



MERKEL ISD

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

2025-26

Descubre el
bienestar.
Eleva la vida.





¡HOLA A TODOS!

Esta guía de beneficios describe los aspectos más destacados de su programa de beneficios 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 de beneficios. Si hay alguna discrepancia entre la descripción de los elementos del programa contenidos en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como válida 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. Debe tener en cuenta que todos y cada uno de los elementos de sus programas de beneficios pueden modificarse en el futuro, en cualquier momento, para cumplir con las normas del Servicio de Impuestos Internos o según lo decida su empleador.

TABLA DE CONTENIDO

2..... ¡Hola a todos!

4..... Información clave que debe saber

5..... Acerca de sus beneficios

6..... Su inscripción

7..... Telesalud

8..... Plan dental

9.... Plan de visión

10.... FSA

11.... HSA

12... Seguro de vida/AD&D

13.... Seguro por discapacidad

15.... EAP

16.... Otros beneficios

- Seguro contra accidentes
- Seguro de enfermedades graves incluido cáncer
- Seguro de indemnización hospitalaria
- Beneficios de por vida
- Seguro contra el cáncer
- Seguro contra el robo de identidad
- Transporte médico
- Plan legal

19.... Avisos importantes

- Aviso sobre CHIP
- Aviso del Mercado

25.... Sus contactos





INFORMACIÓN CLAVE

QUE DEBE SABER

La cobertura NO se transferirá automáticamente al nuevo año de beneficios, por lo que todos los empleados deben inscribirse en persona con un asesor de beneficios autorizado para el año del plan 2025-2026.

Términos de seguro:

Coseguro: La parte que debe pagar por los servicios después de cumplir con su deducible. A menudo se trata de un porcentaje específico 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 en concepto de costos médicos. Después de alcanzar el máximo de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% de los cargos permitidos por los servicios cubiertos.

Prima: El monto mensual que usted paga por la cobertura de atención médica.

Deducible: El monto anual de los gastos médicos que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar su parte.

Copago: El 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.



ACERCA DE SUS BENEFICIOS

Sus planes de beneficios incluyen beneficios completos, rentables y competitivos. ¡Este paquete ayuda a protegerlo a usted y a su familia, pero solo funciona si toma el control y toma decisiones inteligentes sobre sus beneficios! Para aprovechar al máximo sus beneficios, debe tomar decisiones inteligentes en la inscripción.

Tiene varias herramientas, incluida esta guía de beneficios y el sitio web de inscripción en línea merkelisd.fbmcbenefits.com para ayudarlo en esta toma de decisión.

Todos los empleados recién elegibles dispondrán de 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los beneficios. Todos los beneficios entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de inicio del empleo.

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

SU INSCRIPCIÓN

Una vez inscrito, la cobertura comenzará el primer día del mes posterior a su fecha de contratación. Considere cuidadosamente sus opciones de beneficios ya que ciertas reglas de elegibilidad y eventos habilitantes pueden aplicarse a cualquier cambio que desee realizar durante el año del plan.

Por favor, asegúrese de revisar su primera nómina de paga después de su fecha de vigencia para verificar su cobertura de seguro. Informe inmediatamente cualquier discrepancia al Departamento de Recursos Humanos.

ELEGIBILIDAD

- **Todos los empleados a tiempo completo:** Los empleados de tiempo completo que trabajen al menos **20 horas por semana** de forma regular son elegibles para cobertura a partir del primer mes siguiente a la fecha de contratación.
- **Cónyuge:** Usted puede inscribir a su cónyuge.
- **Hijos:** Los hijos elegibles incluyen hijos biológicos, hijastros, hijos adoptivos, hijos para quienes se le ha designado tutela legal y sus nietos que son sus dependientes para fines del impuesto a la renta federal.

CÓMO INSCRIBIRSE

La inscripción asistida en el lugar con un asesor de beneficios estará disponible **del 29 al 31 de julio**. Programe una cita con un asesor de beneficios escaneando el código QR o utilizando este enlace: **merkelisd.fbmcbenefits.com**. Alternativamente, puede inscribirse usted mismo en Employee Navigator. Utilice el Portal Employee Navigator para actualizar sus elecciones y/o sus beneficiarios. Utilice este enlace para acceder a un PDF instructivo:

- [Instrucciones de registro en el portal](#)
- ID de la Compañía: Merkel-ISD
- Puede realizar elecciones de beneficios en www.employeenavigator.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 para su cobertura de seguro de vida.*

IMPORTANTE

Por favor, recuerde que cualquier prima pagada antes de impuestos está "bloqueada". 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 afecte la cobertura
- Pérdida u obtención de empleo del cónyuge
- CHIPRA (Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil)



RECURO TELESALUD

VISITAS VIRTUALES:

Visitas virtuales: Reciba atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier lugar

Primero, llame al consultorio de su médico. También pueden ofrecer consultas de telesalud por teléfono o video en línea.

Con las visitas virtuales, el médico siempre está ahí. Reciba atención no de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana de un médico certificado por la junta por teléfono, video en línea o aplicación móvil desde la privacidad y la comodidad de su hogar.

No se arriesgue a tener que esperar en salas atestadas de gente, a pagar atención de urgencia costosa o facturas de la sala de emergencias o a tener que esperar semanas o más para ver a un médico, cuando puede hablar con un doctor de visitas virtuales al cabo de unos pocos minutos.

RECIBA ATENCIÓN VIRTUAL EN CASOS DE:

Las visitas virtuales, proporcionadas por Recuro Health, son una alternativa conveniente para el tratamiento de más de 80 afecciones de salud, entre ellas:

- Alergias
- Fiebre
- Náuseas
- Resfriado/gripe
- Dolores de cabeza
- Infecciones de los senos paranasales

Las visitas virtuales con terapeutas licenciados en salud conductual están disponibles mediante cita. Reciba atención virtual en casos de:

- Ansiedad
- Depresión
- Gestión del estrés
- Y más

VISITA VIRTUAL LOS MÉDICOS PUEDEN INCLUSO ENVIAR UNA RECETA ELECTRÓNICA A SU FARMACIA LOCAL.

Prima mensual: \$10
Tarifa de consulta: \$0
Consultas ilimitadas
Todos los familiares incluidos

Asesoramiento autorizado
para salud conductual virtual:
\$85 Visita inicial de
psiquiatría: \$225 Visita de
seguimiento de psiquiatría:
\$99

**Active su cuenta de
Recuro hoy:**

Llame a Recuro al
855-6RECURO

Vaya a
member.recurohealth.com

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

PLAN DENTAL



La buena salud empieza en la boca. El seguro dental paga exámenes y limpiezas dentales periódicas. También hace más asequible el tratamiento de caries, tratamientos de conducto y otras afecciones.

Con los planes Alto y Bajo, usted disfruta de descuentos negociados con los odontólogos de nuestra red Humana. Después del deducible, usted paga porcentajes de coseguro por cada servicio cubierto hasta su máximo anual.

¿Necesita ayuda para encontrar un odontólogo de la red?
Inicie sesión en www.Humana.com o llame al 800-233-4013.

* ES RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO VERIFICAR QUE EL PROVEEDOR ESTÉ DENTRO DE LA RED EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

*Hay un Máximo Anual Ampliado que permite una cobertura adicional del 30% para servicios preventivos, básicos y mayores después de haberse alcanzado el máximo del año calendario (excluye ortodoncia)"

Primas del plan dental		
Tarifas mensuales	Alto	Bajo
Empleado	\$37.30	\$25.65
Empleado + Cónyuge	\$74.51	\$51.96
Empleado + Hijo	\$67.73	\$47.05
Empleado + Familia	\$125.01	\$86.52

Resumen de beneficios dentales		
	Alto	Bajo
Su red	PPO tradicional plus	PPO Preventivo Plus
Copago de visita a consultorio	N/C	N/C
Deducible	\$50/\$150	\$50/\$150
Cargos cubiertos para usted (coseguro)	Dentro/fuera de la red	Dentro/fuera de la red
Atención preventiva-Se exime deducible	100%	100%
Servicios básicos	80% después del deducible	80% después del deducible
Servicios mayores	50% después del deducible	No se cubre
Beneficio máximo anual	\$1,000*	\$1,000
Beneficio de ortodoncia	Hijos hasta los 18 años 50% hasta \$1,000 Máximo de por vida	No se cubre; El afiliado puede recibir un descuento

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.



HUMANA PLAN DE VISIÓN

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 alienta a realizarse exámenes anuales además de las monturas y lentes que necesite.

Prima del plan de visión

Tarifas mensuales	
Empleado	\$8.39
Empleado + Cónyuge	\$13.87
Empleado + Hijo(s)	\$15.12
Empleado + Familia	\$21.66

Frecuencias

(En base a la fecha de servicio)

Lentes de contacto*	1 por cada 12 meses
Examen	1 por cada 12 meses
Monturas	1 por cada 12 meses
Lentes	1 por cada 12 meses

*El plan cubre lentes de contacto o monturas, no ambos.

Opciones de lentes cubiertos

Recubrimiento UV Tinte (Sólido y degradado)	\$15	No se cubre
Resistencia a arañazos estándar	\$15	No se cubre
Polycarbonato estándar - adultos	\$40	No se cubre
Polycarbonato estándar - Hijo <19	\$40	No se cubre
Revestimiento antirreflectante estándar	\$25	Hasta \$25
Revestimiento antirreflectante premium		
o Nivel 1	\$37	Hasta \$25
o Nivel 2	\$48	Hasta \$25
o Nivel 3	80% del cargo menos \$20 de asignación	Hasta \$25
Progresivo estándar (complemento a bifocal)	\$10	Hasta \$40
Progresivo premium		
o Nivel 1	\$75	Hasta \$40
o Nivel 2	\$85	Hasta \$40
o Nivel 3	\$100	Hasta \$40
o Nivel 4	\$55 de copago, 80% menos la asignación de \$120	Hasta \$40
Transiciones de plástico / fotocromáticos	\$75	No se cubre
Polarizados	80% de carga	No se cubre

Resumen de los beneficios de visión

	Asignación dentro de la red	Asignación fuera de la red
Examen	\$10	Hasta \$30
Monturas	20% de descuento en saldos superiores a	\$80 de asignación

Lentes (estándar) por par

Monofocales	\$10	Hasta \$25
Bifocales	\$10	Hasta \$40
Trifocales	\$10	Hasta \$60
Lenticulares	\$10	Hasta \$100

Lentes de contacto

Electivos - Convencionales	\$150 asignación, 15% de descuento en el saldo	\$128 de asignación
Descartables	\$150 de asignación	\$128 de asignación
Médicamente necesarios	\$0	\$210 de asignación

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

NBS (NUEVO PROVEEDOR)

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)



EN RESUMEN

El año del plan de la FSA:

Del 1 de septiembre al 31 de agosto de 2026

Plazos para la presentación de reclamaciones:

La FSA para atención médica tiene un período de gracia de 45 días para presentar reclamaciones.

La FSA para atención de dependientes tiene un período de gracia de 45 días para la presentación de reclamaciones.

Aporte máximo anual:

- HFSA: **\$3,300**

- DCFSA: **\$5,000**

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 nómina de pago en cada período de pago. Esto, a su vez, puede ayudar a reducir su ingreso gravable.

Tipos de FSA:

- **FSA para atención médica:** ayuda a pagar los gastos médicos calificados que no cubre el seguro (copagos, deducibles, costos de recetas, etc.)
- **FSA para atención de dependientes:** ayuda a pagar los gastos de atención de dependientes elegibles, como sus hijos, cónyuge y/o familiares.

REGLA DE "ÚSELA O PIÉRDALA"

Según lo exige el Servicio de Impuestos Internos (IRS), una FSA tiene una regla de "úsela o piérdala" según la cual los fondos que tenga sin usar en la cuenta al final del año del plan (más cualquier período de gracia que aplique) se perderán. Cuando elija una FSA durante la Inscripción Abierta, el empleado debe indicar cuánto desearía aportar a la FSA durante el año. El objetivo es elegir un monto que cubra los gastos de atención médica o atención de dependientes, pero no tan alto de modo de evitar perder el dinero al final del año. El período de gracia establecido será de 1.5 meses.

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

NBS (NUEVO PROVEEDOR)

CUENTAS DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)



¡Los fondos de HSA NO UTILIZADOS se transfieren de un año a otro incluso si decide no realizar aportes!

¡Una triple ventaja fiscal!

La HSA es un vehículo de inversión con ventajas fiscales que ofrece tres beneficios fiscales separados:

- Los aportes a la HSA son antes de impuestos.
- Los intereses obtenidos de los fondos de inversión están exentos de impuestos.
- Los retiros para gastos médicos calificados están libres de impuestos.

Aporte máximo anual:

- Usted mismo: **\$4,300**
- Familia: **\$8,550**

Una **Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)** funciona con un plan de salud con deducible alto (HDHP) y le permite reservar una parte de su cheque de pago, antes de impuestos, en una cuenta para ayudarlo a pagar gastos médicos calificados que no están cubiertos por su plan. También puede ayudarlo a planificar los gastos médicos futuros. ¡Los fondos sobrantes se pueden transferir a la cuenta de inversión HSA año tras año para crecimiento futuro!

¿CÓMO FUNCIONA UNA HSA?

En 2025, el IRS aumentó los máximos de HSA. Puede depositar hasta \$4,300 para usted o hasta \$8,550 para su familia en su HSA. Las personas de 55 años o más pueden realizar aportes adicionales de \$1,000 a su HSA. Este límite lo establece el IRS. Puede utilizar el dinero de su HSA para pagar deducibles de seguros y atención médica/suministros como servicios dentales, de visión y medicamentos con receta.

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.



MUTUAL OF OMAHA (NUEVO PROVEEDOR)

SEGURO DE VIDA/AD&D

SEGURO BÁSICO DE VIDA/AD&D

¿Cómo funciona?

Usted mantiene la cobertura por un período establecido de tiempo, o "término". Si fallece durante ese término, el dinero puede ayudar a su familia a pagar los gastos básicos de subsistencia, gastos de sepelio, matrícula y otros.

El seguro de AD&D viene con el seguro de vida, y puede pagar un beneficio si usted sobrevive a un accidente pero sufre determinadas lesiones graves. Si usted fallece a causa de un accidente cubierto, este seguro puede pagar un monto adicional. El monto de la cobertura se reduce en un 50% a los 70 años.

MUTUAL OF OMAHA (NUEVO PROVEEDOR)

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO/AD&D

¿Cómo funciona?

Usted elige el monto de cobertura que le resulte correcto y mantiene la cobertura durante un período de tiempo determinado, o "término". Si fallece durante ese término, el dinero puede ayudar a su familia a pagar los gastos básicos de subsistencia, gastos de sepelio, matrícula y otros. El seguro de AD&D viene con el seguro de vida, y paga un beneficio si usted sobrevive a un accidente pero sufre determinadas lesiones graves. Si usted fallece a causa de un accidente cubierto, este seguro paga un monto adicional. El monto de la cobertura se reducirá al 50% al cumplir los 70 años.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

En la fecha de vigencia de la póliza, todos los afiliados (inscritos o elegibles) pueden aumentar el monto de su beneficio en \$10,000 hasta el monto de emisión garantizada sin preguntas ni exámenes de salud.

BENEFICIO PAGADO POR EL EMPLEADOR

En resumen

*Beneficio básico del seguro de vida: \$10,000
Beneficio del seguro de AD&D: \$10,000*

Características adicionales:

- o **Beneficio por muerte acelerada:** retire hasta el 80% de su beneficio de vida hasta un máximo de \$500,000 (cuando se combinan el seguro de vida básico y cualquier seguro de vida adicional).
- o **Asistencia en transporte**
- o **Programa de asistencia al empleado**

BENEFICIO PAGADO POR EL EMPLEADO

En resumen

Obtenga hasta \$150,000 de emisión garantizada por usted y \$50,000 para su cónyuge y \$10,000 para sus hijos.

No se requiere constancia de asegurabilidad para cobertura infantil

Características adicionales:

- o **Beneficio de atención en vida:** 80% hasta \$8,000
- o **Exención de prima:** El seguro de vida para dependientes continúa automáticamente, sin pago de prima, durante cinco meses después de la muerte del miembro asegurado.
- o **Portabilidad:** Es posible que pueda conservar la cobertura si abandona el Distrito, se jubila o cambia la cantidad de horas que trabaja.

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

MUTUAL OF OMAHA (NUEVO PROVEEDOR)

SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

Como empleado activo del Distrito, usted tiene acceso a una póliza de seguro de ingresos por discapacidad. Una póliza de seguro de ingresos por discapacidad puede ayudarle a proporcionar seguridad cuando la necesita, además de darle tranquilidad para que pueda recuperarse más rápido y volver pronto al trabajo. A continuación, se describen las directrices de cobertura y los beneficios.

ELEGIBILIDAD - TODOS LOS EMPLEADOS ELEGIBLES	
Requisito de elegibilidad	mínimo de 20 horas por semana para ser elegible para la cobertura.
Pago de prima	Las primas de este seguro las paga usted en su totalidad.
BENEFICIOS	
Período de eliminación	90 días calendario después del inicio de su lesión o enfermedad discapacitante o la fecha en que finalice su discapacidad a corto plazo.
Beneficio semanal	60% de sus ganancias mensuales antes de impuestos, sin exceder el monto máximo de beneficio semanal del plan menos otras fuentes de ingresos. La prima de su cobertura por discapacidad a largo plazo se exime mientras recibe los beneficios.
Beneficio mensual máximo	\$6,000
Beneficio mínimo mensual	\$100/10%
Período de beneficio máximo	Si queda discapacitado antes de los 62 años, los beneficios se pagarán hasta los 65 años, su edad de jubilación normal del Seguro Social o 3.5 años, lo que sea más largo. A partir de los 62 años (o más), el período de beneficio se basará en un calendario de duración reducida.

Primas por discapacidad a largo plazo

Tarifas mensuales

LTD

Costo por cada \$100 de beneficios

\$1.30

Servicios adicionales

Asistencia en viaje: El programa de asistencia en viaje es un beneficio adicional que brinda asistencia para sus viajes a más de 100 millas de su hogar o fuera del país.

Programa de descuento para audición: El Programa de descuento para audición le ofrece a usted y a su familia productos auditivos con descuento, incluidos audífonos y baterías. Llame al 1-888-534-1747 o visite www.amplifonusa.com/mutualofomaha para obtener más información.

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

MUTUAL OF OMAHA (NUEVO PROVEEDOR)

SEGURO DE DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Como empleado activo del Distrito, usted tiene acceso a una póliza de seguro de ingresos por discapacidad. Una póliza de seguro de ingresos por discapacidad puede ayudarle a proporcionar seguridad cuando la necesita, además de darle tranquilidad para que pueda recuperarse más rápido y volver pronto al trabajo. A continuación, se describen las directrices de cobertura y los beneficios.

ELEGIBILIDAD - TODOS LOS EMPLEADOS ELEGIBLES		
Requisito de elegibilidad	mínimo de 20 horas por semana para ser elegible para la cobertura.	
Pago de prima	Las primas de este seguro las paga usted en su totalidad.	
PERÍODO DE ELIMINACIÓN	14/14	30/30
Si queda discapacitado, hay un período de eliminación antes de que se paguen los beneficios. Sus beneficios comienzan:	El día 15 de su lesión o enfermedad discapacitante.	El día 31 de su lesión o enfermedad discapacitante.
BENEFICIOS		
Beneficio semanal	60% de sus ganancias semanales antes de impuestos, sin exceder el monto máximo de beneficio semanal del plan menos otras fuentes de ingresos. La prima de su cobertura por discapacidad a corto plazo se exime mientras recibe los beneficios.	
Período máximo de beneficio	Hasta 13 semanas	
Beneficio semanal máximo	\$1,500	
Beneficio semanal mínimo	\$25	

Primas por discapacidad a corto plazo

Tarifas mensuales	Costo por cada \$100 de beneficios
Clase 1	\$1.63
Clase 2	\$1.20

Servicios adicionales

Programa de descuento para audición: El Programa de descuento para audición le ofrece a usted y a su familia productos auditivos con descuento, incluidos audífonos y baterías. Llame al 1-888-534-1747 o visite www.amplifonusa.com/mutualofomaha para obtener más información.

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

MUTUAL OF OMAHA (NUEVO PROVEEDOR)

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) de Mutual of Omaha ofrece una variedad de asistencia telefónica y web diseñada para ayudarlo con problemas personales que puedan afectar su vida diaria, como cuestiones financieras y legales, atención de adultos mayores o planificación para la universidad. Los materiales están disponibles en inglés y español.

Apoyo emocional

- Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a consejeros autorizados para el estrés, la ansiedad, la depresión, el duelo y los problemas de relación.
- Tres llamadas por año (por hogar) con nuestros profesionales de EAP de nivel de maestría internos, quienes le brindarán a la persona que llama recursos comunitarios.
- Sesiones de asesoramiento confidencial a corto plazo disponibles por teléfono, video o en persona.
- Derivaciones a profesionales de salud mental a largo plazo cuando sea necesario

Apoyo laboral y de estilo de vida

- Orientación para desafíos relacionados con el trabajo, como el agotamiento, la resolución de conflictos y la planificación profesional
- Asistencia para encontrar servicios de atención infantil, atención de adultos mayores, atención de mascotas y reubicación.
- Apoyo para eventos importantes de la vida, como matrimonio, divorcio, crianza de los hijos y adopción.

Orientación legal

- 1 Consulta legal con un abogado al año (hasta 30 minutos)
- 25% de descuento en servicios legales continuos para el mismo problema
- Acceso a plantillas y herramientas de documentos legales

CÓMO OBTENER AYUDA

- Visite el sitio web del Programa de asistencia al empleado para ver artículos y recursos oportunos sobre una variedad de temas financieros, de bienestar, conductuales y de salud mental: mutualofomaha.com/eap
- Llame al: 1-800-316-2796

Elegibilidad

Los empleados a tiempo completo y sus familiares inmediatos, incluidos el empleado, su cónyuge y sus hijos dependientes (solteros y menores de 26 años) que residen con el empleado, son elegibles para utilizar el programa.

Recursos financieros

- Ayuda con presupuestos, gestión de deudas, préstamos estudiantiles y planificación de la jubilación.
- Herramienta de evaluación financiera personal
- Informes de progreso continuo sobre la salud financiera
- Plataforma financiera inclusiva impulsada por Enrich

Soporte digital

- Portal en línea con artículos, autoevaluaciones, videos y kits de herramientas
- Aplicación móvil para acceder fácilmente a recursos y programar citas
- Herramientas interactivas para la gestión del estrés, la atención plena y la planificación financiera

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

OTROS BENEFICIOS

MUTUAL OF OMAHA (NUEVO PROVEEDOR)

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Los accidentes suceden. El seguro contra accidentes le ayuda a afrontar estos eventos inesperados pagándole en efectivo directamente. El plan paga independientemente de cualquier otra cobertura que tenga, y no existen restricciones sobre cómo puede utilizar el dinero.

Este plan proporciona cobertura las 24 horas dentro como fuera del trabajo. El plan también incluye un Beneficio Express de \$250. Si un asegurado resulta lesionado como consecuencia de un accidente, se le pagará un beneficio expreso al momento de la notificación del accidente. El beneficio se paga una vez por accidente de cada persona asegurada.

El plan también incluye un beneficio de evaluación de salud de \$200, una vez por año calendario, por persona cubierta.

El plan paga un beneficio por lesión, emergencia, cirugía, hospitalización, atención de seguimiento y otros beneficios de valor agregado.

MUTUAL OF OMAHA (NUEVO PROVEEDOR)

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

Su seguro de salud cubre muchos de sus costos de tratamiento, pero aun así le queda muchos otros gastos para los que sus finanzas no están preparadas.

Niveles de cobertura entre los que puede elegir:

- o \$5,000 a \$40,000 por empleado
- o 100% del beneficio inicial del empleado para el cónyuge
- o 100% del salario inicial del empleado para hijo(s) dependiente(s)

El plan también incluye un beneficio de evaluación de salud de \$50, una vez por año calendario, por persona cubierta.

Para conocer tarifas, por favor, consulte a su Asesor de beneficios.



Prima de seguro contra accidentes

Tarifas

mensuales

Empleado	\$15.02
Empleado + Cónyuge	\$22.29
Empleado + Hijo(s)	\$30.10
Empleado + Familia	\$37.65

Rango de edad Empleado/Afiliado Tarifas mensuales por cada \$1000

<30	\$0.40
De 30 a 39 años	\$0.57
De 40 a 49 años	\$1.07
De 50 a 59 años	\$2.13
De 60 a 69 años	\$3.88
De 70 a 79 años	\$9.70
De 80 a 99 años	\$9.70

En resumen

- o Emisión garantizada
- o Totalmente portátil
- o Deducido de la nómina

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

OTROS BENEFICIOS

MUTUAL OF OMAHA (NUEVO PROVEEDOR)

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Un viaje al hospital puede resultar costoso, y muchos empleados no están preparados para los gastos de bolsillo que implica una estadía en el hospital, incluso con cobertura médica. El seguro de **Indemnización Hospitalaria** paga a los empleados un beneficio en efectivo en caso de hospitalización, al margen de los costos del tratamiento o de otra cobertura de seguro. Es una forma asequible en la que los empleados pueden cuidar sus finanzas.

- Admisión hospitalaria (\$1,000 por admisión, 4 veces al año con una separación de reclamos de 30 días)
- Admisión en UCI (\$2,000 por admisión hasta 4 veces al año con una separación de reclamos de 30 días)
- Hospitalización (\$100/día (hasta 30 días)
- Internamiento diario en UCI (\$200 por día hasta 30 días)
- Área de recién nacidos en guardería: \$50/día (2 días por parto)

La admisión hospitalaria y en la UCI no se pagan el mismo día.

Los beneficios por internación en hospital/UCI no se pagan el mismo día que los beneficios de admisión en el hospital/UCI.

El plan también incluye un beneficio de evaluación de salud de \$50 una vez por año calendario, por persona cubierta.

CHUBB

SEGURO DE BENEFICIO DE VIDA A TÉRMINO

El seguro de beneficio de vida a término totalmente portátil de Chubb ofrece la estabilidad de primas y beneficios garantizados. Proporciona seguros de vida a término y permanentes y beneficios de servicios de atención y acompañamiento.

Los empleados que reciben atención tienen más opciones que antes, y pueden recibir beneficios ya sea que la atención sea provista por un profesional o un familiar y pueden cambiar libremente entre los dos tipos de atenciones.

Los empleados obtienen una red de seguridad para sus seres queridos y la posibilidad de permitirse mejor una atención de alta calidad y confortable cuando lo necesiten.

La cobertura está disponible para su cónyuge, hijos y nietos dependientes.

Prima del seguro de indemnización hospitalaria

Tarifas mensuales

Empleado	\$19.13
Empleado + Cónyuge	\$34.42
Empleado + Hijo(s)	\$29.05
Empleado + Familia	\$44.35

En resumen

- Beneficios de atención a largo plazo (LTC) que se mantienen durante toda su vida.
- Utilice parte de su beneficio por fallecimiento para ayudar a gestionar los costos si le diagnostican una enfermedad terminal.
- Mantenga su cobertura al mismo precio y beneficios si cambia de trabajo o se jubila.
- **Monto de emisión garantizada hasta \$100,000.**

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

OTROS BENEFICIOS

COLONIAL

SEGURO CONTRA EL CÁNCER

Cuando le dicen que tiene cáncer, uno piensa en muchas cosas. Lo único en lo que no desea pensar es cómo pagar todos los gastos que conlleva su atención médica y recuperación. El seguro contra el cáncer le realiza los pagos directamente a usted en función del tratamiento que reciba.

Primas por cáncer

Tarifas mensuales	Plan 3	Plan 4
Empleado	\$22.55	\$29.15
Empleado + Familia	\$37.50	\$48.45

ALLSTATE

PROTECCIÓN CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD

El robo de identidad es el delito de más rápido crecimiento. Con Protección contra Robo de Identidad, usted puede estar más tranquilo sabiendo que cuenta con profesionales experimentados de su lado que lo ayudarán a recuperar su identidad.

Primas de protección contra el robo de identidad

Tarifas mensuales	Pro+	Pro+ Cyber
Empleado	\$7.95	\$9.95
Empleado + Familia	\$13.95	\$17.95

MASA

TRANSPORTE MÉDICO

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. Descargue la aplicación móvil MASA para acceder a sus tarjetas de identificación digitales, revisar los documentos y beneficios del plan y ver su historial de reclamaciones. Registrarse es fácil con su ID de miembro.

Primas de transporte médico

Tarifas mensuales	Emergent Plus
Empleado	\$14.00
Empleado + Familia	\$14.00

SERVICIOS LEGALES DE LOS EE. UU.

SEGURO LEGAL

El seguro legal ofrece acceso asequible a asesoramiento legal profesional y representación para asuntos personales comunes, como testamentos, bienes raíces, infracciones de tránsito y derecho de familia. Proporciona tranquilidad al reducir costos y garantizar soporte experto cuando sea necesario.

Primas del seguro legal

Tarifas mensuales	Defensor de la familia
Empleado + Familia	\$18.75

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.

AVISOS IMPORTANTES

Aviso importante 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 **Baylor Scott & White** y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos 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 cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos con receta de Medicare o si se une a un plan avanzado de Medicare (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta.

Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura para una prima mensual más alta.

2. **Baylor Scott & White** ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece **Baylor Scott & White**, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Dado que su cobertura actual es cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (un recargo) si luego decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede inscribir a un Plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para afiliarse a Medicare y luego todos los años, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable 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 a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide inscribirse a un Plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de **Baylor Scott & White** se verá afectada. Puede conservar esta cobertura si elige unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y su plan de salud de **Baylor Scott & White** coordinará sus beneficios con Medicare para la cobertura de medicamentos. Consulte las páginas 7 a 9 de la [Guía de los CMS sobre la divulgación de la cobertura acreditable a las personas elegibles de la Parte D de Medicare](#) (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe [las disposiciones/opciones del plan de medicamentos con receta que las personas elegibles para Medicare pueden tener disponibles cuando se vuelven elegibles para la Parte D de Medicare](#). *Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de **Baylor Scott and White**, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura.*

¿Cuándo pagará una prima más alta (recargo) al inscribirse a un Plan de medicamentos de Medicare?

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

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

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

Para obtener más información, póngase en contacto con la persona indicada más adelante. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de **Baylor Scott & White** 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 & You" (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

Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (vea la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada.

Llame: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Los usuarios de TTY deben llamar al: **1-877-486-2048**

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

Para [obtener información sobre esta ayuda adicional](#), visite el Seguro Social en la página web en www.socialsecurity.gov, o llámelos al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**.

Última actualización: **8 de julio de 2025**

Nombre de la entidad: Merkel ISD

Contacto-Puesto/Oficina: Departamento de Recursos Humanos

Dirección: 314 Manchester Street Merkel, TX. 79536

Número de teléfono: 325-982-5813

Preguntas y respuestas sobre COBRA/Derechos a cobertura de continuación

¿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 calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un Evento habilitante. Dentro del Plan, los beneficiarios admitidos que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por la cobertura de continuación de COBRA más una tarifa administrativa del 2%.

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

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte

AVISOS IMPORTANTES

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

Su cónyuge fallece;

- o Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
 - o El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea mala conducta alevosa de su parte;
 - o Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
 - o Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.
- Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes Eventos habilitantes:
- o El empleado progenitor de dicho dependiente fallece;
 - o Se reduce el horario de trabajo del empleado progenitor de dicho dependiente;
 - o El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea mala conducta alevosa de su parte;
 - o Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
 - o Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- o El empleado progenitor de dicho dependiente fallece;
- o Se reduce el horario de trabajo del empleado progenitor de dicho dependiente;
- o El empleo del empleado progenitor termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- o El empleado progenitor pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- o Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- 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 beneficiarios calificados 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 reclamación, 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 calificados. Cada beneficiario admitido tendrá un derecho independiente a 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 provisoria 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 del horario 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 calificados que no sean el empleado durará hasta 36 meses después de la fecha del derecho a 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 del derecho a 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 del horario 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 PREGUNTAS:

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

MANTENGA 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 familiares. Asimismo, debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

NBS

NATIONAL BENEFIT SERVICES, LLC; Departamento COBRA; Apartado Postal 219494; Kansas City, MO 64121-9494; 800-274-0503

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

Si usted o su cónyuge se han realizado o van a realizarse una mastectomía, es posible que pasen a tener 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 de salud grupales y las aseguradoras de salud 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

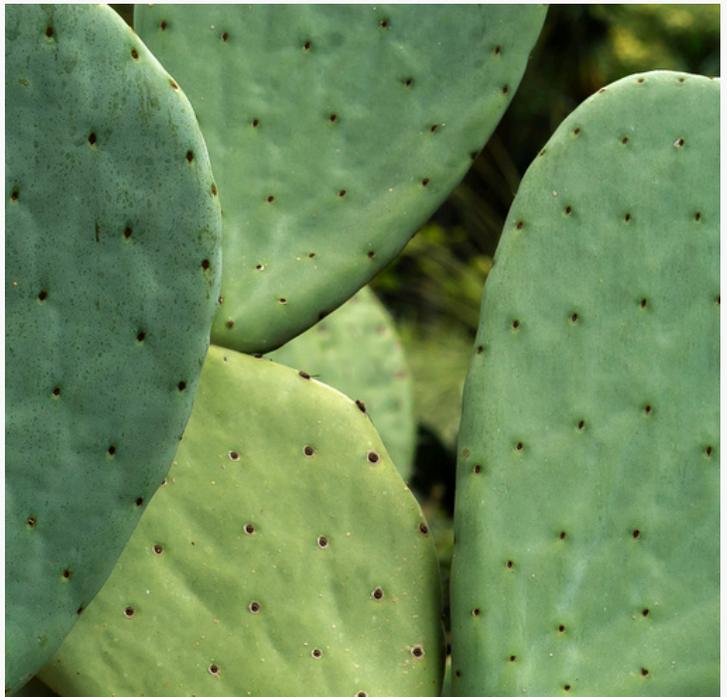
Si rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otra aseguradora de salud o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejó de aportar para su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o posteriores a la fecha en que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

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

Para solicitar una Inscripción Especial u obtener más información, comuníquese con:

Merkel ISD

Departamento de Recursos Humanos
325-982-5813



AVISO SOBRE CHIP



ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud 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, no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero podrá [comprar cobertura de seguro individual](#) a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en Texas, póngase en contacto 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 cree que usted o alguno de sus dependientes [podría ser elegible para](#) cualquiera de estos programas, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al 1-877-KIDS NOW o [insurekidsnow.gov](https://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo aplicar. Si califica, pregunte en 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 usted todavía no lo estuviera. Esto se llama una oportunidad de "Inscripción Especial" y usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haber sido determinado como elegible para [recibir asistencia para el pago de primas](#). Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo al [askebsa.dol.gov](https://www.askebsa.dol.gov) o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en Texas, puede ser elegible para recibir asistencia en el pago de primas del plan de salud 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 julio de 2024, o para ver los estados que han agregado recientemente un programa de asistencia de pagos de primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, póngase en contacto con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.	Departamento de Salud y Servicios Humanos
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado	de los Estados Unidos
1-866-444-EBSA (3272)	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
dol.gov/agencias/ebsa	1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565
	cms.hhs.gov

AVISO DEL MERCADO



Nuevas opciones de cobertura en el Mercado de Seguros de Salud y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB No. 1210-0149 (vence
el 30 de junio de 2026)

PARTE A: Información general

Como consecuencia de la Ley de atención médica asequible, a partir de 2014, hubo una nueva forma de contratar un seguro de salud: el Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

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 "un punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros de salud privados. Usted también puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca su prima mensual de inmediato. La Inscripción Abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza el 1 de noviembre de 2025 y finaliza el 15 de enero de 2026, en la mayoría de los estados.

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

Usted podría calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, o si ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. El ahorro para el cual es elegible en su prima depende de sus ingresos familiares.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para ahorros de primas a través del Mercado?

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

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, puede perder el aporte del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, este aporte del empleador, así como su aporte de empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye 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.

¿Cómo puedo obtener más información? Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleador, consulte su descripción resumida del plan o póngase en contacto.

Merkel ISD ATTN: Departamento de Recursos Humanos, 314 Manchester Street Merkel, TX 79536 (325) 982-5813

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 de salud e información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de dichos costos.

AVISO DEL MERCADO

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud que ofrece su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione la siguiente información. Esta información está numerada para que corresponda con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Distrito Escolar Independiente de Merkel		4. Número de identificación del empleador (EIN) 75-6002052	
5. Dirección del empleador 314 Manchester Street		6. Número de teléfono del empleador 325-928-5813	
7. Ciudad Merkel		8. Estado TX	9. Código postal 79536
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Departamento de Recursos			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) Humanos		12. Dirección de correo electrónico hdavis@merkelisd.net	

A continuación, se presenta 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:

Todos los empleados que trabajen 20 horas o más por semana.

- Con respecto a los dependientes:

Sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

1. Su cónyuge; 2. Un hijo menor de 26 años que cumpla la definición de dependiente; 3. Un hijo de cualquier edad que esté certificado médicamente como discapacitado y que dependa de sus padres; 4. Un hijo de su hijo que sea su dependiente para fines del impuesto a la renta federal en el momento en que se realiza la solicitud de cobertura del hijo; 5. Cualquier otro hijo incluido como Dependiente elegible según el Contrato.

No ofrecemos cobertura.

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, en base a los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador desea que su cobertura sea asequible, usted aún puede ser elegible para un descuento en la prima 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 comprar cobertura en el Mercado, **HealthCare.gov** lo guiará a través del proceso. Esta es la información del empleador que deberá ingresar cuando visite **HealthCare.gov** mensualmente para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas.

SUS CONTACTOS

Merkel ISD

314 Manchester Street
Merkel, Texas 79536
325-982-5813

Centro de Servicios de FBMC

877-814-4670
HORARIO: De lunes a viernes,
de 7 a. m. a 6 p. m. CST

Telesalud

Recuro Health

855-673-2876
www.recurohealth.com

Plan Dental;
Plan de Visión

Humana

Grupo #: 829798
800-233-4013
www.humana.com

Cuentas de Gastos Flexibles;
Cuenta de Ahorros para Gastos
Médicos

NBS

Póliza #: NBS458404
855-399-3035
www.nbsbenefits.com

Seguro de Beneficio de Vida
a Término

Chubb

Grupo #: DFK
855-241-9891
www.chubb.com

Seguro Contra Accidentes;
Indemnización Hospitalaria;
Seguro de Enfermedades Graves incluido Cáncer
Seguro Básico de Vida y AD&D
Seguro de Vida Voluntario y AD&D;
Seguro de Discapacidad a Corto Plazo;
Seguro de Discapacidad a Largo Plazo;

Mutual of Omaha

Grupo #: G000CRFL
800-775-6000 (Servicio al Cliente)
800-877-5176 (Reclamaciones por Discapacidad)
800-775-8805 (Todas las Demás Reclamaciones)
www.mutualofomaha.com

EAP

Mutual of Omaha

800-316-2796
www.mutualofomaha.com/eap

Seguro Contra el Cáncer

Colonial

Grupo #:
○ Opción 3: G0041100
○ Opción 4: G0041101
BCN: E5133137
800-325-4368
www.coloniallife.com

Protección Contra el Robo Identidad

Allstate

Grupo #: 9892
800-789-2720
www.allstate.com/aip

Transporte Médico de Emergencia

MASA

Grupo #: MKMEREK
800-643-9023
www.masamts.com

Plan Legal

Servicios legales de los EE. UU.

Grupo #: 9001341
800-356-LAWS
www.uslegalservices.net



Administrador de contratos
FBMC Benefits Management, Inc.
7300 State Hwy 121 Ste. 300 • McKinney, Texas 75070

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.

©FBMC | FBMC/MERKEL_ACTIVEGUIDE

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.