia* que puede ayudarle con:

- Estrés, depresión, ansiedad
- Problemas familiares o de pareja, crianza, divorcio
- Ira, dolor y pérdida
- Estrés laboral, conflictos laborales
- Y más

INFORMACIÓN Y RECURSOS FINANCIEROS

Hable por teléfono con nuestros Contadores Públicos Certificados y Planificadores Financieros Certificados sobre una amplia variedad de temas financieros que incluyen:

- Planificación patrimonial o de jubilación
- Preguntas sobre impuestos
- Problemas de deuda, crédito o préstamos
- Ahorro para la universidad

ASISTENCIA Y RECURSOS LEGALES

Hable por teléfono con nuestros abogados. Si necesita representación, le pondremos en contacto con un abogado calificado en su área para una consulta gratuita de 30 minutos, y posteriormente obtendrá un 25% de descuento en los honorarios legales habituales. Llame para consultar sobre:

- Divorcio y derecho de familia
- Procesos civiles y penales
- Transacciones inmobiliarias
- Problemas de arrendador/ arrendatario
- Deuda y quiebra
- Contratos

EQUILIBRIO ENTRE LA VIDA LABORAL Y PERSONAL

Nuestros especialistas en equilibrio entre la vida laboral y personal investigarán por usted y le brindarán referencias calificadas y recursos personalizados para:

- Cuidado de niños y adultos mayores
- Cuidado de mascotas
- Mudanzas y reubicación
- Reparación del hogar
- Planificación universitaria

GUIDANCERESOURCES® EN LÍNEA

GuidanceResources en línea es su única fuente de información experta sobre los temas que más le importan... relaciones, trabajo, escuela, niños, bienestar, asuntos legales, finanzas, tiempo libre y más.

- Artículos actualizados, HelpSheetsSM, tutoriales, videos en streaming y autoevaluaciones
- Respuestas personalizadas a sus preguntas a través de la función "Pregunte al Experto"
- Búsqueda de servicios de cuidado infantil, cuidado de adultos mayores, abogados y planificadores financieros

PREPARACIÓN GRATUITA DE TESTAMENTOS EN LÍNEA

EstateGuidance® le permite redactar un testamento de manera rápida y sencilla en su computadora. Solo vaya a guidanceresources.com y haga clic en el enlace EstateGuidance. Siga las instrucciones para crear y descargar su testamento sin costo. Se incluye asistencia en línea e instrucciones para formalizar y registrar su testamento. Usted puede:

- Nombrar a un albacea para administrar su patrimonio
- Elegir a un tutor para sus hijos
- Especificar sus deseos respecto a sus bienes
- Proporcionar instrucciones para el funeral y entierro

Su programa ComPsych® GuidanceResources®

LLAME EN CUALQUIER MOMENTO

Llame al: **855.387.9727**

DTS: 800.697.0353

En línea: guidanceresources.com

ID web de su empresa: **ONEAMERICA3**

Copyright © 2016 ComPsych Corporation. Todos los derechos reservados.

Otros beneficios

BENEFICIOS QUE VALEN LA PENA ARRIESGAR



SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Proporcionado por:
Allstate

Prestador nuevo

No sabes cuándo ocurrirá un accidente ni cuánto puede costar. Las estadías en el hospital, el tratamiento médico, las visitas de seguimiento y otros gastos pueden acumularse rápidamente. Es posible que el seguro médico principal no cubra todo, pero el seguro de accidentes Allstate Benefits puede ayudar. Este seguro proporciona ofrece cobertura adicional para ayudar a cubrir los gastos médicos y costos de vida cuando sufre una lesión. Todos los fondos de la póliza se pagan directamente a usted para que los utilice como mejor le parezca.

Mensual

PRIMAS DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Empleado	\$17.83
Empleado + Cónyuge	\$26.65
Empleado + Hijo(s)	\$33.57
Empleado + Familia	\$42.39

Beneficio de detección de salud: \$100 por asegurado/año.

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

Proporcionado por:
Allstate

Prestador nuevo

El seguro de enfermedades graves le protege a usted y a su familia en caso de enfermedad grave u otra afección médica con una cobertura portátil. Los pagos se realizan directamente al empleado y se pueden aplicar a reclamos, facturas del hogar u otros gastos, según sea necesario.

Beneficio de detección de salud: \$75 por asegurado/año.

RESUMEN DE BENEFICIOS

Montos de cobertura disponibles	\$5000 - \$50 000
Montos de emisión garantizados	Empleado : hasta \$50 000 Cónyuge: hasta \$25 000 Hijos: hasta \$25 000



VIDA ENTERA

Proporcionado por:
Allstate

Prestador nuevo

La vida es impredecible. Deje que Allstate Benefits ayude a sus empleados a prepararse para lo inesperado con un **seguro de vida entera**. Nuestro seguro puede ayudar a brindar seguridad financiera para la vida y sus incertidumbres. El seguro de vida entera de Allstate Benefits puede ayudar a su familia a alcanzar las metas y los sueños que compartieron juntos, y genera un valor en efectivo del que puede disponer mientras esté vivo.

Hable con un asesor de BenefitS para obtener tarifas personalizadas.

BENEFICIOS DESTACADOS

- Beneficio por muerte totalmente garantizado (primas pagaderas hasta los 95 años)
- Si vive hasta los 121 años, se le pagará un beneficio de vencimiento en suma global.
- Paga un beneficio de muerte acelerada por enfermedad terminal
- Primas asequibles; nómina deducida



TRANSPORTE MÉDICO

Proporcionado por:
MASA Global

La mayoría de las personas asume que su seguro médico cubrirá la mayor parte, si no todos, los costos de estos traslados. Por lo general, ocurre lo contrario, lo que le deja con responsabilidades financieras. **La cobertura de transporte médico** paga estos costos para que usted no tenga que hacerlo.

PRIMAS DE TRANSPORTE MÉDICO

Mensual	EMERGENT PLUS	PLATINUM
Empleado	\$14.00	\$39.00
Empleado + Familia	\$14.00	\$39.00



SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Proporcionado por:
Allstate

Prestador nuevo

El seguro de hospitalización puede ayudarle con los costos médicos que su seguro médico no cubra. Estos beneficios están disponibles para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes elegibles y se pagan directamente a usted para que los use en lo que necesite.

Los tres niveles de cobertura incluyen un beneficio de bienestar de **\$100 por asegurado/año**.

RESUMEN DE BENEFICIOS

	BAJO	MEDIO	ALTO
Beneficio de estancia del 1er día (Máx.: 1 admisión por año calendario)	\$1250	\$1450	\$2950
Confinamiento diario en el hospital (Máx.: 365 días)	\$150/día	\$150/día	\$300/día
Confinamiento diario en UCI (Máx.: 365 días)	\$250/día	\$250/día	\$250/día

PRIMAS DEL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

MENSUAL	BAJO	MEDIO	ALTO
Empleado	\$19.19	\$21.02	\$34.68
Empleado + Cónyuge	\$32.08	\$35.78	\$63.53
Empleado + Hijo(s)	\$35.74	\$39.77	\$69.96
Familiar	\$48.63	\$54.53	\$98.81

IMPORTANTE: esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro médico. Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.



Avisos importantes

AVISO IMPORTANTE DE HAWLEY ISD SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con **BCBSTX (TRS ActiveCare)** y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debería adquirir su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

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

- La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se puso a disposición de todas las personas que tienen Medicare en 2006. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también podrían ofrecer mayor cobertura por una prima mensual más alta.
- **BCBSTX (TRS ActiveCare)** ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por **BCBSTX (TRS ActiveCare)** pague, en promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditada. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditada, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditada actual de medicamentos con receta, sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de **BCBSTX (TRS ActiveCare)** se verá afectada. Usted puede conservar esta cobertura si elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y su plan médico de **BCBSTX (TRS ActiveCare)** coordinará sus beneficios con Medicare para la cobertura de medicamentos. Consulte las páginas 7-9 de la Guía de Divulgación de la Cobertura Acreditada para las Personas Elegibles de la Parte D de Medicare de los CMS (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones del plan de medicamentos con receta/opciones que las personas elegibles para Medicare pueden tener a su disposición cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.

*Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual con **BCBSTX (TRS ActiveCare)** o **Baylor Scott & White**, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura.*

¿Cuándo deberá pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse en un Plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con **BCBSTX (TRS ActiveCare)** o **Baylor Scott & White** y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos siguientes a la finalización su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditada de medicamentos con receta, es posible que su prima mensual aumente en al menos un 1% de la prima mensual básica del beneficiario de Medicare por cada mes en que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa 19 meses sin cobertura acreditada, su prima podría ser al menos un 19% más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (un recargo) durante todo el tiempo que cuente con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

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

Para obtener más información, comuníquese con la persona indicada a continuación.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de **BCBSTX (TRS ActiveCare)** cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

En el manual "Medicare y usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

Visite www.medicare.gov

Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (en el interior de la contratapa de su manual "Medicare y usted" encontrará el número de teléfono).

Llame al: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**
Los usuarios de TTY deben llamar al: **1-877-486-2048**

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social www.socialsecurity.gov, o llámelos al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**.

Última actualización: **1 de julio de 2025**

Nombre de la entidad: **Hawley ISD**

Oficina de contacto: **Departamento de Beneficios**

Dirección: **210 Avenue E, Hawley, TX 79525**

Teléfono: **(325) 298-2952**

PREGUNTAS Y RESPUESTAS/DERECHOS A COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta terminaría de otro modo debido a un evento de vida conocido como "evento habilitante". Más adelante en este aviso encontrará una lista de eventos habilitantes específicos. Luego de ocurrido un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario admitido". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían pasar a ser beneficiarios admitidos si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. Según el Plan, los beneficiarios admitidos que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA más una tarifa administrativa del 2%.

Si usted es un empleado, pasará a ser un beneficiario admitido si pierde su cobertura bajo el Plan debido a que ocurre alguno de los siguientes eventos habilitantes:

- Se reduce su horario de trabajo; o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser un beneficiario admitido si pierde su cobertura bajo el Plan debido a que ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Su cónyuge fallece;
- Se reduce el horario de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su cónyuge;
- Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios admitidos si pierden la cobertura bajo el Plan debido a que ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- El empleado progenitor fallece;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado progenitor;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su cónyuge;
- Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios admitidos si pierden la cobertura bajo el Plan debido a que ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- El empleado progenitor fallece;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado progenitor;
- El empleo del empleado progenitor termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- El empleado progenitor del dependiente pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios admitidos solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. Cuando el evento habilitante sea el fin del empleo o la reducción del horario de trabajo, el fallecimiento del empleado, el inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador o el hecho de que el empleado pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el empleador deberá notificar el evento habilitante al Administrador del Plan (NBS).

Usted debe notificar algunos eventos habilitantes

Para los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores al evento habilitante. Debe enviar este aviso al director de Recursos Humanos, incluyendo la documentación pertinente (sentencia de divorcio; documento de separación legal, etc.) para respaldar su reclamo, si corresponde.

¿Cómo se proporciona la cobertura de COBRA?

Luego de ser notificado del evento habilitante, el Administrador del Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios admitidos. Cada beneficiario admitido tendrá el derecho independiente de elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación provisorio de cobertura. Cuando el evento habilitante sea el fallecimiento del empleado, el hecho de que el empleado pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o separación legal, o la pérdida de elegibilidad de un hijo como hijo dependiente, la cobertura de continuación de COBRA durará hasta un total de 36 meses.

Cuando el evento habilitante sea el fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado y el empleado haya pasado a tener derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento habilitante, la cobertura de continuación de COBRA para los beneficiarios admitidos que no sean el empleado durará hasta 36 meses después de la fecha de elegibilidad de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto pasa a tener derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en la que finaliza su empleo, la cobertura de continuación de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha de elegibilidad para Medicare, lo que equivale a 28 meses después de la fecha del evento habilitante (36 meses menos 8 meses).

De lo contrario, cuando el evento habilitante sea el fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, la cobertura de continuación de COBRA generalmente solo durará hasta un total de 18 meses. Hay dos maneras de ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA.

Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación por discapacidad.

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier familiar cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación.

Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación, por segundo evento habilitante.

Si su familia experimenta otro evento habilitante mientras recibe 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan el segundo evento habilitante. Esta ampliación puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciban cobertura de continuación si el empleado o ex-empleado fallece, pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas), o se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

Avisos importantes

Si tiene alguna pregunta:

Las preguntas relacionadas con su Plan o a sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto identificado a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a ERISA, incluida COBRA, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y otras leyes que afectan los planes médicos grupales, comuníquese con la Oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los EE. UU. en su área o visite el sitio web de la EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA).

Mantenga a su Plan informado de los cambios de domicilio:

Con el fin de proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. Asimismo, debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

National Benefit Services

Departamento COBRA
Apartado postal 219494
Kansas City, MO 64121-9494
(800) 274-0503

www.nbsbenefits.com

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

Si usted o su cónyuge se han realizado o van a realizarse una mastectomía, es posible que tengan derecho a determinados beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la 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 generar una apariencia simétrica;
- prótesis; y
- tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al número de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación médica.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

Los planes médicos grupales y las aseguradoras médicas generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de una estadía hospitalaria de cualquier duración relacionada con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea.

Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o la aseguradora para prescribir una estadía hospitalaria que no supere las 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA HIPAA

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

Si tiene un nuevo dependiente a causa de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega para adopción, puede inscribirse usted e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega para adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Hawley ISD

Oficina de contacto: Departamento de Beneficios
Dirección: **210 Avenue E, Hawley, TX 79525**
Teléfono: **(325) 298-2952**

Aviso sobre el CHIP

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en Texas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si dispone de asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, marque el 1-877-KIDS NOW, o visite insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP y también son elegibles en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan, si aún no está inscrito. A esto se lo denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días siguientes a la determinación de su elegibilidad para la asistencia para el pago de primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en Texas, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan médico de su empleador. Si reside fuera de Texas, consulte el Aviso modelo de CHIP completo en línea en:

<https://www.dol.gov/sites/default/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.doc>

Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

TEXAS - MEDICAID

Sitio web: <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>

Teléfono: 800-335-8957

Para localizar la lista de estados, vigente al 31 de enero de 2025, o para ver los estados que han añadido recientemente un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero de 2025, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, comuníquese con:

DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado

1-866-444-EBSA (3272)
dol.gov/agencies/ebsa

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE.UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565
dcms.hhs.gov

Aviso del Mercado



Opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(expira el 31-12-2026)

PARTE A: Información general

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

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "un punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

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

Usted 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 una cobertura que no se considere asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (analizado a continuación). El ahorro para el cual es elegible depende de sus ingresos familiares. También podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

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

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que cumpla con determinados estándares, usted no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y podría considerar inscribirse en el plan médico de su empleador. Sin embargo, usted podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual, o para una reducción en algunos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en lo absoluto o no le ofrece cobertura que cumpla con determinados estándares. Para los años del plan que comiencen en el año calendario 2025, si el costo de un plan de su empleador que le cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.02% de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que ofrece su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.^{1,2}

Nota: si adquiere un plan médico a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que se ofrece a través de su empleo, entonces podría perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador así como también su aporte como empleado a cobertura basada en el empleo, generalmente se excluyen del ingreso para fines de los impuestos federales y estatales sobre la renta. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica que se ofrece a través de su empleo no cumple con los requisitos de asequibilidad o los estándares de valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al decidir si adquirir un plan médico a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; visite <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2025.

² Un plan médico patrocinado por el empleador u otro basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del Plan en el total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de elegibilidad para el crédito fiscal de primas, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan médico también debe brindar una cobertura sustancial tanto de servicios hospitalarios como de servicios de atención médica.

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

Usted puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el periodo de inscripción abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado pero por lo general comienza el 1 de noviembre y continúa hasta al menos el 15 de diciembre.

Fuera del período de inscripción abierta anual, usted puede inscribirse en un seguro médico si califica para un período de inscripción especial. Por lo general, usted califica para un período de inscripción especial si ha tenido determinados eventos de vida habilitantes, tales como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo de su tipo de período de inscripción especial, usted puede contar con 60 días antes o 60 días después del evento de vida habilitante para inscribirse en un plan del Mercado.

También hay un a período de inscripción especial del Mercado para personas y sus familias que pierden elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023, hasta el 31 de julio de 2024. Desde el comienzo de la emergencia de salud pública nacional por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP en general, no han finalizado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que fuera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020, hasta el 31 de marzo de 2023. Mientras las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan sus prácticas de inscripción y elegibilidad regulares, muchas personas pueden ya no ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. **está ofreciendo un período de inscripción especial temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que vivan en estados atendidos por HealthCare.gov y que envíen una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y den fe de una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un período de inscripción especial de 60 días. **Esto 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 para cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para obtener cualquier información sobre 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 alternativas hay a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para cobertura en un plan médico basado en el empleo (como un plan médico patrocinado por el empleador), es posible que usted o su familia también puedan ser elegibles para un período de inscripción especial a fin de inscribirse en ese plan médico en determinadas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estuvieron inscritos en una cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, usted tiene 60 días después de la pérdida de su cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan médico 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 médico basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan médico basado en el empleo.

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

¿Cómo puedo obtener más información?

Para más información acerca de su cobertura ofrecida a través de su empleo, por favor, revise la descripción resumida de su plan médico o póngase en contacto con mcox@hawley.esc14.net
Hawley ISD; c/o: Benefits Dept. 210 Avenue E; Hawley, TX 79525; (325) 298-2952; mcox@hawley.esc14.net

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Por favor, 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 para un Mercado de Seguros Médicos en su área.

Aviso del Mercado

PARTE B: Información sobre la cobertura médica ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud para cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para que corresponda con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Hawley ISD		4. Número de identificación del empleador (EIN) 75-6001759	
5. Dirección del empleador 210 Avenue E		6. Número de teléfono del empleador (325) 298-2952	
7. Ciudad Hawley	8. Estado TX	9. Código postal 76525	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura médica de los empleados en este trabajo? Hawley ISD			
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)		12. Dirección de correo electrónico mcox@hawley.esc14.net	

A continuación, se presenta información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan médico a:

Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Maestros, personal administrativo, suplentes, conductores de autobús, bibliotecarios, guardias de cruce, trabajadores de cafetería, entre otros, son todos elegibles para la cobertura, siempre que no se aplique ninguna excepción, si son empleados del distrito/entidad, no voluntarios y son miembros activos que aportan al TRS o están empleados por un distrito/entidad participante durante 10 o más horas programadas regu

- Con respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Un cónyuge, incluida una pareja de hecho (una pareja de hecho no se considera elegible a menos que exista una Declaración de Matrimonio Informal ante una agencia gubernamental autorizada). Un hijo menor de 26 años que sea uno de los siguientes: Hijo biológico, hijo adoptado o hijo legalmente entregado para adopción legal, hijastro, hijo en acogida, hijo cuyo tutor legal es el empleado, nieto menor de 26 años cuya residencia principal es el hogar del empleado y que es dependiente del empleado a los fines del impuesto federal sobre la renta en el ejercicio fiscal en el cual rige la cobertura del nieto. "Cualquier otro dependiente" (distinto de los mencionados anteriormente) menor de 26 años con una relación regular de padre e hijo con el empleado, que cumpla con los cuatro requisitos siguientes: La residencia principal del hijo es el hogar del empleado; El empleado aporta al menos el 50% de la manutención del hijo; Ninguno de los padres biológicos del hijo reside en ese hogar; y El empleado tiene derecho legal a tomar decisiones sobre la atención médica del hijo. Este requisito no se aplica a dependientes de 18 años o más. Un hijo, de 26 años o más, de un empleado cubierto puede ser elegible para la cobertura de dependiente, siempre que el hijo esté mental o físicamente incapacitado a tal grado que dependa del empleado de manera regular según lo determine TRS, y cumpla con otros requisitos según lo determine TRS. Un dependiente no incluye a un hermano o hermana de un empleado, a menos que el hermano o hermana sea una persona menor de 26 años que: (1) que esté bajo la tutela legal de un empleado, o (2) que tenga una relación regular de padre e hijo con él.

Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted tiene la intención de ser asequible, con base en los salarios del empleado.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, podría igualmente ser elegible para un descuento en las primas a través del Mercado. El Mercado usará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para obtener un descuento en las primas. Si, por ejemplo, su salario varía de semana en semana (tal vez usted es un empleado por hora o trabaja a comisión), si usted es un empleado recién contratado a mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, podría igualmente calificar para un descuento en las primas.

Si decide contratar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) le guiará a lo largo del proceso. Esta es la información del empleador que deberá introducir cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito a fiscal para reducir sus primas mensuales.

La información siguiente corresponde a la Herramienta de Cobertura de Empleador en el Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continúe)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para cobertura? _____ (mm/dd/aaaa) (Continúe)

No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con el estándar de valor mínimo*?

Sí (Pase a la pregunta 15) No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con el estándar de valor mínimo* ofrecido solo al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

Si el año del plan finalizará pronto y usted sabe que los planes médicos ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan? _____

El empleador no ofrecerá cobertura médica

El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente Trimestralmente Anualmente

* Un plan médico patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en el total de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)



Contactos



HAWLEY ISD

📍 210 Avenue E, Hawley, TX 79525

☎️ (325) 298-2952

🌐 HawleyISD.FBMCBenefits.com

CENTRO DE SERVICIOS DE FBMC

☎️ (844) 337-4968

PLAN MÉDICO (TRS ACTIVECARE II HMO)

▶ BCBSTX

Números del grupo:

- Primary: **385003**
- Primary+: **385001**
- HD: **385000**
- AC2: **385002**
- WTXBE: **295781**

☎️ Números de teléfono

- BCBSTX: **(866) 355-5999**
- WTXBE: **(888) 378-1633**

🌐 BCBSTX.com

DENTAL/VISIÓN

▶ Ameritas

Número del grupo: **400662**

☎️ (800) 487-5553

🌐 Ameritas.com

VIDA/DISCAPACIDAD

▶ OneAmerica

Número del grupo: **618798**

☎️ Números de teléfono

- Vida: **(800) 553-3522**
- Discapacidad: **(855) 517-6365**

🌐 OneAmerica.com

ACCIDENTE/ENFERMEDAD GRAVE/ INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA/

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

▶ Allstate

- Enfermedad crítica, indemnización hospitalaria, accidente - GRP#: OC0000601003
- Seguro de vida entera GRP#: E4995

☎️ Servicio al cliente: **(800) 521-3535**

🌐 www.allstatebenefits.com/mybenefits

FSA / HSA

▶ National Benefit Services

Número del grupo: **NBS588245**

☎️ (800) 274-0503

🌐 NBSBenefits.com

TRANSPORTE MÉDICO

▶ MASA Global

Número del grupo: **B2BHAWISD**

☎️ Números de teléfono

- Emergencia global: **(800) 643-9023**
- Servicio al cliente: **(800) 423-3226**

🌐 MASAGlobal.com

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS (EAP)

▶ One America

Número del grupo: **618798**

☎️ (855) 387-9727

🌐 GuidanceResources.com



The main body of the page is a solid, plain white space, completely devoid of any text, markings, or images.



Administrador de contratos

FBMC Benefits Management, Inc.

📍 Centro de servicio: (844) 337-4968

La información contenida en este documento no constituye un certificado o póliza de seguro.

Los certificados o pólizas se proporcionarán a los participantes después del inicio del año del plan, si corresponde.