



2025 - 2026



uplifteducation



**PARA EMPLEADOS
GUÍA DE BENEFICIOS**



ELEGIBILIDAD

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

MÉDICO

HSA

FSA

DENTAL

VISIÓN

EAP

INCAPACIDAD

VIDA Y AD&D

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

403(B)



INFORMACIÓN DE CONTACTO

DIRECTORIO

Para cualquier pregunta o duda que pueda tener en relación con sus beneficios de empleado 2025-2026, puede comunicarse con las siguientes personas:

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

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

Centro de Servicios de Beneficios (*Consejeros que hablan español están disponibles.)

Lunes - Viernes: 8:00 am - 7:00 pm CST
Sábado: 9:00 am - 3:00 pm CST

(866) 409-3174

www.uplifteducationbenefits.org

Beneficio/Proveedor	# Póliza/Grupo	Teléfono/Sitio Web o Correo Electrónico	Dónde Presentar Reclamaciones
Médico Cigna OAP In - Deducible Alto OAP In - Deducible Bajo OAP HDHP HSA Elegible OAP con Derechos Adquiridos (Cerrado)	00659353	(866) 494-2111 www.cigna.com	En Línea - MyCigna (es necesario registrarse) Formulario de Preautorización de Cigna Formulario de Reclamación Médica de Cigna (Inglés) Formulario de Reclamación Médica de Cigna (Español) Formulario de Reclamación de Farmacia de Cigna
Transporte Médico de Urgencia MASA	N/A	(877) 503-0585 www.masaaccess.com	
Cuenta de Ahorro para la Salud Cuenta de Gasto Flexible CAS	N/A	(877) 941-5956 www.consolidatedadmin.com	En línea - Sitio Web de CAS (es necesario registrarse) Formulario de Reclamación Médica Formulario de Reclamación de Cuidados por Dependientes
Dental Cigna Low Plan High Plan	0659353	(800) 244-6224 www.cigna.com	En Línea - MyCigna (es necesario registrarse) Formulario de Reclamación Dental (Inglés) Formulario de Reclamación Dental (Español)
Visión Cigna	0659353	(888) 353-2653 www.cigna.com	En Línea - MyCigna (es necesario registrarse) Formulario de Reclamación Fuera de la Red (Inglés) Formulario de Reclamación Fuera de la Red (Español)
Incapacidad a Corto Plazo Incapacidad a Largo Plazo Vida Básica y AD&D Vida Voluntaria y AD&D Dearborn Life	VF028267	(877) 442-4207 www.bcbstx.com/ancillary ancillaryquestionstx@bcbstx.com	En Línea - Sitio Web de Beneficios Complementarios de BCBSTX Formulario de Reclamación de Incapacidad a Largo Plazo Formulario de Reclamación de Incapacidad a Largo Plazo - Español Formulario de Reclamación de Incapacidad a Corto Plazo Formulario de Reclamación de Incapacidad a Corto Plazo - Español Formulario de Reclamación por Muerte Accidental y Desmembramiento Formulario de Reclamación de Seguro de Vida Formulario de Reclamación de Seguro de Vida - Español
Vida Universal Transamerica Life Insurance	G000046991	(800) 797-2643 www.transamerica.com	En Línea - Vida Universal de Transamerica (Registro requerido) Formulario de Reclamo por Fallecimiento
Accidente Enfermedad Crítica Seguro de Cáncer Indemnización Hospitalaria Guardian	551834	(800) 268-2525 www.guardiananytime.com	Formularios y Reclamaciones de Guardian
Beneficio de Jubilación 403(b) TCG Group Holdings	N/A	(800) 943-9179 www.region10rams.org 403b@tcgservices.com	N/A
Programa de Asistencia al Empleado ComPsych/GuidanceResources	U: TBD Q: TBD	(888) 628-4824 www.guidanceresources.com	En Línea - CompPsych GuidanceResources Registro Obligatorio (Código de Empresa: DISRES) Busque: Out of Network Claims Submission
Seguros de Mascotas Nationwide	N/A	(877) 738-7874 www.benefits.petinsurance.com/uplifteducation	
Gestión del Talento de Uplift Uplift Education	N/A	iHelp Tickets	Uplink Inicio Uplink Beneficios para los Empleados Uplink Permisos, Ausencias y Adaptaciones Manual del Empleado de Uplift





BIENVENIDO

A Sus Beneficios De Empleado

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

Información de Contacto | **P.2**

Bienvenido | **P.3**

Elegibilidad | **P.4**

Instrucciones de Inscripción | **P.5**

Instrucciones de Autoservicio | **P.6**

Lista de Verificación para Nuevos Empleados | **P.7**

Lista de Verificación de QLE | **P.8**

Médico | **P.9**

OAP In - Deducible Alto

OAP In - Deducible Bajo

OAP HDHP HSA Elegible

OAP con Derechos Adquiridos (Cerrado)

Emergency Medical Transportation | **P.10**

Cuenta de Ahorro para la Salud | **P.12**

Cuenta de Gasto Flexible | **P.13**

Dental | **P.14**

Visión | **P.15**

EAP | **P.16**

Incapacidad | **P.20**

Incapacidad a Corto Plazo

Incapacidad a Largo Plazo

Vida y AD&D | **P.21**

Vida Básica y AD&D

Vida Voluntaria y AD&D

Accidente | **P.22**

Enfermedad Crítica | **P.23**

Indemnización Hospitalaria | **P.24**

Cáncer | **P.26**

Vida Universal | **P.27**

Jubilación 403(b) | **P.29**

Protección de Mascotas | **P.31**

Uplift Educ. Employee Giving | **P.32**

Términos de Seguro de Salud | **P.33**

Preguntas Frecuentes | **P.34**

Avisos Legales | **P.35**



Cada año, nos esforzamos por ofrecer planes de beneficios completos y competitivos a nuestros empleados. En las siguientes páginas, encontrará un resumen de nuestros planes de beneficios para el Año del Plan del **Septiembre 1, 2025 a Agosto 31, 2026**. Por favor, lea esta Guía de Beneficios cuidadosamente mientras se prepara para hacer sus elecciones para el próximo Año del Plan.

Uplift Education utilizará los servicios de Professional Enrollment Concepts' (PEC) para la comunicación e inscripción de nuestros beneficios este año. Los asesores de beneficios de PEC le proporcionarán una explicación detallada de todo su programa de beneficios. Revisarán sus beneficios con usted de forma individual y confidencial. También podrán hablar de cualquier situación personal que pueda tener que pueda afectar a su decisión sobre los beneficios.

ACERCA DE ESTA GUÍA DE BENEFICIOS

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

¿QUÉ HAY DE NUEVO ESTE AÑO 2025-2026?

- El límite de contribución anual para las **Cuentas de Ahorro de Salud** aumentó de \$4,300 a \$4,400 por año del plan para los empleados inscritos en la cobertura médica de Empleado Únicamente y de \$8,550 a \$8,750 por año del plan para los empleados inscritos en la cobertura de Empleado e Hijos, Cónyuge o Familia.
- El límite de contribución anual para el plan **Health Care FSA** aumentó de \$3,200 a \$3,300 por año del plan.
- **¡Nuevo Proveedor!** Cigna será ahora el nuevo proveedor de planes médicos, dentales y oftalmológicos.
- **Las tarjetas de identificación digitales de Cigna estarán disponibles en línea el 1 de Septiembre de 2025.**
- Aumento de la aportación máxima al plan **403(b)** de \$23,000 a \$23,500.



ELEGIBILIDAD

Benefits	Provider	Effective Date	Benefits Eligibility Based on Weekly Hours Worked	
			30+ (full-time)	10, but less than 30 (part-time)
Medical	Cigna	1st of month following date of hire	*	*
				But not eligible for Uplift Cafeteria Credit
Dental	Cigna	1st of month following date of hire	*	
Vision	Cigna	1st of month following date of hire	*	
Basic Life & AD&D	Dearborn National	1st of month following date of hire	*	
Supplemental Life	Dearborn National	1st of month following date of hire	*	
Long-Term Disability	Dearborn National	1st of month following date of hire	*	
Short-Term Disability	Dearborn National	1st of month following date of hire	*	
Universal Life	Transamerica Life Insurance Company	1st of month following date of hire	*	
Dependent Care Flexible Spending Account	Consolidated Admin Services (CAS)	1st of month following date of hire	*	
Health Flexible Spending Account				
Health Savings Account				
Accident Insurance	The Guardian Life Insurance Company	1st of month following date of hire	*	
Cancer Insurance Low				
Critical Illness				
Hospital Indemnity				
Pet Protection	Nationwide	1st of month following enrollment on Nationwide website	*	*
403(b) Retirement Savings	TCG Group Holdings	1st of month following enrollment on TCG website	*	*
Employee Assistance Programs	Guidance Resources / LifeWorks	1st of month following date of hire	*	*
Uplift Sick Leave Bank	Uplift Education	1st of month following 6 months of date of hire		*

Cuando se inscriba en un plan de seguro médico a través de Uplift Education, contribuiremos con un crédito de cafetería, que es una subvención del empleador, para su prima mensual de seguro médico.

Si decide renunciar o rechazar el seguro médico, Uplift Education le proporcionará un crédito de cafetería mensual de hasta \$250 para las primas Dentales, de Visión y/o de Incapacidad a Corto Plazo. Sin embargo, si anteriormente rechazó el plan dental, de visión o de incapacidad a corto plazo, no podrá añadir estas coberturas al renunciar al plan médico.

EMPLEADOS DE TIEMPO-MEDIO

Los empleados que trabajan al menos 10 horas pero menos de 30 horas a la semana, son elegibles para el seguro médico, seguro de mascotas, y MASA beneficios de transporte médico. Los empleados a tiempo parcial no tienen derecho al crédito mensual de cafetería de Uplift Education.

ELEGIBILIDAD DE EMPLEADO

Los empleados nuevos tienen 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse o rechazar los beneficios. Todos los beneficios entran en vigor el primer día del mes después de la fecha de contratación.

Beneficios Auxiliares:

- Seguro De Accidentes
- Seguro De Enfermedad Critica
- Seguro De Cáncer
- Seguro Dental
- Indemnización Hospitalaria
- Discapacidad A Corto-Plazo
- Seguro De Vida Suplemental
- Seguro De Vida Universal
- Seguro De Visión
- Seguro de Incapacidad a Largo Plazo
- Transporte Médico de MASA
- Seguro de Mascotas

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTE

Si solicita cobertura, puede incluir a sus dependientes. Todos los empleados deben asegurarse de que solo los miembros de la familia que cumplan con los siguientes requisitos estén inscritos en los programas de seguro y beneficios de atención médica de Uplift. En cualquier momento durante el año del plan, Uplift Education puede realizar una auditoría solicitando documentación de respaldo sobre todos los dependientes elegibles. Los dependientes elegibles incluyen uno o más de los siguientes:

- Su Cónyuge;
- Un niño menor de 26 años;
- Un hijo de cualquier edad que este certificado como discapacitado y depende del padre para la manutención y mantenimiento.



INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

CÓMO INSCRIBIRSE

**Evite tomar decisiones rápidas - ¡inscríbese pronto!*

Este año tiene **dos opciones de inscripción**. Puede ponerse en contacto con nuestros **Consejeros de Beneficios** en el **Centro de Servicios de Beneficios** o utilizar nuestra **plataforma de autoservicio en línea** para explorar más a fondo sus opciones y completar su proceso de inscripción de beneficios.

Para completar el proceso de su inscripción, tenga a mano la **siguiente información**: nombres de los dependientes, fechas de nacimiento, números de seguridad social, direcciones y números de teléfono.

Inscripción por parte del Centro de Llamadas

Centro de Servicios de Beneficios*: (866) 409-3174

Lunes-Viernes: 8:00 AM - 7:00 PM (CST)

Sábado: 9:00 AM - 3:00 PM (CST)

**Consejeros que hablan español están disponibles.*

Inscripción en Línea

Sitio Web de Inscripción en Línea:

transamerica.benselect.com/enroll

Para la inscripción en línea, utilice el siguiente formato como información de acceso:

Employee ID or SSN: Su SSN sin formato (#####)

PIN: Los 4 últimos dígitos de su SSN y los 2 últimos dígitos de su año de nacimiento (#####)

Ejemplo:

John Smith | **SSN:** 123-45-6789 | **FDN:** 01-27-1993

Employee ID or SSN: 123456789

PIN: 678993

En la [página 6](#) encontrará instrucciones más detalladas para el autoservicio.

FECHA DE EFECTIVIDAD DE LOS BENEFICIOS

Por lo general, no puede realizar ningún cambio en sus beneficios durante el año, a menos que experimente un Evento de Vida Calificado (QLE).

- **Nuevos Empleados:** La cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.
- **Empleados Actuales:** Cualquier cambio que realice durante el periodo anual de inscripción abierta entrará en vigor el 1 de Septiembre.

El año del plan de beneficios es del 1 de September al 31 de Agosto.

INSCRIPCIÓN ABIERTA 2025

Le recomendamos encarecidamente que se inscriba, tanto si elige la cobertura como si renuncia a ella. Recuerde que debe inscribirse cada año en su Cuenta de Gastos Flexibles.

OE se extiende desde el **Julio 14, 2025 - Julio 30, 2025**.



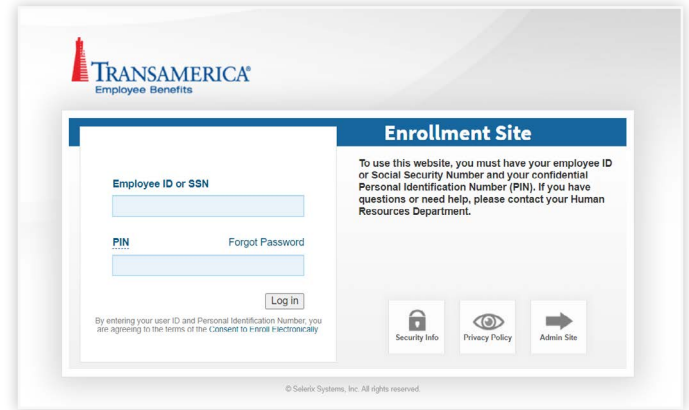


INSTRUCCIONES DE AUTOSERVICIO

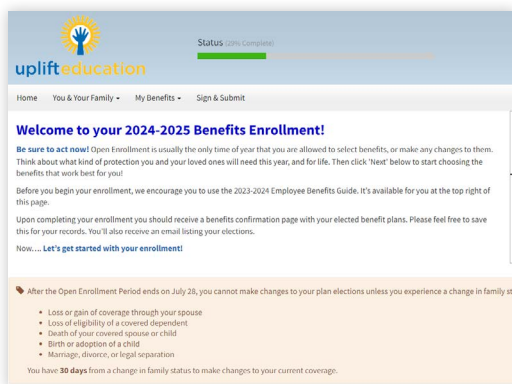
- ☐ Regístrese en el portal accediendo a:
transamerica.benselect.com/enroll

Employee ID or SSN: Su SSN sin formato (#####)

PIN: Los 4 últimos dígitos de su SSN y los 2 últimos dígitos de su año de nacimiento (#####)



- ☐ Revise la pantalla de Bienvenida para obtener información importante sobre el plan. Cuando esté listo, haga **clíc en Next** para continuar.
- ☐ A continuación, se le pedirá que introduzca la información del dependiente. Para añadir un dependiente, haga **clíc en el signo +** e introduzca la información del dependiente. Para editar un dependiente existente, haga **clíc en el icono del lápiz** situado a la derecha del dependiente. Después de realizar cualquier cambio, haga **clíc en save** en la parte inferior de la página. Cuando haya terminado con esta sección, haga **clíc en next**.
- ☐ Una vez en la pantalla médica, verifique su elección de plan médico o rechace la cobertura. Al hacer **clíc en next**, pasará a cualquier cobertura en la que no se haya inscrito previamente.
- ☐ Si desea hacer cambios en la cobertura existente, puede hacer clic en las opciones de cobertura individuales que aparecen en **“My Benefits”** o eligiendo la cobertura en el menú **“My Benefits”** en la parte superior de la pantalla.



- ☐ Una vez seleccionada la cobertura que desea cambiar, haga clic en **“Unlock”** para acceder a las opciones. Cuando hayas tomado una decisión, haz **clíc en next** para ir a la página de revisión.

- ☐ Una vez en la página **“Sign and Submit”**, podrá revisar sus elecciones. Si necesita hacer cambios, haga clic en el enlace correspondiente a esa cobertura. Luego desbloqueará, hará el cambio y hará **clíc en next**. Volverá a la página **“Sign and Submit”**. Si todo es correcto, haga **clíc en next**.

- ☐ En la página **“Confirmation”**, introduzca el PIN / la contraseña utilizados para iniciar sesión. **Esto finalizará su inscripción**. Puede imprimir el formulario de confirmación, guardarlo como PDF descargable y enviar por correo electrónico un resumen de la confirmación a la dirección de correo electrónico registrada.

Si tiene más preguntas sobre sus beneficios, llame al:

Centro de Servicios de Beneficios: (866) 409-3174

Lunes-Viernes: 8:00 AM - 7:00 PM (CST)

Sábado: 9:00 AM - 3:00 PM (CST)





LISTA DE VERIFICACIÓN PARA NUEVOS EMPLEADOS

¡Bienvenido a la familia Uplift! Nos sentimos honrados de ofrecer un paquete de beneficios competitivo diseñado para satisfacer las necesidades de usted y su familia. Tiene treinta días a partir de su fecha de contratación (impresa en su carta de oferta) para completar sus elecciones de inscripción de nuevos empleados.

Ya sea que sea la primera vez que acepta beneficios de un empleador o su 10ª, hay muchas cosas a considerar antes y después de la inscripción. Hemos creado la siguiente lista de verificación de tareas para guiarlo a través del proceso de inscripción.



Dentro de los 30 días a partir de la fecha de contratación:

- ☐ **Complete Orientación de Nuevos Empleados (NHO).** La capacitación en beneficios se incluye en el material que debe revisar dentro de sus primeros treinta días de empleo. El video de capacitación proporciona una visión general de alto nivel de cada uno de nuestros programas de beneficios y sus opciones de inscripción.
- ☐ **Revise la Guía de Beneficios y el Sitio Web de Beneficios.** Los detalles del plan y la elegibilidad, la información de las primas, los avisos y divulgaciones requeridos y el material de referencia útil se proporcionan en nuestra Guía de beneficios. El sitio web de beneficios alberga descripciones / documentos detallados del plan y enlaces útiles a los recursos del transportista. Es importante que revise todos los documentos relacionados con cualquier plan en el que tenga la intención de inscribirse. Haga clic para acceder al sitio web de beneficios: <http://uplifteducationbenefits.org/>.
- ☐ **Evalúe cualquier póliza de seguro vigente.** Si actualmente está inscrito en la cobertura fuera de Uplift, puede beneficiarse al comparar los documentos de su plan actual con los documentos del plan para la cobertura de Uplift. Nuestros consejeros de beneficios están equipados para ayudarlo a verificar que su paquete de beneficios complementa la cobertura que su familia tiene actualmente en su lugar.
- ☐ **Haga Preguntas.** Si tiene alguna pregunta sobre el material que ha consultado, comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios llamando al (866) 409-3174.
- ☐ **Junte información de dependientes y beneficiarios.** Se le pedirá que proporcione el nombre, la fecha de nacimiento, el SSN y la dirección de cualquier dependiente que inscriba en la cobertura. También es importante que proporcione información de contacto precisa para sus beneficiarios.
- ☐ **Visite Selerix o llame al Centro de Servicios de Beneficios al (866) 409-3174 si tiene preguntas para tramitar su inscripción. Tiene dos opciones para la inscripción:**
 - Puede inscribirse en línea usando <https://transamerica.benselect.com/enroll>. (Además de inscribirse en los beneficios, puede agregar / actualizar dependientes y beneficiarios, acceder a confirmaciones de inscripción, solicitudes de seguro y otros documentos importantes del plan.)
 - Puede comunicarse por teléfono con el Centro de Servicios de Beneficios.
Centro de Servicios de Beneficios
Teléfono: (866) 409-3174
Horas: L-V 8:00 am - 7:00 pm | Sáb 9:00 am - 3:00 pm cst
- ☐ **Revise sus elecciones en Selerix.** Haga correcciones o comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios para obtener ayuda.
 - Dirección adecuada e información de contacto
 - Cobertura, costos y fechas de vigencia apropiados
 - Información actualizada de dependientes y beneficiarios
- ☐ **Planificar el impacto financiero.** Las actualizaciones de sus deducciones se procesarán dentro de 1-2 ciclos de pago. Es posible que se requieran deducciones dobles para evaluar las primas perdidas. Usted puede revisar el Calendario de nómina para determinar cuándo se procesarán los cambios en su deducción.
- ☐ **Revise su(s) talón(es) de cheque de pago.** Las primas para el mes en curso se pagan el último día del mes para los empleados asalariados y el 15 y el último día del mes para los empleados por hora. Asegúrese de que cualquier ajuste requerido a su pago aparezca como esperaba y notifique inmediatamente las discrepancias de Talent Management.
- ☐ **Buscar/Imprimir nuevas tarjetas de identificación.** Las actualizaciones del operador se procesarán dentro de los 5 días hábiles a partir de la fecha en que se procese su inscripción. Puede imprimir tarjetas de identificación en línea después de al menos 5 días hábiles. Si realiza cambios que requieren nuevas tarjetas de identificación, el proveedor médico emitirá nuevas tarjetas médicas/Rx dentro de los 14 días hábiles.

Por favor, no dude en comunicarse con PEC o con su departamento de Gestión de Talentos si tiene alguna pregunta o inquietud. Será un placer ayudarlo!





LISTA DE VERIFICACIÓN DE QLE

Un evento de vida calificado (QLE) es un cambio en su situación, como casarse, tener un bebé o perder la cobertura de salud, que puede hacerlo elegible para un período de inscripción especial de 30 días, lo que le permite inscribirse o cambiar su seguro de salud fuera del período anual de inscripción abierta.

Los eventos de vida que califican incluyen:

- A Un cambio en el número de dependientes (nacimiento, adopción, muerte, tutoría);
- Un cambio en el estado civil (matrimonio, divorcio, muerte, separación legal);
- Pérdida de elegibilidad de un dependiente (logro de la edad límite o cambio en el estatus de estudiante);
- Un cambio en las horas de trabajo de los asociados, conyugues, o dependientes;
- Una terminación o comienzo del empleo del cónyuge del asociado o dependiente elegible con cobertura;
- Un derecho a Medicare o Medicaid;
- Otros eventos que el administrador determine que están permitidos o cualquier otra directriz aplicable emitida por el Servicio de Impuestos Internos.

El empleado debe asegurarse de que el cambio de cobertura es coherente con el cambio de situación. Por ejemplo, si el empleado se casa, dispone de 30 días naturales para inscribir al nuevo cónyuge o darse de baja en la cobertura si el empleado va a ser añadido al plan del cónyuge.

Debido a las directrices de la Ley 51 del Senado de Texas, las solicitudes de baja médica podrán tramitarse el primer día del mes siguiente a la fecha en que se introduzca el Evento Vital. Esto puede dar lugar a una modificación de las fechas de baja médica y de cambio de vigencia médica.

Si ha experimentado un Evento de Vida Calificado y desea actualizar su inscripción en los beneficios, debe completar la siguiente tarea dentro de los 30 días:

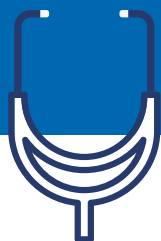
- ☐ Complete un ticket de iHelp para cambios en la QLE enviando un correo electrónico a people@uplifteducation.org

Después de que se haya procesado el cambio:

- ☐ **Revisa tu confirmación.** Revise cuidadosamente los cambios e informe inmediatamente a PEC de cualquier discrepancia.
- Dirección adecuada e información de contacto
 - Cobertura, costos y fechas de vigencia apropiados
 - Información actualizada de dependientes y beneficiarios
- ☐ **Planificar el impacto financiero.** Las actualizaciones de sus deducciones se procesarán dentro de 1-2 ciclos de pago. Es posible que se requieran deducciones dobles para evaluar las primas perdidas. Puede revisar el Calendario de nómina para determinar cuándo se procesarán los cambios en su deducción.
- ☐ **Revise su(s) talón(es) de cheque de pago.** Las primas para el mes en curso se pagan el último día del mes para los empleados asalariados y el 15 y el último día del mes para los empleados por hora. Asegúrese de que cualquier ajuste requerido a su pago aparezca como esperaba y notifique inmediatamente a Talent Management de cualquier discrepancia.
- ☐ **Buscar/Imprimir nuevas tarjetas de identificación.** Las actualizaciones del operador se procesarán dentro de los 5 días hábiles a partir de la fecha en que se procese su inscripción. Puede imprimir tarjetas de identificación en línea después de al menos 5 días hábiles. Si realiza cambios que requieren nuevas tarjetas de identificación, el proveedor médico emitirá nuevas tarjetas médicas/Rx dentro de los 14 días hábiles.

Por favor, no dude en comunicarse con PEC o con su departamento de Gestión de Talentos si tiene alguna pregunta o inquietud. Será un placer ayudarle!





MÉDICO

Cigna - ¡Nuevo Proveedor!

El programa médico, administrado por Cigna, proporciona el marco para su buena salud y bienestar. Para satisfacer mejor las distintas necesidades de nuestros empleados, Uplift ofrece cuatro planes médicos que se describen a continuación.

Aspectos Destacados	OAP In - Deducible Alto	OAP HDHP (HSA elig.)		OAP In - Deducible Bajo	OAP con Derechos Adquiridos (Cerrado)	
Nombre de la Red	Open Access Plus					
Tipo de Red	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible del Año de Plan						
Individual	\$2,500	\$3,300	\$5,500	\$1,200	\$1,000	\$2,000
Familia	\$5,000	\$6,000	\$11,000	\$3,600	\$3,000	\$6,000
Desembolso Máximo*						
Individual	\$8,150	\$7,050	\$20,250	\$6,900	\$7,900	\$23,700
Familia	\$16,300	\$14,100	\$40,500	\$13,800	\$15,800	\$47,400
Coseguro	70%	70%	50%	80%	80%	60%
Visitas al Consultorio						
Servicios Preventivos	Sin costo	Sin costo	50% des. del ded.***	Sin costo	Sin costo	60% des. del ded.***
Atención Primaria	\$30 copago	70% des. del ded.***		\$30 copago	\$30 copago	
Especialista	\$70 copago	70% des. del ded.***		\$70 copago	\$70 copago	
Atención Urgente	\$50 copago	70% des. del ded.***		\$50 copago	\$50 copago	
MDLive Copay						
Ate. Primaria/Urgente	\$30 copago	70% des. del ded.***		\$30 copago	\$30 copago	
Ate. Espe. /Conductual	\$70 copago	70% des. del ded.***		\$70 copago	\$70 copago	
Hospitalización	70% des. del ded.***	70% des. del ded.***	50% des. del ded.***	80% des. del ded.***	\$150 + 80% des. del ded.***	60% des. del ded.***
Ambulatorio	70% des. del ded.***	70% des. del ded.***	50% des. del ded.***	80% des. del ded.***	\$150 + 80% des. del ded.***	60% des. del ded.***
Sala de Emergencias	70% des. del ded.***	70% des. del ded.***		80% des. del ded.***	\$250 copago + 80% des. del ded.***	
Copago de Prescripciones	\$100	Deducible Incl. en Médico		\$150	\$150	
Comercio (30-días)						
Formulario Genérico	\$15 copago*	\$10 copago* des. del ded.*		\$15 copago*	\$20 copago*	
Formulario de Marca	\$30 copago	\$30 copsgo des. del ded.		\$30 copago	\$40 copago	
No Formulario	\$60 copago	\$60 copago des. del ded.		\$60 copago	\$60 copago	
Especialidad	\$80 copago	\$80 copago des. del ded.		\$80 copago	\$80 copago	
Entrega a Domicilio (90-días)						
Formulario Genérico	\$45 copago	\$30 copago des. del ded.		\$45 copago	\$60 copago	
Formulario de Marca	\$90 copago	\$90 copago des. del ded.		\$90 copago	\$12 copago	
No Formulario	\$180 copago	\$180 copago des. del ded.		\$180 copago	\$180 copago	
Especialidad	\$80 copago	\$80 copago des. del ded.		\$80 copago	\$80 copago	

*\$0 para algunos genéricos

**Los beneficios de medicamentos recetados indicados son beneficios dentro de la red. Visite la página de [Beneficios de Farmacia de Cigna](#) para consultar precios e información. Seleccione el nivel Performance 3 en el menú desplegable.

*** Este es el porcentaje del importe cubierto por Cigna una vez satisfecho el deducible.

des. del ded. = después del deducible

Deducciones Médicas	Cuotas Mensuales			
	OAP In - Deducible Alto	OAP HDHP (HSA elig.)	OAP In - Deducible Bajo	OAP con Derechos Adquiridos (Cerrado)
Empleado	\$24.62	\$36.62	\$129.78	\$628.52
Empleado + Cónyuge	\$671.74	\$701.78	\$773.88	\$1,918.60
Empleado + Hijo(s)	\$252.12	\$271.14	\$343.24	\$1,022.26
Familia	\$899.08	\$934.14	\$1,099.38	\$2,358.26





masa Access 

Comparación de planes

Obtenga cobertura de transporte médico de emergencia para proteger lo más importante.

Con un plan MASA, tendrá una capa adicional de protección financiera contra los costos de bolsillo del transporte médico. Explore las opciones para comparar los beneficios que se ofrecen en cada plan.

Gane tranquilidad y proteja sus finanzas sabiendo que hay un plan MASA que mejor se adapta a sus necesidades.



	Plan Emergent Plus	Plan Premier Emergent	Plan Platinum
Cobertura de ambulancia terrestre de emergencia	● ³	● ³	● ³
Cobertura de ambulancia aérea de emergencia	● ³	● ³	● ³
Cobertura de repatriación a hospital cercano a casa	● ³	● ³	● ³
Cobertura de ambulancia de hospital a hospital	● ³	● ¹	● ³
Hospital a rehabilitación, enfermería especializada, atención a largo plazo o cobertura domiciliaria		● ³	
Protección de gastos por enfermedad mientras está fuera de casa		● ³	
Cobertura de transporte de regreso de menores		● ²	● ²
Cobertura de transporte para visitas del hospital		● ²	● ²
Cobertura de transporte de regreso de pacientes			● ²
Cobertura de transporte de acompañantes			● ²
Cobertura de transporte de devolución de mascotas			● ²
Cobertura de transporte de restos mortales			● ²
Cobertura de devolución de vehículos y RV			● ²
Cobertura de recuperación de órganos y transporte del receptor de órganos			● ²





Esté preparado con MASA[®] AccessSM

Cobertura y atención integral del transporte de emergencia.

Cobertura de ambulancia terrestre de emergencia

Sus gastos de bolsillo para su transporte terrestre de emergencia a un centro médico están cubiertos con MASA.²

Cobertura de ambulancia aérea de emergencia

Sus gastos de bolsillo para su transporte aéreo de emergencia a un centro médico están cubiertos con MASA.²

Cobertura de ambulancia de hospital a hospital

Cuando se necesita atención especializada pero no está disponible en el centro de emergencia inicial, sus gastos de bolsillo para el traslado en ambulancia terrestre o aérea al centro médico apropiado más cercano están cubiertos por MASA.

Cobertura de repatriación a hospital cercano a casa

Si necesita atención continua y su proveedor de atención ha aprobado su traslado a un hospital más cercano a su casa, MASA coordina y cubre los gastos de transporte en ambulancia al centro médico aprobado.⁴

Cobertura de transporte de regreso de pacientes

Una vez que reciba el alta de atención médica y pueda viajar sin transporte médico, MASA coordina y cubre los costos asociados al transporte de su aerolínea comercial a casa.⁴

Cobertura de transporte de acompañantes

MASA coordina los servicios y cubre el costo de un acompañante que lo acompañe durante su transporte de emergencia en ambulancia aérea.³

Cobertura de transporte para visitas del hospital

En caso de ser hospitalizado a más de 100 millas de su casa, MASA coordina y cubre el costo del transporte aéreo de ida y vuelta para que un acompañante lo acompañe.

Deducciones de MASA	Primas Mensuales
Plan Emergent Plus	\$13.00
Plan Emergent Premier	\$17.50
Plan Platinum	\$37.00

Cobertura de transporte de regreso de menores³

En caso de que su hijo menor que viaja con usted se quede desatendido debido a su transporte de emergencia, MASA coordina los servicios y cubre los gastos para que su hijo regrese a casa sano y salvo.

Cobertura de transporte de devolución de mascotas

Si viaja con sus mascotas y ocurre una emergencia que necesita su transporte médico, MASA coordina los servicios y cubre los gastos de regreso de hasta dos mascotas a su casa.

Cobertura de transporte de restos mortales⁴

En caso de que usted fallezca a más de 100 millas de su casa, MASA coordina los servicios y cubre el costo del transporte aéreo para que sus restos regresen a su casa.

Cobertura de devolución de vehículos y RV³

En caso de que ocurra una emergencia de viaje que necesite que deje su vehículo o RV en ambulancia, MASA presta servicios y cubre los gastos asociados a la devolución de su vehículo o RV a su casa.

Cobertura de recuperación de órganos y transporte del receptor de órganos¹

Si necesita un trasplante de órgano, MASA coordina y cubre el costo de llevarlo a usted o al órgano al lugar del trasplante.

Sobre MASA

MASA es cobertura y atención con la que puede contar para protegerlo de lo inesperado. Con nosotros, no hay una ambulancia "fuera de la red." Simplemente envíenos la factura cuando llegue y trabajaremos para garantizar que los cargos estén cubiertos. Además, estaremos allí para ayudarlo más allá de su viaje inicial, con servicios de coordinación expertos de guardia para gestionar necesidades de transporte complejas durante o después de su emergencia, como trasladarlo a usted y a sus seres queridos a casa de manera segura.

Protéjase a usted, a su familia y al futuro financiero de su familia con MASA.





CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD

Consolidated Admin Services (CAS)

Una cuenta de ahorros de salud (HSA) trabaja con un plan de Salud de Deducible Alto (HDHP), y le permite reservar una parte de su sueldo, antes de impuestos, en una cuenta para ayudarle a pagar los gastos médicos calificados que no están cubiertos por su plan. También puede ayudarle a planificar los gastos médicos futuros.

Nota: ¡Los fondos de la HSA pueden pasar de un año a otro!

¿Cómo funciona una HSA?

En 2025, el IRS aumentó los máximos de la HSA. Puede depositar hasta \$4,300 para usted o hasta \$8,550 para su familia, en su HSA. Para los mayores de 55 años, se pueden hacer contribuciones de \$1,000 para ponerse al día (adicionales) en su HSA. Este límite lo establece el IRS. Usted puede utilizar el dinero de su HSA para pagar los deducibles del seguro y la atención médica/suministros como la odontología, la oftalmología y los medicamentos recetados. Cuando se inscriba, se creará una cuenta para usted. Cada mes se deduce de su nómina una cuota de mantenimiento administrativo de \$2.50. Se le dará acceso a un portal de Internet seguro y fácil de usar donde podrá hacer un seguimiento del saldo de su cuenta y presentar solicitudes de reembolso.

Además, se le emitirá una tarjeta de beneficios de HSA que puede utilizar en el punto de venta para pagar los gastos médicos calificados. Puede solicitar distribuciones de reembolsos en línea en www.consolidatedadmin.com or llame **(877) 941-5956**. Los pagos se pueden hacer basados en los fondos disponibles en su cuenta. Las distribuciones se pueden hacer pagaderas a usted o a un proveedor. Las contribuciones por encima del límite anual se llaman contribuciones en exceso y podrían estar sujetas a un impuesto especial del seis por ciento.

Límites de Contribución de la HSA para	2025	2026
Individual	\$4,300	\$4,400
Individual (edad 55+)	\$5,300	\$5,400
Familia	\$8,550	\$8,750
Familia (edad 55+)	\$9,550	\$9,750

Elegibilidad para la HSA

Puede abrir una HSA y contribuir a ella si:

- Está inscrito en un plan de salud con deducible alto (HDHP);
- No está cubierto por el plan de salud de su cónyuge o pareja de hecho que no sea un HDHP;
- No es elegible para ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona;
- No está inscrito en Medicare o TRICARE; y
- No ha recibido beneficios médicos del Departamento de Asuntos de Veteranos en los últimos 90 días por atención no relacionada con el servicio (no se tendrá en cuenta la atención relacionada con el servicio).

¡Triple Ahorro Fiscal!

Puede beneficiarse de un "triple ahorro fiscal" al abrir una HSA con Consolidated Admin Services (CAS). Eso es porque...

Sus contribuciones son antes de impuestos (o deducibles de impuestos);

- El saldo de su cuenta crece libre de impuestos; y
- Los retiros para gastos médicos calificados también están libres de impuestos.





CUENTA DE GASTO FLEXIBLE

Consolidated Admin Services (CAS)

Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) administradas por Consolidated Admin Services (CAS) le permiten reservar dinero antes de impuestos de su nómina para pagar muchos gastos de cuidado de salud y de atención a dependientes. Al pagar estos gastos con dinero antes de impuestos, reduce el importe de sus ingresos imponibles y aumenta su salario neto. Puede elegir participar en una o en ambas FSA, independientemente de que elija otros beneficios.

¿Cuánto puedo aportar?

Para participar, decida cuánto desea aportar a una o ambas cuentas durante el año. El dinero que destine a cada cuenta se deducirá automáticamente de su sueldo cada periodo de pago antes de calcular los impuestos.

- Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidado de Salud usted puede contribuir hasta un máximo de **\$3,300** para el año 2025.
- Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes usted puede contribuir hasta un máximo de **\$5,000** para el año 2025. Las excepciones son:
 - Si usted y su cónyuge presentan declaraciones de impuestos por separado, puede contribuir \$2,500 al año.
 - Si su cónyuge está trabajando, su contribución máxima es la menor de los ingresos imponibles de su cónyuge (pero no más de \$5,000).
 - Si su cónyuge es estudiante a tiempo completo o está incapacitado física o mentalmente, su contribución máxima es de \$2,500 al año si declara gastos por un dependiente y de \$5,000 al año si declara gastos por dos o más dependientes.

Límites de Contribución de FSA del IRS	2024	2025
Cuenta de Gasto Flexible para Cuidados de Salud (Individual)	\$3,200	\$3,300
Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes	\$5,000	\$5,000

Nota: Los fondos de la FSA de Cuidado de Salud pueden trasladarse hasta un máximo de \$660 para el año 2025. Hay una cuota de mantenimiento administrativo de \$3.50 por cuenta que se deduce cada mes de su cheque de pago.

Reglas y Restricciones Generales

A cambio de las ventajas fiscales que ofrecen las FSA, el IRS ha impuesto las siguientes reglas y restricciones tanto para la FSA de Cuidados de Salud como para la FSA de Cuidados de Dependientes:

- Sólo puede utilizar el dinero de sus FSA para reembolsar gastos en los que haya incurrido durante el año del plan para el que se estableció la FSA.
- El IRS exige que utilice todo el dinero de su cuenta antes de que finalice el año o lo perderá. Esto se conoce como la regla "úselo o piérdalo".
- No puede transferir dinero entre las cuentas FSA de Cuidados de Salud y de Dependientes.
- No puede iniciar, interrumpir o modificar el importe de sus contribuciones a la FSA durante el año natural a menos que experimente un Evento de Vida Calificante (como: matrimonio, divorcio o nacimiento/adopción de un hijo). Cree un ticket de iHelp para realizar cambios en sus beneficios debido a un evento de vida calificado.
- No puede reclamar gastos reembolsados a través de su FSA como deducción en su declaración de impuestos.
- El reembolso de las reclamaciones de la FSA para el Cuidado de Dependientes es sólo hasta el importe total que haya en su cuenta en ese momento.
- El cuidador no puede ser una persona considerada dependiente a efectos del impuesto sobre la renta (por ejemplo, uno de sus hijos mayores). Para recibir el reembolso, debe facilitar el número de identificación fiscal o el número de la Seguridad Social de la persona que presta los cuidados.





DENTAL

Cigna - ¡Nuevo Proveedor!

Cigna le da la libertad de elegir si desea visitar a un dentista dentro o fuera de la red. Hay ahorros considerables en los costos cuando se utiliza un dentista que está dentro de la red. A continuación encontrará un breve resumen de las principales disposiciones del plan.

Red: Cigna Dental

Visite www.cigna.com o llame al **(800) 997-1654** para obtener una lista de proveedores en la red.

Aspectos Destacados	Plan Bajo		Plan Alto	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible por Año Natural Individual Familiar Exento para	\$50 \$150 Preventivo		\$50 \$150 Preventivo	
Beneficio Máximo Anual	\$1,250		\$1,500	
Ortodoncia Máximo de por Vida	Ninguno		\$1,000	
Diagnóstico y Preventivo	100%	100%	100%	100%
Básico	80%	80%	80%	80%
Mayor	N/A	N/A	50%	50%
Orthodontia	N/A	N/A	50%	50%
Diagnóstico y Preventivo	- Exámenes Bucales - Limpiezas - Radiografías de Rutina - Aplicación de Flúor - Selladores - Mantenedores de Espacio (limitados a tratamientos no ortodóncicos) - Radiografías No Rutinarias		- Exámenes Bucales - Limpiezas - Radiografías de Rutina - Aplicación de Flúor - Selladores - Mantenedores de Espacio (limitados a tratamientos no ortodóncicos) - Radiografías No Rutinarias	
Básico	- Atención de Urgencia para aliviar el dolor (administrada con Coseguro Dentro de la Red) - Empastes - Cirugía Oral - Extracciones simples - Anestesia - Biopsia por Cepillado		- Atención de Urgencia para aliviar el dolor (administrada con Coseguro Dentro de la Red) - Empastes - Cirugía Oral - Extracciones simples - Cirugía Oral - Todas excepto Extracciones Simples - Extracción Quirúrgica de Dientes Impactados - Anestesia - Periodoncia Menor - Periodoncia Mayor - Endodoncia - Biopsia por Cepillado	
Mayor	N/A		- Rebasamientos y Ajustes - Reparaciones - Puentes, Coronas, Incrustaciones y Dentaduras - Coronas / Incrustaciones / Empastes - Coronas de Acero Inoxidable / Coronas de Resina - Dentaduras - Puentes	
Ortodoncia (hijo dependiente hasta los 19 años únicamente)	N/A		Diagnóstico y Tratamiento	
Deducciones Dentales	Cuotas Mensuales			
	Plan Bajo		Plan Alto	
Empleado	\$23.99		\$42.67	
Empleado + Cónyuge	\$47.06		\$85.61	
Empleado + Hijo(s)	\$63.92		\$75.15	
Familia	\$94.39		\$121.26	





VISIÓN

Cigna / EyeMed- ¡Nuevo Proveedor!

Cigna / EyeMed se complacen en presentarle los beneficios oftalmológicos diseñados para brindarle a usted y a los miembros de su familia cubiertos la atención, el valor y el servicio para ayudarlos a mantener una buena visión y salud general.

Red: Insight

Visite member.eyemedvisioncare.com/cigna/en o llame al (800) 997-1654 para obtener una lista de proveedores en la red.

Aspectos Destacados	Plan de Visión	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red (Reembolso)
Examen con dilatación si es necesario	\$10 copago	Hasta \$45
Imagen Retiniana	Hasta \$39 copago	No cubierto
Lentes Simple Bifocales Trifocales Lenticulares	\$10 copago	Hasta \$32 Hasta \$55 Hasta \$65 Hasta \$80
Lentes de Contacto* Adaptación y Evaluación Medicamento Necesario Conventional Disponible	Estándar: Hasta \$40; Premium: 10% de descuento sobre el precio de venta \$0 copago, Pagado en su totalidad \$0 copago/\$130 subsidio/15% de descuento en saldo \$0 copago/\$130 subsidio/Más el saldo sobre \$130	No cubierto Hasta \$210 Hasta \$105 Hasta \$105
Monturas	\$0 copago/\$130 subsidio/ 20% descuento sobre el saldo de más de \$130	Hasta \$78
Frecuencias de Servicio Exámenes Lentes o Contactos Marcos	Cada 12 meses Cada 12 meses Cada 12 meses	
Coberturas Adicionales	¿Está interesado en un servicio de corrección de la visión con láser como LASIK? Visite MyCigna.com y busque Healthy Rewards® para obtener más información	No cubierto
	Una montura para lentes graduadas: la montura elegida está cubierta hasta la cantidad permitida por el plan de comercio minorista, más un 20% de ahorro sobre el importe que supere la cantidad permitida para la montura.	No cubierto

*Lentes de contacto en lugar de gafas y monturas.

Deducciones por Visión	Cuotas Mensuales
Empleado	\$6.19
Empleado + Cónyuge	\$12.36
Empleado + Hijo(s)	\$13.05
Familia	\$20.48



**BlueCross BlueShield of Texas****GuidanceResources®**

Help Your Employees Manage Life Challenges



We have partnered with ComPsych® to provide an Employee Assistance Program (EAP) integrated with your Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) plan. Through this program, your employees will get a core set of services to help them manage life challenges, including:

Local, Professional, In-Person or Virtual Counseling Services

The EAP provides local, in-person counseling through a worldwide network of qualified licensed professionals. This ensures that employees receive the right help at the right time, which results in better focus at work, greater productivity, less absenteeism and reduced medical costs. Members can choose a provider that participates in ComPsych's network. If EAP visits are exhausted, your employees can continue to use their medical benefits. They will be directed to a BCBSTX provider to get the most from their benefits.

Management Consulting

When managers and supervisors need another perspective on how to best support your employees, the EAP can help.

ComPsych GuidanceResources® employee relations generalists are available to provide information, and resources regarding behavioral health and substance abuse issues, potential workplace violence, organizational changes, or any other employee-related situation.

ComPsych Corp. is an independent company that has contracted with Blue Cross and Blue Shield of Texas to provide employee assistance services for members with coverage through BCBSTX. BCBSTX makes no endorsement, representations or warranties regarding third-party vendors and the products and services offered by them.

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

761185.1122





Critical Incident Stress Management

A team's sudden loss of a close co-worker, an episode of workplace violence, or even a workplace accident can be a cause for the disruption of your staff's wellbeing and sense of safety in the workplace. Critical Incident Stress Management can reduce the potential for employees experiencing long-term emotional and/or psychological consequences.

A toll-free number is available 24 hours a day, 7 days a week. A coordinator will assist and determine the best course of action to take to address the crisis.

Substance Use Assessment

If an employee fears that they, a family member or a colleague is abusing drugs or alcohol or is suffering from addiction, help is available through our program. The help is completely confidential and provided at no cost to members.

A counselor will work with individuals to determine the best resources for their situation. That may be short-term counseling, help setting goals, referrals to a specialist, and information to support healthy, positive changes.

Integration and Reporting

Through integration and reporting, we offer an EAP solution to help improve efficiency and savings:

- We offer a coordinated, comprehensive, adaptable EAP solution
- One-stop shop for behavioral health, well-being, and financial/legal/personal care resources and referrals
- Multiple access points to care (web, telephonic, video chat/messaging) accommodates how, when and where members prefer to engage
- BCBSTX holds the contract, handles billing*, and integrates metrics for spend, utilization and outcomes
 - Integration leverages unique clinical points such as case management referrals, emergency services, crisis communications and clinical data exchange.
 - Holistic reporting shows if your population is getting better
 - Supported by BCBSTX communications

Through ComPsych and BCBSTX's integrated EAP, your employees will get the support and resources they need to balance work/family/life. For more information, please contact your BCBSTX Account Representative.

*BCBSTX will handle the majority of billing; ComPsych may bill directly to employers for select services.





BlueCross BlueShield of Texas

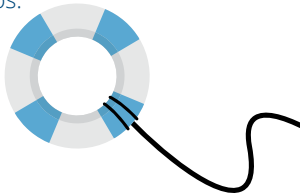
Disability Resource Services

(Recursos Sobre Incapacidad)

Disability Resource Services™

Ayuda extra cuando más la necesita

Cuando surgen problemas personales, muchos optan por lidiar con ellos en soledad, lo cual puede traer consecuencias negativas en el hogar y en el lugar de trabajo. Por eso nos asociamos con ComPsych® Corporation, para ofrecer Disability Resource Services a los empleados cubiertos por nuestra póliza de discapacidad a largo plazo (LTD) y su familia inmediata. Disability Resource Services proporciona recursos prácticos para abordar problemas emocionales, legales y financieros.



Disability Resource Services™

En los Estados Unidos
y Canadá, llame al

866-899-1363

TDD: 800-697-0353

guidanceresources.com

Ingrese el n.º de identificación
de su compañía: DISRES



BlueCross BlueShield
of Texas

Sesiones presenciales

Disability Resource Services les brindan a los empleados asegurados por discapacidad a largo plazo y a su familia inmediata tres sesiones presencial por tema en una ubicación geográficamente accesible para abordar problemas de comportamiento.

Soporte telefónico ilimitado

Disability Resource Services también proporciona a los empleados asegurados por discapacidad a largo plazo y a su familia inmediata soporte telefónico ilimitado (las 24 horas, los 7 días de la semana) para tratar los problemas de comportamiento. Los clínicos, poseedores de una maestría, emplean un enfoque conversacional para identificar los problemas, evaluar las necesidades y remitir a los participantes a los especialistas para que resuelvan sus problemas.

Servicios web

GuidanceResources® Online (guidanceresources.com) es un sitio web seguro, protegido con contraseña, que contiene autoevaluaciones, contenidos amplios sobre salud personal y poderosas herramientas para resolver problemas personales, de relaciones, legales, de salud y financieros. Este servicio es gratuito para los empleados asegurados con nosotros con un seguro de discapacidad a largo plazo, y su familia inmediata. Cubre muchos temas y problemas personales, como los siguientes:

- abuso de alcohol y de drogas;
- depresión;
- divorcio y derecho de familia;
- planificación de la herencia;
- cómo saldar deudas;
- dolor y pérdida;
- presiones laborales;
- administración de obligaciones de deuda;
- conflictos maritales y familiares;
- planificación de la jubilación;
- cómo ahorrar para la universidad;
- estrés y ansiedad;
- cuestiones impositivas;
- compra y venta de bienes raíces.

Para acceder a sus servicios



Por teléfono: 866-899-1363

- Le preguntarán qué tipo de póliza de seguros tiene: seguro por discapacidad a largo plazo, seguro por discapacidad a corto plazo o seguro de vida. Si no lo sabe, consulte a su representante de Recursos Humanos.



En línea: GuidanceResources.com

- Haga clic en "Regístrese" para crear una nueva cuenta.
- Ingrese el n.º de identificación de su compañía: DISRES

Los productos de seguro son emitidos por Dearborn Life Insurance Company, 701 E. 22nd St., Suite 300, Lombard, IL 60148.





Su guía de GuidanceResources® Online

GuidanceResources.com

¿Y si tengo problemas financieros?

Los problemas financieros pueden surgir en cualquier momento, ya sean lidiar con una deuda o ahorrar para la universidad. Guidance Resources® Online está disponible para brindarle las herramientas y la información que necesita para resolver sus problemas personales relacionados con la administración del dinero.

¿Cómo puedo gestionar los pequeños detalles de mi vida y los problemas que enfrenta mi familia?

Si acaba de ser padre o madre, si está cuidando a un adulto mayor, si va a enviar a su hijo a la universidad, si está por comprar un automóvil o va a realizar reparaciones en el hogar, cualquiera sea su situación, es muy posible que surjan problemas que tenga que abordar. Permita que GuidanceResources® Online lo ayude a analizar sus opciones.

¿Dónde puedo encontrar las respuestas a todas mis preguntas sobre asuntos legales?

GuidanceResources® Online proporciona herramientas e información práctica y comprensible para abordar sus problemas de divorcio, quiebra, compra de bienes raíces y otros.

Guía para usar GuidanceResources.com

1. Una vez en la página de inicio de **GuidanceResources.com**, haga clic en la pestaña que se encuentra en la parte superior, **"Regístrese"**.
2. Ingrese el **n.º de identificación de su compañía: DISRES**. Cree un **nombre de usuario y una contraseña**. El nombre de usuario tiene que contener al menos seis caracteres, sin espacios (por ejemplo: joesmith). Complete **todos los campos obligatorios, que están marcados con asteriscos rojos**.
3. Lea los términos de uso y haga clic en la casilla de verificación para indicar que los acepta.
4. Cuando finalice, **haga clic en el botón "Enviar"** en la parte inferior de la página.

Solo con fines ilustrativos. Puede que no esté disponible en todas las jurisdicciones. La cobertura podría estar sujeta a limitaciones, exclusiones y otras condiciones de cobertura, según lo estipulado en la póliza emitida. Consulte en la póliza los términos de cobertura.

GuidanceResources® Online es ofrecido y administrado por ComPsych® Corporation. ComPsych® Corporation es una organización independiente que no proporciona ni productos ni servicios de Blue Cross and Blue Shield of Texas ni de Dearborn Life Insurance Company. ComPsych® Corporation solo es responsable de los productos y servicios que se describen en este folleto.

Para uso del empleado solamente. Blue Cross and Blue Shield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

GuidanceResources® Online ofrece servicios web diseñados para ayudarlo a abordar los problemas personales y de vida que esté atravesando. Los servicios para la depresión, para tratar el abuso de alcohol y de drogas, o para enfrentar un duelo y pérdida están disponibles para usted y los miembros de su familia sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



ACCESO EN LÍNEA: GuidanceResources.com

- Haga clic en "Regístrese" para crear una nueva cuenta.
- Ingrese el n.º de identificación de su compañía: DISRES
- EN EL FUTURO, PARA INICIAR SESIÓN simplemente vaya a la sección de inicio de sesión para miembros e ingrese su nombre de usuario y contraseña. Así irá directamente a **GuidanceResources.com**.

Si tiene problemas para iniciar sesión, escriba a **memberservices@guidanceresources.com** o llame al **877-595-5289**.

Disability Resource Services™

En los Estados Unidos
y Canadá, llame al

866-899-1363

TDD: 800-697-0353

guidanceresources.com

Ingrese el n.º de identificación
de su compañía: DISRES



**BlueCross BlueShield
of Texas**

Blue Cross and Blue Shield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

750304.0121





INCAPACIDAD

Dearborn Life

INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD) - Pagado por el Empleado

El seguro de Incapacidad a Corto Plazo de Dearborn Life puede reemplazar una parte de sus ingresos semanales si usted tiene una incapacidad cubierta que le impide trabajar. Mientras usted permanezca incapacitado, puede recibir pagos por hasta **25 semanas**. Por lo general, se considera que está incapacitado si no puede realizar partes importantes de su trabajo y sus ingresos se resienten por ello. Este plan sólo cubre las lesiones y enfermedades fuera del trabajo. Los empleados deben utilizar los días de baja laboral antes de presentar una solicitud.

Aspectos Destacados	Incapacidad a Corto Plazo
Beneficio Semanal	Hasta el 60% del salario semanal en incrementos de \$50 (hasta \$1,000 por semana)
Período de Eliminación	7 días después de una lesión o enfermedad
Duración del Beneficio	25 semanas
Limitaciones Preexistentes	3 meses anteriores / 12 meses de espera

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

INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) - Pagado por el Empleador

El Seguro de Incapacidad a Largo Plazo de Dearborn Life ofrece beneficios de reemplazo de ingresos para usted y su familia en el desafortunado caso de que usted no pueda trabajar debido a una lesión o enfermedad. Este plan cubre lesiones y enfermedades dentro o fuera del trabajo.

Aspectos Destacados	Incapacidad a Largo Plazo
Beneficio Mensual	50% del salario mensual (no exceder los \$7,500)
Período de Eliminación	180 días después de una lesión o enfermedad
Duración del Beneficio	Edad Normal de Jubilación de la Seguridad Social (SSNRA)
Limitaciones Preexistentes	3 meses anteriores / 12 meses de espera

¿Por qué es tan valiosa la cobertura de STD y LTD?

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





VIDA Y AD&D

Dearborn Life

SEGURO DE VIDA BÁSICO GRUPAL Y AD&D - Pagado por el Empleador

Uplift Education ofrece un seguro de Vida Básico y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) a través de Dearborn Life. Uplift Education ofrece un seguro de Vida Básico **igual al salario del empleado (redondeado al siguiente mayor \$1,000) hasta un máximo de \$100,000 sin costo alguno para usted durante su empleo. Llame al Centro de Servicios de Beneficios para designar o actualizar la información del beneficiario.**

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

Nota: El beneficio de Vida y AD&D se reduce al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO - Pagado por el Empleado

Además del seguro de vida pagado por la empresa, tiene la oportunidad de elegir un seguro de vida adicional a través de Dearborn Life. La cantidad de AD&D reflejará la cantidad del seguro de Vida Voluntario.

Aspectos Destacados	Vida Voluntario y AD&D
Beneficio del Empleado	
Cantidad de Beneficio	Incrementos de \$10,000 hasta el menor de 5 veces el salario anual o \$500,000
Beneficio Máximo	\$500,000
Cantidad Garantizada	\$300,000
Beneficio del Cónyuge	
Cantidad de Beneficio	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$100,000 sin superar el 50% del beneficio del empleado
Beneficio Máximo	\$100,000
Cantidad Garantizada	\$30,000
Beneficio del Hijo	
Cantidad de Beneficio	\$10,000
Beneficio Máximo	\$10,000
Cantidad Garantizada	\$10,000

Nota: Los beneficios voluntarios de Vida y AD&D se reducen al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años. Los empleados pueden elegir cobertura adicional con la entrega y aprobación de un formulario de Evidencia de Asegurabilidad.

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





ACCIDENTE

Guardian

Los beneficios por accidentes hacen que los accidentes sean menos dolorosos financieramente. Cuando se lesiona, los beneficios por accidentes pagan beneficios más allá de lo que su plan médico puede pagar. Estos beneficios son importantes porque los accidentes ocurren de la nada sin tiempo para prepararse para los costos médicos asociados. Su empleador ofrece beneficios por accidentes para que usted los considere para su tranquilidad como resultado de un accidente. El seguro de Accidente pagará un **beneficio de salud de \$50** una vez por año civil, por persona.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

- Puede ayudarle con los gastos de bolsillo que su plan médico no cubre, como copagos y deducibles.
- Tienes una cobertura básica garantizada, sin responder preguntas sobre la salud.
- El costo se deduce convenientemente de su cheque de pago.
- Puede mantener su cobertura si cambia de trabajo o se jubila. Se le facturará directamente.

Aspectos Destacados	Plan
Beneficio de Salud <i>(por año calendario)</i>	\$50
Muerte Accidental de Empleado	Empleado: \$50,000 Cónyuge: \$20,000, Hijo: \$10,000
Muerte Accidental en Transporte de Pasajeros	200% beneficio por muerte
Desmembramiento	Hasta 100% de beneficios AD&D
Urgencias <i>(por visita)</i>	\$100
Visitas de Seguimiento <i>(hasta 6 visitas)</i>	\$100
Exámenes Diagnósticos Importantes <i>(por servicio)</i>	\$200
Ambulancia - Terrestre/Aérea <i>(por servicio)</i>	\$200 / \$1,000
Cirugía Mayor	Hasta \$2,000
Fracturas	Hasta \$10,000
Dislocaciones	Hasta \$8,000
Conmoción Cerebral <i>(por conmoción cerebral)</i>	\$200
Coma <i>(por coma)</i>	\$12,500
Laceraciones	Hasta \$800
Lesión Ocular <i>(por lesión)</i>	\$400
Ingreso Hospitalario <i>(por ingreso)</i>	\$2,000
Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos <i>(por ingreso)</i>	\$4,000
Confinamiento Hospitalario Diario <i>(por día, hasta 1 año)</i>	\$400
Confinamiento Diario en Cuidados Intensivos <i>(por día, hasta 15 días)</i>	\$800
Terapia Física <i>(hasta 10 días máximo)</i>	\$50
Tratamiento en Sala de Emergencias <i>(por visita)</i>	\$200
Transportación <i>(3 veces por accidente)</i>	Hasta \$600
Hospedaje <i>(por día hasta 30 días)</i>	\$200
Deducciones por Accidente	Cuotas Mensuales
Empleado	\$17.26
Empleado + Cónyuge	\$25.44
Empleado + Hijo(s)	\$32.80
Familia	\$40.98





ENFERMEDAD CRÍTICA

Guardian

El seguro de enfermedad crítica está diseñado para venir al rescate de esas familias conscientes del presupuesto al ayudar a pagar los costos asociados con la aparición inicial de cáncer, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular u otra enfermedad grave como se define en la póliza. Usted elige el monto de su beneficio. Los beneficios también están disponibles para su cónyuge e hijos elegibles. La póliza de Enfermedad Crítica pagará un **beneficio de salud de \$50** una vez por año civil, por persona.

¿Por qué debería comprar la cobertura ahora?

- Es más asequible cuando la compras a través de tu empleador.
- El costo es convenientemente deducido de su cheque de pago.
- Puede mantener su cobertura si cambia de trabajo o se jubila. Se le facturará directamente.

Aspectos Destacados	Plan	
Cantidad de Beneficios Empleado Cónyuge Hijo	\$5,000 a \$50,000 en incrementos de \$5,000 \$2,500 a \$25,000 en incrementos de \$2,500 hasta el 50% del beneficio del empleado 25% del beneficio del empleado	
Cantidad Garantizada Empledo Cónyuge Hijo	\$50,000 \$25,000 Todos los importes para hijo están garantizados	
	1ª Ocurrencia	2º Ocurrencia
Cáncer Invasivo	100%	100%
Infarto		
Insuficiencia Orgánica/Renal		
Insuficiencia Cardíaca		
Derrame Cerebral		
Pérdida de Audición, Vista, o Habla	100%	0%
Coma		
Parálisis Permanente	100% por 2 extremidades, 50% por 1 extremidad	
Tumor Cerebral Benigno	75%	
Enfermedad de Alzheimer	50%	
Carcinoma in Situ	30%	
Arteriosclerosis Coronaria		
Enfermedad Infecciosa Hontagiosa		
Cáncer de Piel	\$250	No está cubierto

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





INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA



The Guardian Life Insurance Company of America
10 Hudson Yards, New York, NY 10001

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

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

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

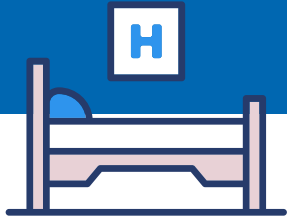
¿Buscas un seguro de salud completa?

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

¿Tiene preguntas sobre esta política?

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





INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Guardian

El plan de indemnización hospitalaria de Guardian puede complementar su seguro de salud para ayudarlo a pagar los costos asociados con una estadía en el hospital. También puede proporcionar fondos que se pueden usar para ayudar a pagar los gastos de bolsillo que su plan médico puede no cubrir, como

el coseguro, los copagos y los deducibles.

Este plan también le permite continuar con la cobertura incluso si su empleo termina o cuando la póliza se termina y no se reemplaza.

Nota: Los beneficios de este plan son compatibles con una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA).

Aspectos Destacados	Plan
Ingreso Hospitalario (1 día por año)	\$1,000
Beneficio Diario en el Hospital (por día, hasta 15 días)	\$200
Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (1 día por año)	\$1,000
Confinamiento Diario en Unidad de Cuidados Intensivos (por día, hasta 15 días)	\$200
Beneficio de Exámenes de Salud (una vez al año)	\$50

Deducciones por Indemnización Hospitalaria	Cuotas Mensuales
Empleado	\$21.94
Empleado + Cónyuge	\$39.36
Empleado + Hijo(s)	\$34.86
Familia	\$52.28





CÁNCER

Guardian

Si bien la mayoría de las personas pueden apreciar la importancia de tener un seguro de salud y discapacidad, los costos del cáncer pueden ir mucho más allá de lo que cubren. El seguro contra el cáncer es una forma asequible de proporcionar fondos adicionales para ayudar a cubrir los gastos de bolsillo.

El costo promedio de bolsillo para los pacientes con cáncer se estima en \$ 8,436 al año, incluidos copagos, deducibles, tratamientos, atención médica en el hogar y más. Eso se suma a las facturas diarias como comestibles, servicios públicos y pagos de automóviles. El seguro contra el cáncer es una forma asequible de abordar un aluvión de costos mientras fortalece su paquete de beneficios para empleados.

Aspectos Destacados	Plan Bajo	Plan Mediano	Plan Alto
Beneficios Hospitalarios y Relacionados (diarios)			
Confinamiento Hospitalario Continuo (<i>primeros 31 días</i>)	\$300	\$300	\$400
Hospital Gubernamental o de Caridad	N/A	\$300	\$400
Centro de Atención Extensa (<i>hasta 90 días por año</i>)	\$100	\$100	\$150
Atención Médica en el Hogar (<i>hasta 30 visitas por año</i>)	N/A	\$50 / visita	\$100 / visita
Centro de Cuidados Paliativos (<i>hasta 100 días por vida</i>)	\$50	\$50	\$100
Diagnóstico Inicial de Cáncer	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Radiación, Quimioterapia, y Curación			
Radiación / Quimioterapia para Cáncer (<i>cada 12 meses</i>)	Hasta \$10,000	Hasta \$10,000	Hasta \$15,000
Sangre, Plasma, Plaquetas (<i>cada 12 meses</i>)	Hasta \$5,000 por año	Hasta \$5,000 por año	Hasta \$10,000 por año
Imágenes Médicas (<i>anuales</i>)	N/A	\$100 (2 / año)	\$200 (2 / año)
Inmunoterapia (<i>por mes</i>)	\$500 (\$2,500 máx)	\$500 (\$2,500 máx)	\$500 (\$2,500 máx)
Cirugía y Beneficios Relacionados			
Cirugía	Hasta \$2,750	Hasta \$4,125	Hasta \$5,500
Anestesia (% de la cirugía)	25%	25%	25%
Segunda Opinión (<i>por procedimiento</i>)	\$200	\$200	\$300
Trasplante de Medula Ósea o Células Madre			
Medula Ósea	N/A	\$7,500	\$10,000
Células Madre (<i>50% para 2º trasplante</i>)	N/A	\$1,500	\$2,500
Diferentes Beneficios			
Tratamiento Nuevo o Experimental (<i>cada 12 meses</i>)	N/A	Hasta \$1,000 / mes	Hasta \$2,400 / mes
Prótesis (<i>sin Implante Quirúrgico</i>)	\$200 / prótesis	\$200 / prótesis	\$300 / prótesis
Prótesis (<i>con Implante Quirúrgico</i>)	\$2,000 / prótesis	\$2,000 / prótesis	\$3,000 / prótesis
Beneficio Anti Nauseas (<i>mensual</i>)	N/A	\$150	\$250
Excepción de Prima (<i>solo para asegurado primario</i>)	Sí	Sí	Sí

Deducciones de Cáncer	Cuotas Mensuales		
	Plan Bajo	Plan Mediano	Plan Alto
Empleado	\$10.88	\$21.70	\$28.08
Empleado + Cónyuge	\$19.98	\$40.62	\$52.04
Empleado + Hijo(s)	\$12.72	\$27.84	\$35.14
Familia	\$21.82	\$46.76	\$59.10





VIDA UNIVERSAL

Transamerica

No hay forma de saber qué pasará mañana. Pero hay una manera de ayudar a garantizar que esté protegido contra lo inesperado. El seguro de vida universal de Transamerica puede ayudar a satisfacer las necesidades financieras futuras de su familia en caso de su fallecimiento prematuro. Una planificación financiera prudente pueda proteger el futuro de su familia, ofreciéndoles una mayor tranquilidad.

Aspectos Destacados	Plan
Empleado Cantidad de Beneficios Cantidad Garantizada	Hasta \$100,000 Hasta \$100,000 (incrementos de \$10,000) sin superar 5 veces su salario anual
Conyugue Cantidad de Beneficios Cantidad Garantizada	\$25,000 \$25,000
Beneficio Adicional a Término para Niño(s) Cantidad de Beneficios Guarantee Issue	\$20,000 \$20,000
Beneficios Adicionales	- Beneficio por Muerte Acelerada para Condición Terminal Calificada - Beneficio por Muerte Acelerada para Beneficio de Vida - Beneficios Restauración
Ventajas Adicionales	- Mantenga su cobertura al mismo precio y con los mismos beneficios si cambia de trabajo o se jubila. - Solicite cobertura para los miembros de su familia: cónyuge, hijos y nietos. - Deducción cómoda de la nómina; pague mediante recibo directo, giro bancario o tarjeta de crédito si deja de trabajar.

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

Nota: Para el **Año del Plan 2025-2026**, TransAmerica ha aprobado una ventana de inscripción especial del 14 al 30 de Julio. Durante este periodo, los empleados reincorporados que anteriormente habían renunciado a la cobertura ahora pueden solicitar un seguro para ellos y sus cónyuges, hasta los límites de Emisión garantizada especificados anteriormente, sin que se les exija responder a preguntas relacionadas con la salud.

Este es un breve resumen de TransElite® Universal Life Insurance suscrito por Transamerica Life Insurance Company (TLIC), Cedar Rapids, Iowa. TLIC no es una aseguradora autorizada en Nueva York. Serie de formularios de póliza CPGUL300 y CCGUL300. Los formularios y números de formulario pueden variar. Es posible que este seguro no esté disponible en todas las jurisdicciones. Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte la póliza, el certificado y las cláusulas adicionales para obtener detalles completos.



**Vida Supplemental**

Presentar reclamos de salud supplemental se ha vuelto más fácil

Entendemos que la presentación de reclamaciones debe ser rápida, simple y sin complicaciones. Nuestros reclamos por accidentes, cáncer, enfermedades críticas e indemnización hospitalaria se pueden presentar de varias maneras para ayudar a garantizar pagos precisos. Y, ahora, nuestras declaraciones de bienestar y salud suplementarias se pueden presentar de la mejor manera para los empleados.



Presentación de un reclamo en línea

La presentación de reclamos en línea es una de las formas más eficientes de presentar un reclamo y ayudará a reducir el tiempo administrativo tanto para los empleados como para nuestra área de procesamiento de reclamos. Cuando presenta su reclamo en línea, recibe:

- Mayor seguridad y precisión de los datos
- Procesamiento y pagos más rápidos

Presentación de una reclamación por teléfono

Para preguntas sobre su reclamo o para enviar su reclamo por teléfono, llame 1-800-541-7846. Tómese un momento para reunir toda la información requerida antes de hacer su llamada.

Presentación de una reclamación por correo

Descargue el formulario para su reclamo en guardianlife.com. Puede completar el formulario en su computadora, o puede imprimirlo en blanco y completarlo a mano. Una vez que se complete su formulario de reclamo, envíelo por correo con los detalles del reclamo y los recibos a la dirección en la parte inferior del formulario de reclamo.

Presentación de una reclamación por fax

También puede enviar su reclamo por fax al 1-920-749-6299.

Guardian trabaja de forma más inteligente

Trabajamos de manera más inteligente para mantener la presentación de reclamos fácil para usted: al ofrecer un proceso de reclamos simple, puede concentrarse en su recuperación. Y, siempre estamos buscando formas de hacer que la presentación de reclamos sea aún más fluida para usted.

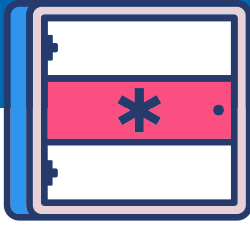
Para más información o preguntas, comuníquese con su representante de Guardian Group o Guardian Broker.

**The Guardian Life Insurance
Company of America**
New York, NY

guardianlife.com
2020-113642 (12/21)

! Guardian Claims VOC Scorecard: Supplemental Health, 3T 2019. Los productos de seguros están suscritos y emitidos por The Guardian Life Insurance Company of America, NY, NY. Productos no disponibles en todos los estados. Se aplican limitaciones y exclusiones de la política. Los pasajeros y/o características opcionales pueden incurrir en costos adicionales. Los documentos del plan son el árbitro final de la cobertura. GUARDIAN® es una marca de servicio registrada de The Guardian Life Insurance Company of America. ©Derechos de autor 2020 The Guardian Insurance Company of America.





JUBILACIÓN 403(B)

TCG Group Holdings

Un plan 403 (b) permite a un empleado diferir el dinero en una cuenta de jubilación antes de impuestos o ROTH. Las ganancias en su plan de ahorros para la jubilación pueden ser diferidas de impuestos o libres de impuestos dependiendo de su tipo de contribución. Los empleados elegibles pueden inscribirse en un plan de jubilación 403 (b) inmediatamente después de la contratación y pueden cambiar su monto de aplazamiento en cualquier momento.

Para 2025, el aplazamiento máximo de empleados a una cuenta 403 (b) es de **\$23,500 por año calendario**. Además, los participantes de 50 años o más pueden contribuir hasta un **\$10,000 en contribuciones de "puesta al día" por año calendario**. Uplift Education no contribuye ni iguala las contribuciones para 403 (b). Una cuota mensual de mantenimiento administrativo de \$1.50 se le deducirán además de su elección de aplazamiento.

¿Interesado en empezar? Una lista de proveedores de inversión autorizados con información telefónica y del sitio web está disponible en el sitio web de TCG Group Holdings. Las instrucciones detalladas de inscripción en línea se pueden encontrar en: <http://uplifteducationbenefits.org/403b/enrollment-instructions>

Características del Plan

- Los empleados tienen diversas opciones de inversión a través de TCG.
- Puede interrumpir o modificar su aportación en cualquier momento accediendo a su cuenta en línea en www.region10rams.org o llamando a TCG al **(800) 943-9179**.

TCG Group Holdings

- **Servicio de Atención al Cliente:** (800) 943-9179
- **Fax:** (888) 989-9247
- www.region10rams.org
- **Correo Electrónico:** 403b@tcgservices.com

Planificación de la Jubilación para Educadores

Haga clic en el enlace para ver el vídeo: player.vimeo.com/video/766265550





Planificación de retiro 101

Dependiendo de su estilo de vida deseada después de retiro, es posible que necesite entre el 60 % y el 100 % de sus ingresos actuales para mantener su nivel de vida actual. Pero esto es sólo una guía general. Para determinar sus necesidades, comience por estimar sus gastos anuales de jubilación proyectados.

Use sus gastos actuales como punto de partida, pero tenga en cuenta que sus gastos pueden cambiar cuando se jubile. Si se está acercando a la jubilación, la brecha entre sus gastos actuales y sus gastos de jubilación puede ser pequeña. Si faltan muchos años para la jubilación, la brecha puede ser significativa y puede ser más difícil proyectar sus gastos futuros.

Recuerde tener en cuenta la inflación. El poder adquisitivo de un dólar disminuye cada año a medida que aumentan los precios. Tenga en cuenta que sus gastos anuales pueden fluctuar.

Otros gastos, como los relacionados con la salud, pueden aumentar en sus últimos años de jubilación. Una estimación realista de sus gastos le indicará cuánto ingreso anual necesitará para vivir cómodamente.

Calcule cuánto tendrá que ahorrar

Para cuando se jubile, necesitará un nido de ahorros que le proporcione ingresos suficientes para llenar el vacío que dejan sus otras fuentes de ingresos. Pero exactamente, ¿cuánto es suficiente? Las siguientes preguntas pueden ayudarlo a encontrar la respuesta:

- o ¿A qué edad planea retirarse? Cuanto más joven se jubile, más larga será su jubilación y más dinero necesitará para superarla.
- o ¿Qué tipo de estilo de vida espera mantener durante sus años de jubilación?
- o ¿Cuál es tu esperanza de vida?
- o ¿Qué tasa de crecimiento puede esperar de sus ahorros ahora y durante la jubilación? Sea conservador al proyectar las tasas de rendimiento.
- o ¿Espera sumergirse en su principal? Si es así, puede agotar sus ahorros más rápido que si solo viviera de las ganancias de las inversiones. Considere construir un colchón para protegerse contra estos riesgos.

Calcula tu plan de pensiones y beneficio de Social Social

Uno de los muchos beneficios de trabajar para una organización pública es la posibilidad de calificar para un plan de pensiones al jubilarse. Si ha pagado a un sistema de pensión gubernamental y/o Seguro Social, es probable que califique para algún tipo de beneficio de jubilación. Si bien esto es extremadamente valioso, tenga en cuenta que es probable que no reciba el 100 % de sus ingresos previos a la jubilación. Esta es la razón por la que generar ahorros adicionales a través de planes de jubilación voluntaria es importante para su salud financiera.

Hable con un especialista de planificación de la jubilación

No tiene que estar solo en este proceso. Para obtener ayuda calculando su meta de ahorros, programe una reunión gratuita con un especialista en planes de jubilación visitando www.tcgservices.com/espanol o llamando 800-943-9179.*

* Los servicios de TeleWealth se ofrecen a través de TCG Advisors, una empresa de HUB International.



Necesita ayuda?

Estamos listos para brindarle la asistencia que necesita.

Programe una reunión virtual gratuita de TeleWealth™ y un especialista en planes de jubilación lo ayudará a planificar su vida más allá de sus años laborales.*



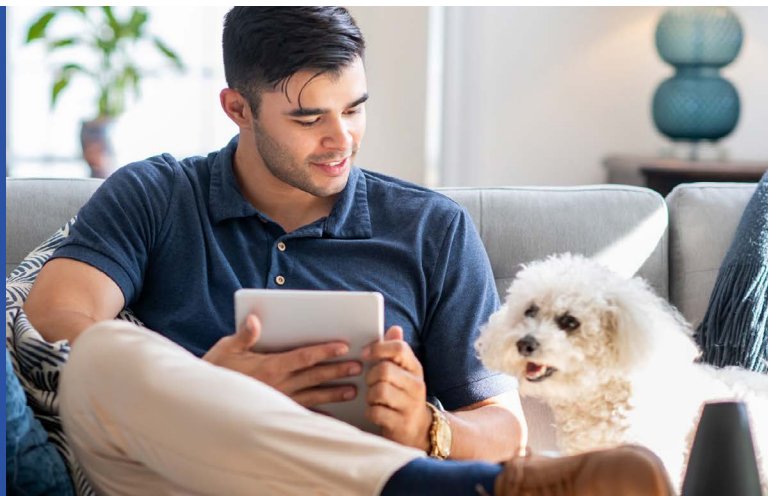
Escanear código QR





My Pet Protection[®] de Nationwide[®]

Ahora con opciones para cualquier presupuesto.



Nuestros planes de seguros más popular de My Pet Protection ahora ofrecen más opciones y flexibilidad

- ✓ **Reciba reembolso** por facturas de gastos veterinarios elegibles. Escoja entre dos niveles de reembolso: 50% o 70%*
- ✓ Use **cualquier veterinario**, en cualquier lugar. No hay redes o referencias necesarias.
- ✓ Disponible **exclusivamente para empleados**. Estos planes no están disponibles al público.

Elija el nivel de reembolso que se adapte a sus necesidades

Una de las razones más comunes en perros y gatos que requiere visitas al veterinario son los problemas digestivos. El costo promedio es de \$ 424 para este tipo de visita al veterinario.*



Usted paga: \$212
Nationwide paga: \$212



Usted paga: \$128
Nationwide paga: \$296

Los ejemplos reflejan reembolsos después de que el deducible anual de \$250 haya sido cumplido

Obtenga más—Aproveche de los beneficios adicionales cuando usted protege a su mascota con una póliza de seguros de mascotas de Nationwide



Comuníquese con un profesional de veterinaria, sin acceso limitados, 24/7



Descuentos al proteger varias mascotas.



Opción de recibir reembolsos de reclamos electrónicamente



Acceso a nuestra revista, *The Companion*, en línea



Descuentos en productos y servicios para mascotas seleccionados para nuestros miembros

Obtenga una cotización rápida y sin obligación hoy con [PetsNationwide.com](https://www.PetsNationwide.com)





UPLIFT EDUCATION EMPLOYEE GIVING

Como miembro valioso de nuestro equipo, vives nuestra misión cada día, demostrando que la comunidad importa y que la educación marca la diferencia. Ahora, puedes llevar ese compromiso aún más lejos convirtiéndote en un donante mensual. Incluso una pequeña donación mensual ayuda a construir un futuro más fuerte para los estudiantes y las familias a las que servimos. Su apoyo – independientemente de la cantidad– demuestra su creencia en el poder de la educación para transformar vidas y su dedicación a formar parte de algo más grande que usted mismo.

Inscríbase hoy mismo en las donaciones mensuales!

www.uplifteducation.org/employee-giving

Gracias por formar parte de la comunidad Uplift.





TÉRMINOS DE SEGURO DE SALUD

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

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





PREGUNTAS FRECUENTES

GENERALIDADES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué ocurre si me inscribo en el seguro pero más adelante en el año descubro que no puedo pagar las primas?

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

Pagos de beneficios

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

MÉDICO

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

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





AVISOS LEGALES

FEDERAL LEGISLATION IMPACTING HEALTH CARE PLANS

Legislative Reminders Affecting Your Medical Plan

While our plans were already in compliance with these provisions, we are required to notify you of certain provisions on an annual basis. We would like to inform you of legislation that mandates coverage for you and your dependents. These benefits are included as part of your medical benefits to protect you and your family. No action is needed on your part.

Women's Health and Cancer Rights Act

The Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 requires group health plans to provide coverage for breast reconstruction, prostheses and complications following a mastectomy. The law mandates that a Participant or Dependent who is receiving benefits for a mastectomy and who elects breast reconstruction in connection with the mastectomy, will also receive coverage for:

- » All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy has been performed.
- » Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance.
- » Prostheses and treatment of physical complications of all stages of mastectomies, including lymphedemas.

This coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending Physician and the patient, and will be subject to the same annual Deductible, Coinsurance and/or Copayment provisions otherwise applicable under the Plan. If you have any questions about coverages for mastectomies and post-operative reconstructive surgery, please call your plan administrator at (800) 521-2227.

Newborn and Mothers' Health Protection Act

Under federal law, group health plans and health insurance issuers offering group health insurance, generally may not restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother of the newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, the Plan may pay for a shorter stay if the attending Physician (e.g., your Physician, nurse or a physician assistant), after consultation with the mother, discharges the mother or newborn earlier. Also, under federal law, plans may not set the level of benefits for out of pocket costs so that any later portion of the 48 hour (or 96 hour) stay is treated in a manner less favorable to the mother or newborn than any earlier portion of the stay.

In addition, a Plan may not, under federal law, require that a Physician or other health care provider obtain authorization for prescribing a length of stay of up to 48 hours (or 96 hours).





AVISOS LEGALES A CONTINUACIÓN

PREMIUM ASSISTANCE UNDER MEDICAID AND THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of Marzo 17, 2025. Contact your State for more information on eligibility:

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program HIBI Customer Service: 1-855-692-6442
ALASKA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/mcicaid/default.aspx	Website: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268
ARKANSAS – Medicaid	GEORGIA – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162 ext 2131
CALIFORNIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Website: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx Phone: 916-440-5676	Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Website: http://www.in.gov/fssa/hip/ Phone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ Phone 1-800-457-4584



**IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)**

Medicaid Website: <https://dhs.iowa.gov/ime/members>
 Medicaid Phone: 1-800-338-8366
 Hawki Website: <http://dhs.iowa.gov/Hawki>
 Hawki Phone: 1-800-257-8563

MONTANA – Medicaid

Website: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
 Phone: 1-800-694-3084

KANSAS – Medicaid

Website: <http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm>
 Phone: 1-800-792-4884

NEBRASKA – Medicaid

Website: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
 Phone: 1-855-632-7633
 Lincoln: 402-473-7000
 Omaha: 402-595-1178

KENTUCKY – Medicaid

Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP)
 Website: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
 Phone: 1-855-459-6328
 Email: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
 KCHIP Website: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>
 Phone: 1-877-524-4718
 Kentucky Medicaid Website: <https://chfs.ky.gov>

NEVADA – Medicaid

Website: <http://dhcnp.nv.gov>
 Phone: 1-800-992-0900

LOUISIANA – Medicaid

Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/la hipp
 Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Website: <https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm>
 Phone: 603-271-5218
 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext 5218

MAINE – Medicaid

Enrollment Website: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
 Phone: 1-800-442-6003
 TTY: Maine relay 711
 Private Health Insurance Premium Webpage:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
 Phone: 1-800-977-6740.
 TTY: Maine relay 711

NEW JERSEY – Medicaid and CHIP

Medicaid Website: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
 Medicaid Phone: 609-631-2392
 CHIP Website: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
 CHIP Phone: 1-800-701-0710

MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP

Website: <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/>
 Phone: 1-800-862-4840

NEW YORK – Medicaid

Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
 Phone: 1-800-541-2831

MINNESOTA – Medicaid

Website:
<https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>
 Phone: 1-800-657-3739

NORTH CAROLINA – Medicaid

Website: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
 Phone: 919-855-4100

MISSOURI – Medicaid

Website: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
 Phone: 573-751-2005

NORTH DAKOTA – Medicaid

Website: <http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/>
 Phone: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid and CHIP

Website: <http://www.insureoklahoma.org>
 Phone: 1-888-365-3742

UTAH – Medicaid and CHIP

Medicaid Website: <https://medicaid.utah.gov/>
 CHIP Website: <http://health.utah.gov/chip>
 Phone: 1-877-543-7669

OREGON – Medicaid

Website: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
<http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html>
 Phone: 1-800-699-9075

VERMONT – Medicaid

Website: <http://www.greenmountaincare.org/>
 Phone: 1-800-250-8427

PENNSYLVANIA – Medicaid

Website: <https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx>
 Phone: 1-800-692-7462

VIRGINIA – Medicaid and CHIP

Website: <https://www.coverva.org/hipp/>
 Medicaid Phone: 1-800-432-5924
 CHIP Phone: 1-855-242-8282

RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP

Website: <http://www.eohhs.ri.gov/>
 Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

WASHINGTON – Medicaid

Website: <https://www.hca.wa.gov/>
 Phone: 1-800-562-3022





SOUTH CAROLINA – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://mywvhpp.com/ Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
SOUTH DAKOTA - Medicaid	WISCONSIN – Medicaid and CHIP
Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059	Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Website: http://gethipptexas.com/ Phone: 1-800-440-0493	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since Marzo 17, 2025, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.





AVISOS LEGALES A CONTINUACIÓN

Special Enrollment Notice

This notice is being provided to make certain that you understand your right to apply for group health coverage. You should read this notice even if you plan to waive health coverage at this time.

Loss of Other Coverage

If you are declining coverage for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself and your dependents in this Plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents' other coverage). However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

Example: You waived coverage under this Plan because you were covered under a plan offered by your spouse's employer. Your spouse terminates employment. If you notify your employer within 30 days of the date coverage ends, you and your eligible dependents may apply for coverage under this Plan.

Marriage, Birth or Adoption

If you have a new dependent as a result of a marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within 30 days after the marriage, birth, or placement for adoption.

Example: When you were hired, you were single and chose not to elect health insurance benefits. One year later, you marry. You and your eligible dependents are entitled to enroll in this Plan. However, you must apply within 30 days from the date of your marriage.

Medicaid or CHIP

If you or your dependents lose eligibility for coverage under Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP) or become eligible for a premium assistance subsidy under Medicaid or CHIP, you may be able to enroll yourself and your dependents. You must request enrollment within 60 days of the loss of Medicaid or CHIP coverage or the determination of eligibility for a premium assistance subsidy.

Example: When you were hired, your children received health coverage under CHIP and you did not enroll them in this Plan. Because of changes in your income, your children are no longer eligible for CHIP coverage. You may enroll them in this Plan if you apply within 60 days of the date of their loss of CHIP coverage.





AVISOS LEGALES A CONTINUACIÓN



Nuevas Opciones de Cobertura en el Mercado de Seguros Médicos y su Cobertura Médica

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 12-31-2026)

PARTE A: Información General

Aunque se le ofrezca cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud ("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 una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su zona geográfica.

¿Puedo Ahorrar Dinero en las Primas del Seguro Médico que ofrece el Mercado?

Puede optar a ahorrar dinero y reducir la prima mensual y otros gastos de su bolsillo, pero sólo si su empresa no le ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple determinadas normas de valor mínimo (que se explican más adelante). El ahorro al que puede optar depende de sus ingresos familiares. También puede optar a un crédito fiscal que reduzca sus costes.

¿La Cobertura Médica del Empleador Afecta la Elegibilidad para los Ahorros en la Prima a Través del Mercado?

Sí. Si su empresa le ofrece una cobertura de salud que se considera asequible para usted y cumple determinadas normas de valor mínimo, no podrá optar a un crédito fiscal, ni al pago por adelantado del crédito fiscal, por su cobertura en el Mercado y puede inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. No obstante, si su empresa no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla las normas de valor mínimo, puede optar a una desgravación fiscal y al pago por adelantado de la desgravación que reduzca su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos. Si su parte del coste de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es superior al 9.12%¹ de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura a través de su empleo no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Asistencia de Cuidado Asequible, puede optar a un crédito fiscal, y al pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el coste de las primas del empleado para el plan de menor coste que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 9.12% de los ingresos familiares del empleado.¹²

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador -así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo- suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no tendrá derecho a un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquiere un plan de salud a través del Mercado.

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

² Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan basado en el empleo cumple la "norma de valor mínimo" si la parte del plan de los costes totales permitidos de los beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costes. A efectos del derecho a la bonificación fiscal por primas, para cumplir la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de los servicios médicos.





AVISOS LEGALES A CONTINUACIÓN

¿Cuándo Puedo Inscribirme en el Seguro de Salud a Través del Mercado?

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 generalmente comienza el 1 de Noviembre y continúa al menos hasta el 15 de Diciembre.

Fuera del Periodo de Inscripción Abierta Anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para un Periodo de Inscripción Especial. Por lo general, puede acogerse a un Periodo de Afiliación Especial si se han producido determinados acontecimientos vitales, como casarse, tener un hijo, adoptar un niño o perder el derecho a otra cobertura de salud. Dependiendo del tipo de Periodo de Inscripción Especial que le corresponda, puede tener 60 días antes o 60 días después del acontecimiento vital para inscribirse en un plan del Mercado.

También hay un Periodo de Inscripción Especial en el Mercado para las personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de Marzo de 2023 hasta el 31 de Julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública COVID-19 en todo el país, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito a partir del 18 de Marzo de 2020 hasta el 31 de Marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de Marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de 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 presenten 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 atestigüen una fecha de terminación de cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un Periodo 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, podrá inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que perdió la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre 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 ocurre con las Alternativas a la Cobertura del Seguro Médico del Mercado?

Si usted o su familia reúnen los requisitos para obtener cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Periodo de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de Marzo de 2023 y el 10 de Julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de Septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

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

¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleo, consulte el resumen de la descripción de su plan de salud o póngase en contacto con [iHelp Tickets](#).

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





AVISOS LEGALES A CONTINUACIÓN

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

When you get emergency care or are treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from balance billing. In these cases, you shouldn't be charged more than your plan's copayments, coinsurance and/or deductible.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos [costos de bolsillo](#), como un [copago](#), [un coseguro](#) o un [deducible](#). Es posible que tenga costos adicionales o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" se refiere a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama **"facturación de saldo"**. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero un proveedor fuera de la red lo trata inesperadamente. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Está protegido contra la facturación de saldos para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguros y deducibles). **No se le puede** facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** cobrar saldo de factura, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.





AVISOS LEGALES A CONTINUACIÓN

Nunca se le pedirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene estas protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como "autorización previa").
 - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Cuenten cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y su límite de gastos de bolsillo.

Si crees que te han facturado incorrectamente, comunícate con el servicio de asistencia Sin Sorpresas, operado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., al 1.800.985.3059.

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.





AVISOS LEGALES A CONTINUACIÓN

PARTE B: Información Sobre la Cobertura de Salud Ofrecida por su Empresa

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

3. Nombre del empleador Uplift Education		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 75-2659683	
5. Dirección del empleador 3000 Pegasus Park Drive, Suite 1100		6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad Dallas	8. Estado TX	9. Código postal 75247	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Jessica O'Leary			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) (469) 621-8500		12. Dirección de correo electrónico joleary@uplifteducation.org	

A continuación le ofrecemos información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por esta empresa:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a:

☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

PART-TIME EMPLOYEES - Employees working at least 10 hours but less than 30 hours per week are only eligible for medical insurance and do not qualify for the Uplift Education monthly cafeteria credit.
EMPLOYEE ELIGIBILITY - New Hires have 30 days from their hire date to enroll in or decline benefits. All benefits are effective the first of the month following your hire date.

- Con respecto a los dependientes:

☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Determined by the insurance carriers and Texas Department of Insurance.

☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si está marcada, esta cobertura cumple la norma de valor mínimo y se pretende que el coste de esta cobertura para usted sea asequible, en función de los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador pretende que su cobertura sea asequible, usted puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si puede optar a un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez sea un empleado por horas o trabaje a comisión), si acaba de ser contratado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede optar a un descuento en la prima.

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



[ELEGIBILIDAD](#)[INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN](#)[MÉDICO](#)[HSA](#)[FSA](#)[DENTAL](#)[VISIÓN](#)[EAP](#)[INCAPACIDAD](#)[VIDA Y AD&D](#)[BENEFICIOS VOLUNTARIOS](#)[403\(B\)](#)

uplifteducation

2025 - 2026

**PARA EMPLEADOS
GUÍA DE BENEFICIOS**