

Eagle Mountain Saginaw ISD

2024-2025

GUÍA DE BENEFICIOS



<https://ffbenefits.ffga.com/eaglemountainsaginawisd/>

Ryan Hancock, Account Manager
800-883-0007
ryan.hancock@ffga.com

Jamie Erwin, Benefits Coordinator
817.232.0880 Ext. 2486
jmcnut-erwin@ems-isd.net

Índice

- [CENTRO DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS](#)
- [CÓMO INSCRIBIRSE](#)
- [ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS Y COBERTURA](#)
- [PLANES DE LA SECCIÓN 125](#)
- [SEGURO MÉDICO](#)
- [SEGURO DENTAL](#)
- [SEGURO DE VISIÓN](#)
- [RECURSOS DE LA FSA](#)
- [RECURSOS DE LA HSA](#)
- PRODUCTOS DE SEGUROS COMPLEMENTARIOS VOLUNTARIOS
 - [SEGURO DE VIDA A TÉRMINO Y AD&D](#)
 - [SEGURO DE TEXAS LIFE](#)
 - [SEGURO POR DISCAPACIDAD](#)
 - [SEGURO CONTRA CÁNCER](#)
 - [SEGURO CONTRA ENFERMEDADES GRAVES](#)
 - [SEGURO CONTRA ACCIDENTES SOLAMENTE](#)
 - [TRANSPORTE MÉDICO](#)
 - [PLANES VOLUNTARIOS DE JUBILACIÓN](#)
 - [PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO](#)
 - [TELESALUD](#)
 - [SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA](#)
 - [COBRA](#)
 - [ACUERDO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MEDICARE](#)
 - [CLEVER RX](#)
- [INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA BENEFICIOS](#)

Centro de Beneficios para Empleados

¡Una guía para sus beneficios!

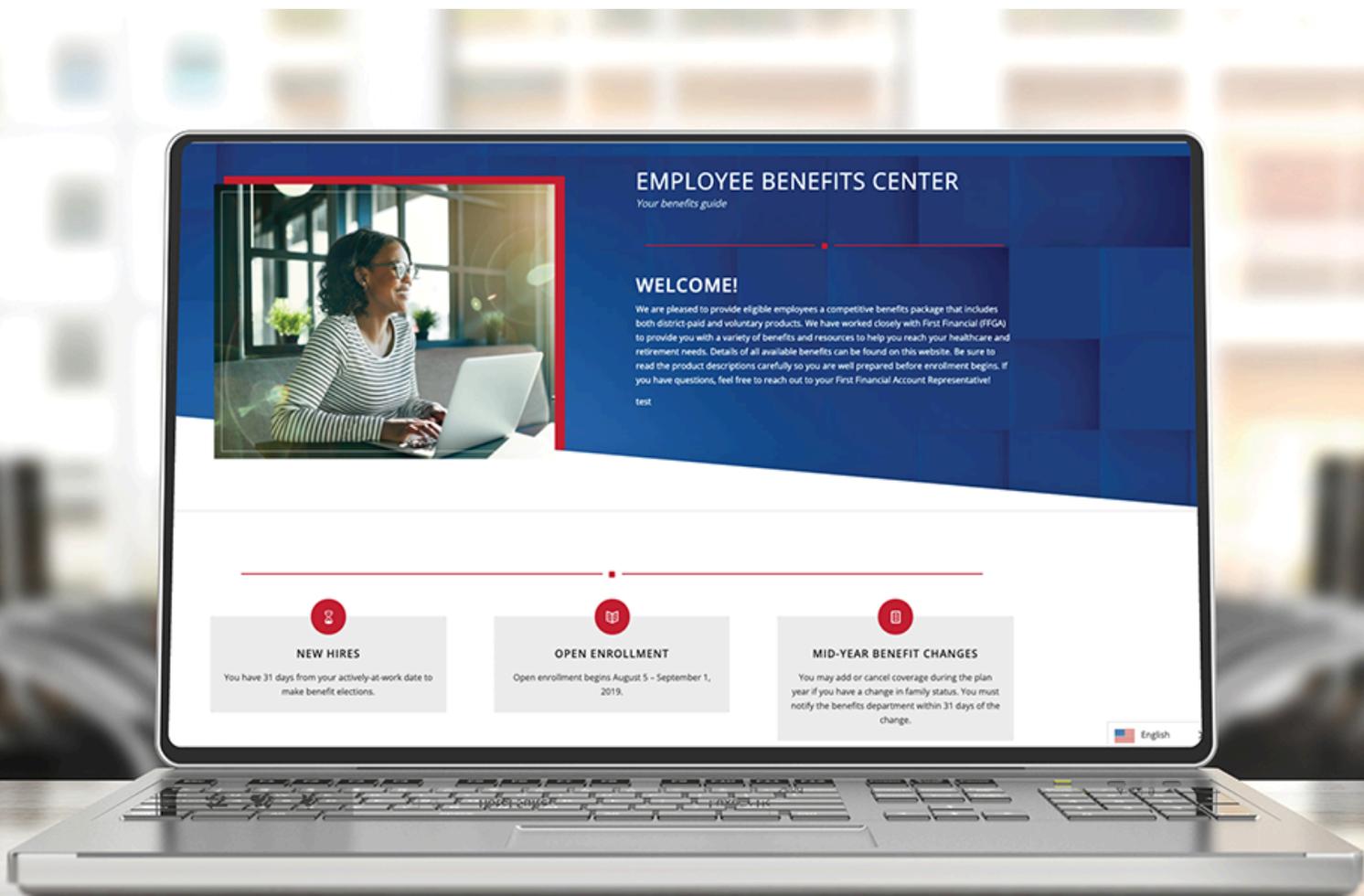
Eagle Mountain Saginaw ISD y FFGA se complacen en ofrecerle un sitio web personalizado con información sobre sus beneficios. Visite el Centro de Beneficios para Empleados para ver las opciones de beneficios actuales para su empleador, así como para encontrar formularios de reclamación, números de teléfono importantes e información de inscripción.

No es necesario registrarse para acceder al sitio. Simplemente ingrese la URL que aparece a continuación en su navegador y será dirigido a su Centro de Beneficios para Empleados.



¡Escanee el código QR para obtener más información sobre los planes que están disponibles este año del plan!

<https://ffbenefits.ffga.com/eaglemountainsaginawisd/>



Cómo inscribirse

Inscripción en los Beneficios

Inscripción en el sitio

Cuando llegue el momento de inscribirse en sus beneficios, su Representante de Cuenta FFGA estará en el lugar para ayudarle a realizar sus elecciones. Visite su EBC para obtener más información.

Inscripción en línea

Para comenzar la inscripción en línea, visite <https://ffga.benselect.com/Enroll/login.aspx>.

Inscribirse ahora

Iniciar sesión

- Inicio de sesión: Su identificación de empleado o número de seguro social (sin guiones)
- PIN (sólo el primer inicio de sesión): Los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social y los dos últimos dígitos del año en que nació (seis dígitos en total)
- Nuevo PIN: La primera vez que inicie sesión se le pedirá que cambie a un nuevo PIN. Tome nota de su nuevo PIN porque lo utilizará a partir de ese momento.

Ver los beneficios actuales

Después de iniciar sesión, llegará a la pantalla de bienvenida. Sus beneficios actuales y deducciones de primas aparecerán en esta pantalla.

Ver/agregar dependientes

Haga clic en Siguiente para ver a sus dependientes. Es muy importante asegurarse de que los números de seguro social y las fechas de nacimiento que se muestran sean correctos. Si planea agregar dependientes, deberá ingresar su nombre legal, números de seguro social y fechas de nacimiento.

Comenzar a hacer elecciones

Haga clic en Siguiente nuevamente para comenzar a elegir sus beneficios. Recuerde, no se pueden realizar cambios en sus elecciones durante el año del plan a menos que tenga un cambio calificado a mitad de año según la Sección 125 o un evento de inscripción especial.

Elegibilidad para Beneficios y Cobertura

Cobertura de los Empleados

Elegibilidad

Los empleados elegibles deben estar trabajando activamente en la fecha de vigencia del plan para que los nuevos beneficios entren en vigencia.

Empleados nuevos

Tiene 31 días a partir de su fecha de estar activo en el trabajo para realizar elecciones de beneficios. La cobertura del seguro entra en vigencia el primer día del mes siguiente a un período de espera de 30 días calendario.

Empleados existentes

Cuando llegue el momento de inscribirse en sus beneficios, su Representante de Cuenta de FFGA estará disponible para ayudarle a realizar sus elecciones. Sus elecciones se pueden realizar en cualquier momento durante la inscripción anual en línea desde la computadora de su trabajo o de su hogar. Antes de inscribirse, tómese el tiempo para informarse sobre los beneficios disponibles y qué opciones funcionarían mejor para usted y su familia visitando el Centro de Beneficios para Empleados.

Cambios de beneficios a mitad de año

Puede agregar o cancelar la cobertura durante el año del plan si tiene un cambio en su estado familiar. Debe notificar al departamento de beneficios dentro de los 31 días posteriores al cambio.

Los eventos de vida calificados incluyen:

- Cambios en el grupo familiar, como matrimonio, divorcio, separación legal, anulación, muerte de un cónyuge, nacimiento, adopción, colocación en adopción o muerte de un hijo dependiente
- Pérdida de cobertura médica, atribuible al empleo de su cónyuge, pérdida de cobertura médica existente, incluidos planes laborales, individuales y estudiantiles, pérdida de elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP, cumplir 26 años y perder la cobertura a través del plan de uno de los padres

Rechazo de la cobertura

Si es elegible para recibir beneficios, pero desea RECHAZAR la cobertura, complete la inscripción en línea, ya sea en la computadora de su trabajo o de su hogar. En cada opción, deberá seleccionar "renunciar". **De todas formas, tendrá que completar la información del beneficiario.**

Planes de la Sección 125

Información y Reglas de los Planes de la Sección 125

Un Plan de la Sección 125 proporciona una manera de ahorrar impuestos para pagar los gastos elegibles de atención médica o de cuidado de dependientes. Los fondos se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos.

Así es cómo funciona

Un Plan de la Sección 125 reduce sus impuestos y aumenta su salario neto al permitirle deducir el costo de los beneficios elegibles de sus ganancias antes de impuestos. Además, el plan está disponible para usted sin costo alguno y usted ya es elegible – todo lo que tiene que hacer es inscribirse.

¿Es adecuado para mí?

Los ahorros que usted puede conseguir con un Plan de la Sección 125 se detallan en el ejemplo a continuación. Por ejemplo, potencialmente podría llevarse a casa alrededor de \$70 más cada mes si participa en el Plan de la Sección 125 de su empleador – ¡eso constituye un ahorro de \$840 al año!

No puede cambiar sus elecciones de beneficios para el año del plan a menos que la oficina de beneficios reciba una notificación por escrito dentro de los 31 días posteriores al cambio de situación. Si no se notifica a la oficina de beneficios dentro de los 31 días posteriores al cambio de situación, no se puede realizar ningún cambio de beneficios hasta la próxima inscripción abierta anual.

Los cambios de situación familiar especificados por el IRS incluyen:

- Cambio en el estado civil
- Cambio en el número de dependientes
- Terminación o comienzo del empleo
- El dependiente satisface o deja de satisfacer sus requisitos de elegibilidad
- Cambio de residencia o lugar de trabajo que afecta la elegibilidad para la cobertura

Ejemplo de cheque de pago del Plan de la Sección 125

	Sin S125	Con S125
Salario mensual	\$2,000	\$2,000
Menos deducciones médicas	-N/A	-\$250
Ingresos brutos disponibles	\$2,000	\$1,750
Menos impuestos (fed./est. a. 20%)	-\$400	-\$350
Menos FICA calculado (7.65%)	-\$153	-\$133
Menos deducciones médicas	-\$250	-N/A
Salario neto	\$1,197	\$1,267

¡Podría ahorrar \$70 mensuales en impuestos pagando sus beneficios antes de impuestos!

* Las cifras del ejemplo de cheque de pago anterior son sólo para fines ilustrativos.

Cobertura Médica

TRS-ActiveCare



Sus planes médicos se ofrecen a través de TRS. Desde opciones dentro y fuera de la red hasta cobertura integral de medicamentos recetados y programas especiales de salud y bienestar, TRS-Activecare ha sido diseñado para satisfacer de manera flexible las necesidades de casi medio millón de empleados de educación pública.

Blue Cross Blue Shield of Texas | <https://www.bcbstx.com/trsactivecare/> | 1.866.355.5999

TRS-ActiveCare Primary

- Copagos por visitas al médico y recetas genéricas antes de cumplir con el deducible
- Red estatal
- Los participantes deben seleccionar un proveedor de atención primaria que hará derivaciones a especialistas
- No hay cobertura fuera de la red
- El empleado recibirá dos (2) tarjetas de identificación (BCBS y Express Scripts)

TRS-ActiveCare HD

- Debe alcanzar el deducible antes de que el plan pague la atención no preventiva
- Beneficios dentro y fuera de la red – deducible/gasto máximo de bolsillo fuera de la red por separado Red nacional
- El deducible se aplica a gastos médicos y de farmacia
- Sin requisitos de PCP o derivaciones
- Compatible con la cuenta de ahorros para la salud (HSA)
- El empleado recibirá dos (2) tarjetas de identificación (BCBS y Express scripts)

TRS-ActiveCare Primary +

- Copagos por muchos servicios y medicamentos
- Red estatal
- Los participantes deben seleccionar un proveedor de atención primaria que hará derivaciones a especialistas
- Sin cobertura fuera de la red
- El empleado recibirá dos (2) tarjetas de identificación (BCBS y Express scripts)

TRS-ActiveCare 2 - Cerrado a nuevos participantes

- Copagos por muchos servicios y medicamentos
- Red nacional con cobertura fuera de la red
- El empleado recibirá dos (2) tarjetas de identificación (BCBS y Express scripts)

Beneficios de Medicamentos Recetados del Plan TRS-ActiveCare

Express Scripts | <https://info.express-scripts.com/trsactivecare/> | 1.844.367.6108

Cuando se inscribe en un Plan BCBSTX, recibe automáticamente la cobertura de medicamentos recetados a través de Express Scripts, que le da acceso a una gran red nacional de farmacias minoristas.

Eagle Mountain-Saginaw ISD

TRS-ActiveCare Medical Rates 2024-2025

(Effective 09/01/2024- 08/31/2025)

12 Pay 20 Pay Bi-Weekly

TRS ACTIVECARE Primary		Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
Employee Only		\$505	\$300	\$205	\$123.00	\$94.62
Employee & Child(ren)		\$859	\$300	\$559	\$335.40	\$258.00
Employee & Spouse		\$1,364	\$300	\$1,064	\$638.40	\$491.08
Employee & Family		\$1,717	\$300	\$1,417	\$850.20	\$654.00

TRS ACTIVECARE HD		Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
Employee Only		\$519	\$300	\$219	\$131.40	\$101.08
Employee & Child(ren)		\$883	\$300	\$583	\$349.80	\$269.08
Employee & Spouse		\$1,402	\$300	\$1,102	\$661.20	\$508.62
Employee & Family		\$1,765	\$300	\$1,465	\$879.00	\$676.15

ACTIVECARE Primary +		Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
Employee Only		\$592	\$300	\$292	\$175.20	\$134.77
Employee & Child(ren)		\$1,007	\$300	\$707	\$424.20	\$326.31
Employee & Spouse		\$1,540	\$300	\$1,240	\$744.00	\$572.31
Employee & Family		\$1,954	\$300	\$1,654	\$992.40	\$763.38

ACTIVECARE 2		Total Cost	Employer Contribution	Your Monthly Cost	Your Twenty Pay Cost	Your Bi-Weekly Cost
Employee Only		\$1,013	\$300	\$713	\$427.80	\$329.08
Employee & Child(ren)		\$1,507	\$300	\$1,207	\$724.20	\$557.08
Employee & Spouse		\$2,402	\$300	\$2,102	\$1,261.20	\$970.15
Employee & Family		\$2,841	\$300	\$2,541	\$1,524.60	\$1,172.77

BSW HMO product will not be offered as a plan option for the upcoming 2024-25 plan year.

Seguro Dental

Opciones de Planes



MetLife | www.metlife.com | 800-942-0852

Cuidar su salud bucal no es un lujo, es una necesidad para tener una salud óptima a largo plazo. El seguro dental puede reducir en gran medida sus costos cuando se trata de procedimientos preventivos, restaurativos y de emergencia. Revise los beneficios del plan para ver qué opción es mejor para usted y las necesidades dentales de su familia. Se pueden cubrir una variedad de procedimientos, tales como:

- Exámenes completos
- Limpiezas
- Rayos X
- Empastes
- Extracciones de dientes
- Anestesia general
- Coronas
- Endodoncias

Primas Mensuales de la Cobertura Dental

	Plan Básico	Plan Mejorado
Empleado Solo	\$28.00	\$54.04
Empleado + 1	\$51.64	\$96.55
Empleado + Familia	\$79.71	\$152.09



Conozca la cobertura dental que mantiene perfecta su sonrisa

Por qué el seguro dental es importante

Los problemas dentales pueden ser inesperados y costosos. Por ejemplo, ¿sabía que una corona puede costar hasta \$1,454?¹ Con el seguro dental de MetLife, puede reducir sus gastos de bolsillo y mantener su sonrisa con atención preventiva.

El seguro dental no solo lo ayuda a pagar la atención dental, sino que también ayuda a prevenir costosos problemas en el futuro.

Cuando su atención preventiva está cubierta, es más probable que se haga limpiezas y controles. Esto puede ayudarlo a evitar problemas antes de que se vuelvan muy costosos o complicados.

Consulte el resumen de su plan para obtener más información.

Inscríbese en el seguro odontológico durante el período de inscripción anual.

Cómo funciona:

Mientras cenaba, Kathy mordió y se rompió una corona. Una corona donde Kathy vive cuesta aproximadamente **\$1,454**¹. Como el dentista participante de Kathy aceptó cobrar **\$895** para los inscritos de MetLife que estén cubiertos, y su plan le cubre el 50 % para este tipo de procedimientos, los gastos de bolsillo de Kathy son tan solo de **\$447.50**. ¡Tiene un ahorro de **\$1,006**! Al atenderse con un dentista participante, Kathy aprovechó al máximo sus beneficios y pagó menos de un cuarto del costo habitual².

\$1,454

Tarifa habitual del dentista¹

\$895

Cargo del dentista participante de MetLife

\$447.50

Gastos de bolsillo de Kathy



¿Por qué debería inscribirme?

- Tarifas grupales competitivas
- Deducción salarial fácil
- Servicios de valor añadido sin costo adicional para usted
- Elija entre más de 490,000 consultorios de dentistas dentro de la red a nivel nacional³

Por qué el seguro dental de MetLife es el adecuado para usted.

Las visitas al dentista pueden ser costosas. Desde la atención preventiva hasta los servicios de importancia, el seguro dental es una forma inteligente de proteger su sonrisa y su bolsillo.



Amplia red de proveedores

La red odontológica de MetLife tiene acceso a más de 150,000 dentistas con licencia en más de 490,000 consultorios en todo el país³.



Flexibilidad para atenderse con cualquier dentista

Nuestros planes le brindan la flexibilidad para atenderse con proveedores dentro o fuera de la red.



Ahorros de costos

Como miembro de MetLife, aproveche los ahorros de hasta un 35 a 50 % en los precios de lista de dentistas⁵.



Sepa lo que cubre su plan...

Atención preventiva*
limpiezas y exámenes

Atención básica
radiografías y empastes

Atención de importancia
Coronas y tratamientos de conducto

** Sujeto a limitaciones de frecuencia.*

Ahorros⁶ para aprovechar.

Aunque los costos varían por muchos factores, la cobertura adecuada puede ayudarlo a administrar los gastos odontológicos de toda su familia. **Consulte el resumen de su plan para obtener más información.**

Compense las brechas en su cobertura de atención médica con el seguro dental de MetLife.

Descripción del producto	El seguro dental ofrece cobertura que lo ayuda con gastos dentales que no están cubiertos por su plan médico. Puede proteger su salud, sonrisa y presupuesto familiar.
¿Por qué es necesario?	Ayuda a pagar por limpiezas y exámenes de rutina y reduce los costos de radiografías y empastes. Además, ayuda a disminuir sus costos de bolsillo por atención dental inesperada como canales y tratamientos de conducto.
Quién tiene cobertura	Elija qué plan se adapta mejor a usted y a su familia.
Servicios cubiertos	<p>Los diferentes planes pagan diferentes porcentajes para estos servicios⁷:</p> <ul style="list-style-type: none">• Limpiezas, radiografías y exámenes• Empastes y extracciones• Puentes, coronas y prótesis <p>Consulte el Resumen de su plan para ver detalles.</p>
Valor adicional	<ul style="list-style-type: none">• Elija entre más de 150,000 dentistas con licencia en más de 490,000 consultorios en todo el país³ en línea en metlife.com.• Seleccione cualquier dentista general o especialista. Sin embargo, generalmente ahorra más dinero con un dentista participante. Él/ella accedió a aceptar las tarifas negociadas como pago total por los servicios con cobertura.• Su dentista puede solicitar una estimación previa al tratamiento de cualquier servicio que cueste más de \$300 para ayudarlo a administrar sus costos y atención⁸. Verifique sus tarifas personalizadas según su código postal por medio de nuestro estimador de costos dentales⁹.• Se aplican descuentos dentro de la red, incluso si ha alcanzado el máximo anual de su plan, lo que reduce sus gastos de bolsillo.• También puede ahorrar en atención de la vista con MetLife VisionAccess¹⁰. Este plan de descuento le ofrece ahorros oftalmológicos para toda la familia.

Descubra los beneficios del seguro dental de MetLife

¿Sabía que el seguro dental de MetLife incluye beneficios adicionales diseñados para ayudarlo a obtener aún más valor a partir de los beneficios que patrocina su empleador? Repase los beneficios agregados que se detallan a continuación, que se incluyen cuando usted se inscribe en el seguro dental de MetLife.



Las capacidades para brindar servicios digitales facilitan la atención dental

Gracias a la aplicación móvil de MetLife¹¹, su tarjeta de identificación, los detalles de su plan y la información de sus reclamos están al alcance de la mano. Para su mayor comodidad, también incluye características como las siguientes:

- La herramienta Find a Dentist (Buscar un dentista) con acceso fácil a las valoraciones de los proveedores.
- Programación de citas en línea para dentistas seleccionados.
- Prácticas notificaciones del estado de los reclamos a través de mensajes de texto.

Nuestras herramientas digitales disponibles en MyBenefits también incluyen lo siguiente:

- Acceso a un estimador de costos dentales⁹ que le permite ver estimaciones de costos personalizadas, específicas para su plan y basadas en su código postal, para los procedimientos más comunes, al igual que los deducibles, los límites máximos del plan y las restricciones de frecuencia que se aplican.
- Un asistente virtual está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para ayudarlo con las tareas más comunes, como acceder a la información sobre la cobertura, obtener presupuestos personalizados o consultar los reclamos.



Los beneficios dentales lo acompañan en su viaje

Nuestro Programa internacional de asistencia dental al viajero ofrece asistencia internacional sujeta a sus beneficios fuera de la red, lo que incluye lo siguiente:

- Asistencia en múltiples idiomas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Acceso a proveedores de atención dental (sobre la base de criterios de acreditación estrictos) en alrededor de 200 países.
- Número gratuito si llama dentro de los EE. UU., o llamada por cobro revertido si se encuentra fuera de los EE. UU.



Los descuentos de SmileDirectClub lo hacen sonreír

Los beneficios del seguro dental de MetLife ofrecen grandes descuentos en los alineadores transparentes personalizados de SmileDirectClub, independientemente de que su plan incluya una cobertura de ortodoncia. Además, todos los dentistas de SmileDirectClub forman parte de la red de proveedores del seguro dental de MetLife.



Los formularios de antecedentes médicos en varios idiomas mejoran las comunicaciones

Nuestros formularios de antecedentes médicos, que se encuentran disponibles en alrededor de 40 idiomas, se diseñaron para ayudar a los dentistas a comunicarse mejor con los pacientes que no hablan inglés.



Las opciones de teleodontología ofrecen una mayor conveniencia

El seguro dental de MetLife cuenta con opciones de teleodontología, lo que le permite conectarse desde su hogar con su dentista a través de un teléfono inteligente, tableta o computadora para reevaluaciones y exámenes orientados a sus problemas.



Una biblioteca de salud bucal le proporciona la información que necesita

La Biblioteca de Salud Bucal de MetLife, oralfitnesslibrary.com, ofrece acceso en línea ilimitado a artículos y videos sobre una amplia variedad de temas útiles relacionados con la odontología.

Preguntas frecuentes

¿Qué tipo de servicios cubre el plan?

R. Varios procedimientos dentales, entre los que se incluyen los siguientes:⁷

- Exámenes y limpiezas
- Radiografías
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Y mucho más

¿Cómo me ayuda el plan a ahorrar dinero?

R. Las primas se pagan de una forma muy conveniente a través del sistema de deducciones salariales, de modo que no tenga que preocuparse por hacer un cheque u olvidar un pago.

¿Quiénes pueden inscribirse en el plan?

R. Usted y los miembros elegibles de su familia. Por ejemplo, su cónyuge y dependientes.

¿Cómo se procesan los reclamos?

R. Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, es decir que usted prácticamente no tendrá que hacer trámites. Puede realizar un seguimiento de sus reclamos en línea e incluso recibir alertas por correo electrónico cuando se hayan procesado. Si necesita un formulario de reclamo, visite el sitio metlife.com/mybenefits o llame al 1-800-GET-MET8.

¿Cómo puedo acceder a mi cuenta?

R. Visite metlife.com/mybenefits o descargue la aplicación móvil de MetLife 11 en App Store y en Google Play. Puede encontrar un dentista, ver sus reclamos, tener acceso a su tarjeta de identificación y mucho más.

¿Necesito una tarjeta de identificación para programar una cita?

R. No, no necesita una tarjeta de identificación para programar una cita, pero deberá contar con su número del Seguro Social o identificación de empleado.*

* Georgia y New Hampshire son dos estados cuya legislación exige las tarjetas de identificación.

Su beneficio en acción

Aproveche lo fácil y simple que es usar el seguro dental:

Las primas se pagan de forma conveniente a través del sistema de deducción salarial para que no tenga que preocuparse por extender un cheque ni por fallar en un pago.



Los dentistas pueden presentar los reclamos en nombre de sus pacientes, es decir, usted prácticamente no tendrá que hacer trámites. Haga un seguimiento de sus reclamos en línea e incluso reciba alertas por correo electrónico cuando se hayan procesado. El formulario de reclamos se encuentra en metlife.com/mybenefits o llame al 1-800-GET-MET8.



La aplicación móvil de MetLife¹¹ está disponible en App Store y Google Play. Escanee el código QR para acceder a la aplicación móvil o visite metlife.com/dental. Ingrese su código postal y seleccione la red de PDP Plus.

Seguro de Visión

MetLife | www.metlife.com | 855-638-3931

El cuidado adecuado de la vista es esencial para su bienestar general. Los exámenes regulares de la vista a cualquier edad ayudarán a prevenir enfermedades oculares y mantendrán su visión fuerte en los años venideros.

Su empleador le ofrece un plan de visión para atender sus necesidades y las de su familia. Debe inscribirse en el plan de visión cada año del plan y las primas generalmente se pagan mediante deducciones de nómina. Éstas son sólo algunas de las áreas en las que ahorrará dinero con su plan:

- Exámenes de la vista
- Lentes de contacto
- Corrección de la visión
- Anteojos
- Cirugías oculares

Prima Mensual de la Cobertura de Visión

VSP Choice

Empleado Solo	\$9.88
Employee + Uno	\$16.82
Empleado + Familia	\$24.71





¿Por qué es tan importante tener un buen plan de la vista?

Porque un buen cuidado de la vista puede ayudarlo a tener un mejor cuidado del cuerpo.

Las consultas frecuentes a un profesional de atención de la vista hacen más que solo proteger su visión; pueden ayudarlo a proteger su salud en general. Por lo general, mediante un examen de rutina, los oculistas pueden detectar problemas graves de salud, como diabetes, presión arterial alta, enfermedades cardíacas, algunos tipos de cáncer y otras afecciones¹.

Es por esto que, incluso si tiene una visión perfecta, los exámenes anuales son importantes. No deje que los problemas prevenibles de la vista y la salud lo tomen por sorpresa. Los beneficios del plan Vision lo ayudan a vigilar el cuidado de la salud de la vista.

Enfóquese en una mejor visión con el plan MetLife Vision.

Las consultas oftalmológicas pueden ser muy costosas y los gastos de bolsillo pueden aumentar rápidamente.



11 millones

de estadounidenses mayores de 12 años necesitan corrección de la vista².

Cuando se trata de servicios oftalmológicos...



Por menos del costo del café que compra todas las semanas³, puede obtener cobertura para usted y su familia.

¿Por qué debería inscribirme?

- Tarifas grupales competitivas
- Conveniente deducción salarial

Este es un ejemplo de cómo puede ayudar el seguro para la vista.

Nunca me pierdo los partidos de mis hijas y siempre me ofrezco como acompañante en todos los bailes. Una noche, mientras las llevaba al baile de bienvenida, observé que no usaban sus anteojos. Me alegra que el seguro para la vista ayude a mis hijas a sentirse más seguras de sí mismas y ofrezca un enorme descuento en lentes de contacto. Hace poco, cuando me hice un examen oftalmológico, el médico halló signos tempranos de diabetes. Gracias a la cobertura para la vista, puedo ver a mis hijos jugar todos los partidos.*

* Este es un ejemplo ficticio. Vision Service Plan y MetLife no afirman que estos sean los resultados habituales que los miembros consiguen por lo general. Los costos y ahorros pueden variar según el diseño de su plan, el lugar donde vive, y si su plan requiere un deducible o un coseguro. Consulte el Resumen de su plan para ver detalles sobre su cobertura.

Ventajas del seguro de MetLife Vision con la red VSP Choice

Descripción del producto	El seguro para la vista reduce los costos de bolsillo de la atención oftalmológica, los lentes y accesorios ⁴ .
¿Por qué es necesario?	Le permite ahorrar en servicios oftalmológicos, ⁴ lo que incluye exámenes oftalmológicos, anteojos, lentes de contacto, corrección de la vista con láser ⁵ y mucho más. Este beneficio puede ayudarlo a vigilar el cuidado de su salud y evitar problemas costosos en el futuro. Las consultas regulares a su oculista hacen más que solo proteger su vista; pueden ayudarlo a proteger su salud en general ¹ .
Quién tiene cobertura	Elija qué plan se adapta mejor a usted: <ul style="list-style-type: none">• Solo empleado• Empleado y miembros de la familia elegibles
Los servicios con cobertura son:	<ul style="list-style-type: none">• Exámenes oftalmológicos• Lentes y accesorios• Corrección de la vista con láser⁵ Consulte el Resumen de su plan para ver detalles.
Valor adicional	<ul style="list-style-type: none">• Las opciones incluyen desde un especialista de atención de la vista certificado, más acceso a una gran red de oftalmólogos, optometristas y ópticos de consultorios particulares⁶• Gama de lentes y accesorios entre estilos clásicos y los últimos marcos de diseñador, para que pueda elegir los que sean adecuados para usted y su presupuesto• Sin costos de bolsillo adicionales en lentes de policarbonato (resistentes a golpes) para menores de 18 años y protección ultravioleta• Copagos fijos para revestimientos antirreflejo y a prueba de rayones, lentes progresivos⁷ y más• Ahorros en adaptación y evaluación de lentes de contacto, corrección de la vista con láser⁵ y lentes de sol sin receta

Su beneficio en acción

Aproveche la simplicidad y facilidad de uso del seguro para la vista:



Ingrese en metlife.com y busque a un especialista de la atención de la vista certificado. O bien, elija uno de una gran red de oftalmólogos, optometristas y ópticos de consultorios particulares o locales minoristas, como Costco Optical, Visionworks⁸ y más.



Cuando acude a un especialista de la vista participante, no debe presentar reclamos. Incluso no necesita una tarjeta de identificación.



Las primas se pagan en forma conveniente a través del sistema de deducción salarial. No debe preocuparse por extender un cheque ni por saltarse pagos.

Preguntas frecuentes

¿Por qué debería inscribirme?

- R. Un plan oftalmológico es una manera de cuidar la vista de los miembros elegibles de su familia por un precio competitivo.** Incluso si no usa anteojos o lentes de contacto, realizar visitas a su oculista puede ser importante para su salud general. Además, es posible que hagan más que proteger sus ojos. También protegen su salud general mediante la detección de problemas graves, como la diabetes y la presión arterial alta¹.

¿Cómo me ayuda el plan oftalmológico a ahorrar dinero?

- R. Los anteojos y los exámenes oftalmológicos de rutina pueden ser más costosos de lo que imagina.** Con MetLife, mediante copagos bajos o nulos, puede ahorrar hasta un 60 % en artículos y servicios para la vista.⁴ Las opciones de lentes como lentes de policarbonato (resistentes a golpes) para menores de 18 años y protección ultravioleta (UV) tienen cobertura completa. También puede aprovechar copagos fijos para revestimientos antirreflejo y a prueba de rayones, lentes progresivos⁷ y más.

¿Puedo elegir mi oculista?

- R. Puede atenderse con cualquier oculista autorizado.** Elija de entre una gran red de oftalmólogos, optometristas y ópticos de consultorios particulares o locales minoristas, como Costco Optical, America's Best, Cohen's Fashion Optical, Eyeglass World, For Eyes Optical, Pearle Vision**, Walmart, Sam's Club, Visionworks⁸ y más.

¿Qué tipo de marcos tienen cobertura?

- R. Elija los lentes y accesorios adecuados para usted y su presupuesto.** Su oculista puede ayudarlo a elegir entre estilos clásicos y los últimos marcos de diseñador. Puede elegir entre cientos de opciones para usted y su familia. Algunas de las mejores marcas para elegir incluyen Anne Klein, bebe, Flexon, Lacoste, Nike, Nine West, Calvin Klein⁸ y más.

¿Cuándo puedo inscribirme?

- R. Puede inscribirse durante el período de inscripción abierta.**

Cuentas de Gastos Flexibles

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com
1.866.853.3539 P.O. Box 161968 | Altamonte Springs, FL 32716

FSA de Atención Médica

[grace period option:]

Una Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica (FSA de Atención Médica) es un programa aprobado por el IRS para ayudarle a ahorrar impuestos y pagar los gastos médicos de bolsillo que no están cubiertos por su plan médico. Si su plan incluye una opción de período de gracia, tiene tiempo adicional para incurrir y reclamar fondos no utilizados en el nuevo año del plan. Tenga en cuenta que los saldos restantes después de que se agote el período de gracia se perderán según la regla de "úselo o piérdalo".

[carryover option:]

Una Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica (FSA de Atención Médica) es un programa aprobado por el IRS para ayudarle a ahorrar impuestos y reembolsarse los gastos médicos de bolsillo que no están cubiertos por su plan médico. Su empleador ha elegido la opción de transferencia de \$640 para su plan de FSA de Atención Médica. Esta opción le da la oportunidad de transferir hasta \$640 de fondos no reclamados de la FSA de Atención Médica al siguiente año del plan. Tenga en cuenta que los saldos superiores a \$640 se perderán según la regla de "úselo o piérdalo".

El monto máximo de su contribución para 2024 es de \$3,200.

Puntos Destacados de la FSA de Atención Médica

- Las contribuciones se deducen automáticamente de su cheque de pago antes de impuestos, lo que ayuda a reducir sus ingresos imposables y aumentar sus ingresos disponibles.
- Su elección completa estará disponible para usted al comienzo del año del plan.
- Sea conservador – cualquier dinero que quede en su cuenta al final del año del plan se perderá.
- Use su tarjeta de beneficios para pagar los gastos calificados por adelantado para que no tenga que gastar dinero de su bolsillo.
- Guarde todos los recibos en caso de que necesite fundamentar una reclamación a efectos fiscales.

NOTA: El IRS requiere pruebas de que todos los gastos son elegibles. Guarde todos los recibos en caso de que necesite justificar una reclamación a efectos fiscales. Su recibo debe incluir la fecha de la compra o del servicio, el monto que debía pagar después del seguro, la descripción del producto o servicio, el nombre del comerciante o proveedor y el nombre del paciente.

FSA para el Cuidado de Dependientes

Con una Cuenta de Gastos Flexibles para el Cuidado de Dependientes, usted puede apartar parte de su sueldo antes de impuestos para pagar los gastos elegibles del cuidado de dependientes, como cuidado de niños, niñeras y cuidado diurno para adultos.

Puede asignar hasta \$5,000 por año fiscal para el reembolso de los servicios de cuidado de dependientes.

Si está casado y presenta una declaración de impuestos por separado, el límite es de \$2,500.

Puntos destacados de la FSA para el Cuidado de Dependientes

- Los dependientes elegibles deben ser declarados como una exención en su declaración de impuestos.
- Los dependientes elegibles deben ser hijos menores de 13 años o un adulto dependiente incapaz de cuidarse a sí mismo.
- Los fondos están disponibles a medida que se realizan contribuciones a su cuenta.
- Guarde todos los recibos en caso de que necesite fundamentar una reclamación a efectos fiscales.
- Los saldos se perderán al final del período de "runoff" o de gracia.

Cuenta de Ahorros para la Salud

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | 1.866.853.3539
P.O. Box 161968 | Altamonte Springs, FL 32716

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es una excelente manera de ayudarle a controlar sus costos de atención médica. Funciona en conjunto con un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) calificado para combinar ahorros libres de impuestos destinados a gastos médicos calificados. Una HSA le permite ahorrar dinero para pagar deducibles más altos asociados con un HDHP de prima mensual más baja. El dinero que ahorra en primas de seguro mensuales está reservado para gastos médicos elegibles en los que incurra en el futuro. Los gastos elegibles incluyen cosas como copagos y deducibles, recetas, gastos de visión, atención dental, terapia y suministros médicos.

Puntos destacados de la Cuenta de Ahorros para la Salud

- Balances roll over from year to year and earn interest along the way.
- Portable – you keep it even after you leave employment.
- Tax advantages – invest money in mutual funds to grow your tax savings for either future healthcare costs or retirement.
- Pay for expenses with a benefits debit card that gives you immediate access to your money at the time of purchase.
- Expenses also can be reimbursed through our online portal, online bill pay directly to your provider or submitting a distribution request form.
- Receipts are not required for reimbursement but be sure to save them for tax purposes.

¿Quién puede participar en una HSA?

- Debe estar inscrito en un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) calificado.
- No puede estar inscrito en Tricare o Medicare ni estar cubierto por el plan de atención médica tradicional (no HDHP) de su cónyuge.
- No puede participar en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de propósito general o en un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos.
- Se permiten Cuentas de Gastos Flexibles de Propósito Limitado (sólo gastos dentales y de visión).
- No puede participar si su cónyuge tiene una FSA de propósito general o un HRA en su lugar de trabajo.
- No puede participar si lo reclaman como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

	2024	2025
Límites de contribución a la HSA	<ul style="list-style-type: none">• Sólo usted: \$4,150• Familia: \$8,300	<ul style="list-style-type: none">• Sólo usted: \$4,300• Familia: \$8,550
Límites del deducible del seguro médico	<ul style="list-style-type: none">• Sólo usted: \$1,600• Familia: \$3,200	<ul style="list-style-type: none">• Sólo usted: \$1,650• Familia: \$3,300

Contribuciones de \$1,000 para ponerse al día (55 años o más)

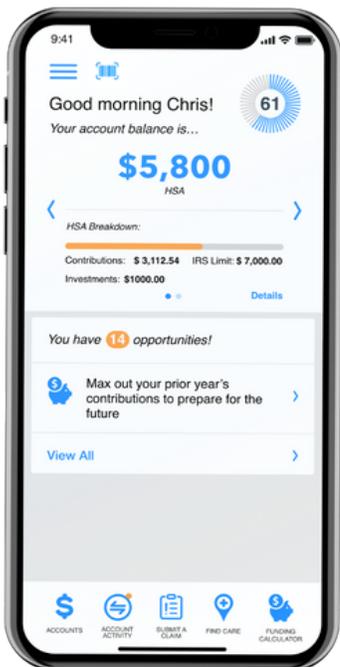
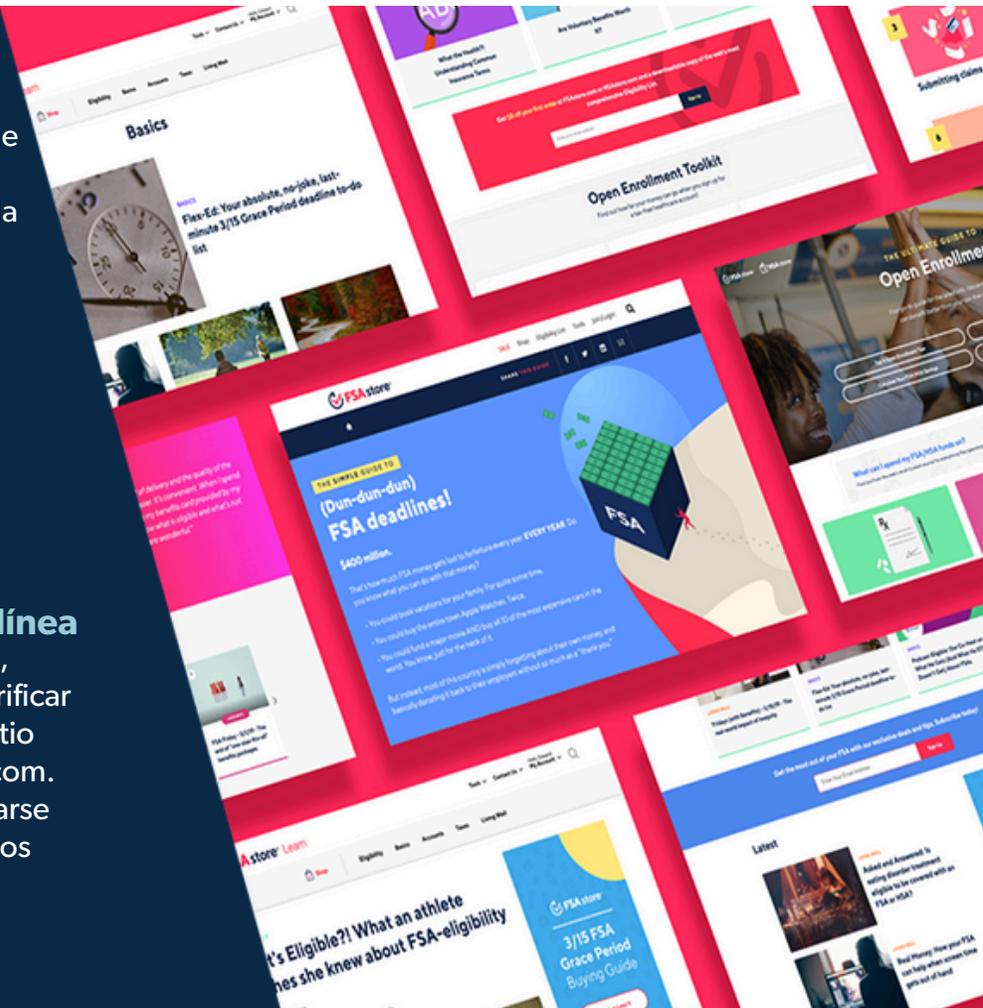
Recursos de la FSA y HSA

Tarjeta de Beneficios

La Tarjeta de Beneficios de FFGA está disponible para todos los empleados que participan en una Cuenta de Gastos Flexibles o una Cuenta de Ahorros para la Salud. La Tarjeta de Beneficios le proporciona acceso inmediato a su dinero en el punto de compra. Las tarjetas están disponibles para los empleados participantes, su cónyuge y sus dependientes elegibles que tengan al menos 18 años de edad.

Vea los detalles de su cuenta en línea

Regístrese para ver el saldo de su cuenta, encontrar formularios de impuestos y verificar el estado de reclamaciones en nuestro sitio web seguro. Inicie sesión en www.ffga.com. Después de iniciar sesión, puede registrarse para que los reembolsos sean depositados directamente en su cuenta bancaria.



Aplicación FF Mobile Account

Con la Aplicación FF Mobile Account, puede presentar reclamaciones, ver el saldo y el historial de la cuenta, verificar el estado de las reclamaciones, ver alertas, cargar recibos y documentación, ¡y más! La aplicación FF Mobile Account está disponible para dispositivos Apple® y Android™ en App Store o Google Play Store.

Tienda de la FSA/HSA

FFGA se ha asociado con la Tienda de la FSA y la Tienda de la HSA para ofrecerle tiendas en línea fáciles de usar para comprender y administrar mejor su cuenta. Puede comprar artículos médicos elegibles como vendajes y solución de lentes de contacto, buscar productos y servicios utilizando la Lista de Elegibilidad y visitar el Centro de Aprendizaje para encontrar respuestas a las preguntas más frecuentes. Visite las tiendas en <http://www.ffga.com/individuals/#stores> para obtener más detalles y ofertas especiales.



Seguro de Vida a Término y AD&D

Pagado por el Empleador y Voluntario

UNUM | www.unum.com | 866-679-3054

Seguro de Vida a Término Pagado por el Empleador

El seguro de vida protege a sus seres queridos. Paga un beneficio para que puedan pagar los gastos del funeral, pagar deudas y mantener su nivel de vida actual. Es una de las mejores formas de mostrarles que usted se preocupa por ellos. Su empleador proporciona a todos los empleados elegibles una póliza de \$10,000. Su empleador paga el 100% del costo de esta póliza. Se trata de una póliza de vida a término que está en vigor mientras esté empleado.

Seguro de Vida a Término Voluntario

El seguro de vida voluntario es una cobertura de vida a término que usted puede comprar además del plan de seguro básico de vida proporcionado por su empleador. Lo cubrirá por un período específico mientras esté empleado. Los montos de los planes se ofrecen en niveles para que pueda elegir el monto de cobertura que mejor se adapte a usted y su familia. Como se trata de un plan grupal, las primas suelen ser más bajas, así que es más económico obtener la tranquilidad que ofrece un seguro de vida. Se aplican limitaciones. Consulte la póliza para obtener más detalles. Visite el Centro de Beneficios para Empleados para obtener más detalles.





Seguro de Vida a Término Fijo

puede proporcionarle dinero a su familia si usted fallece o se le diagnostica una enfermedad terminal.

¿Cómo funciona?

Usted elige el monto de cobertura que sea adecuado para usted, y conserva la cobertura durante un plazo determinado, o "término". Si muere durante ese plazo, el dinero puede ayudar a su familia a pagar los costos básicos de vida, los gastos funerarios, los gastos escolares y más.

¿Por qué es tan valiosa esta cobertura?

Si ha comprado cobertura antes, podrá aumentarla hasta en \$200,000 sin tener que contestar un cuestionario médico ni someterse a exámenes de salud.

¿Qué más incluye?

Un beneficio "en vida"

Si se le diagnosticara una enfermedad terminal con una expectativa de vida de menos de 12 meses, usted podría solicitar el 50% de su beneficio de Seguro de Vida (hasta los \$750,000) mientras aún está con vida. Esta cantidad se deducirá del beneficio por fallecimiento. Estos pagos de beneficios pueden afectar negativamente la elegibilidad del beneficiario para Medicaid u otros beneficios o derechos gubernamentales, y pueden estar sujetos a impuestos. Los beneficiarios deben consultar a su abogado o asesor fiscal antes de utilizar los pagos de beneficios de vida.

Exención del pago de las primas

Puede que quede exento del pago de las primas si tiene una incapacidad total durante un periodo de tiempo.

Portabilidad

Puede ser posible guardar su cobertura si deja la compañía, se jubila, o cambia la cantidad de horas que trabaja.

Un empleado o dependiente no reunirá los requisitos necesarios para recibir la cobertura portátil si su expectativa de vida se ve afectada sustancialmente a causa de una lesión o enfermedad cuando termina su cobertura colectiva.

¿Quién puede adquirir la cobertura del Seguro de Vida a Término Fijo?

Si usted se encuentra laboralmente activo al menos 20 horas por semana, puede solicitar cobertura para:

Usted:	Elija de \$10,000 a \$500,000 en incrementos de \$10,000 hasta 5 veces sus ingresos. Si ha comprado cobertura antes, podrá aumentarla hasta en \$200,000, su monto de emisión garantizado, sin contestar un cuestionario médico. Si ha rechazado cobertura antes, podría tener que responder algunas preguntas de salud.
Su	Puede adquirir hasta \$100,000 de cobertura en incrementos de \$5,000. Si antes ha comprado cobertura para su cónyuge, se podrá aumentar dicha cobertura hasta en \$50,000, su monto de emisión garantizado, sin tener que responder un cuestionario médico ni someterse a exámenes de salud, si reúne los requisitos (véase la fecha de vigencia retrasada). Si antes ha rechazado cobertura para su cónyuge, es posible que sea necesario responder un cuestionario médico.
Sus hijos:	Elija \$ 1,000, \$ 2,000, \$ 4,000, \$ 5,000 o \$ 10,000 de cobertura, si reúne los requisitos (véase la fecha de vigencia pospuesta). Una sola póliza cubre a todos sus hijos hasta que cumplan los 26th años. El beneficio máximo que se paga por un niño desde su nacimiento con vida hasta los 6 meses es de \$1,000.

Seguro de Vida a Término Fijo

¿Qué cantidad de cobertura puedo adquirir?

Calcule su costo

1. Introduzca el monto de cobertura de que desee.
2. Divídalo por el monto indicado.
3. Multiplíquelo por la tarifa. Consulte la tabla (a la derecha) para encontrar la tarifa que corresponda a su edad. (Elija la edad que tendrá cuando su cobertura entre en vigencia en 01/09/2019. Para determinar la tarifa de cónyuge, elija la edad que tendrá el empleado cuando la cobertura entrará en vigencia el 01/09/2019.)
4. Introduzca su costo.

	1	2	3	4
Empleado	\$ _____,000	÷ \$10,000 = \$ _____	X \$ _____	= \$ _____
Cónyuge	\$ _____,000	÷ \$5,000 = \$ _____	X \$ _____	= \$ _____
Hijo	\$ _____,000		X \$ _____	= \$ _____
Costo total				

Tarifa Mensual de la cobertura a Término Fijo para el empleado	
Edad	Por cada \$10,000 de cobertura Costo
15-24	\$0.600
25-29	\$0.600
30-34	\$0.800
35-39	\$1.100
40-44	\$1.600
45-49	\$2.700
50-54	\$4.600
55-59	\$7.750
60-64	\$11.250
65-69	\$18.700
70-74	\$36.800
75+	\$36.800

Tarifa Mensual para el cónyuge
Por cada \$5,000 de cobertura Costo
\$0.300
\$0.300
\$0.400
\$0.550
\$0.800
\$1.350
\$2.300
\$3.875
\$5.625
\$9.350
\$18.400
\$18.400

Tarifa Mensual para hijos
\$0.20 por \$1,000
\$0.39 por \$2,000
\$0.78 por \$4,000
\$0.98 por \$5,000, o
\$1.960 por \$10,000 de cobertura

El monto real que se le facture puede variar ligeramente. Si solicita un monto de cobertura que supere el monto de emisión garantizada, tendrá que responder un cuestionario médico que puede afectar a la posibilidad de que consiga el monto más alto. Para comprar cobertura para dependientes, usted debe comprar cobertura para usted mismo. Los montos de cobertura no pueden exceder el 100% de los montos de cobertura de usted.

Seguro de Vida a Término Fijo

Exclusiones y limitaciones

Estar laboralmente activo

Los empleados que reúnan los requisitos deben estar laboralmente activos para poder solicitar cobertura. Encontrarse laboralmente activo significa que en el día en que el empleado solicita cobertura, debe encontrarse trabajando en uno de los establecimientos comerciales de su compañía o encontrarse trabajando en un establecimiento en el que represente a su compañía. Si solicita la cobertura un día que no sea uno de sus días laborables programados, se considerará laboralmente activo a partir de su último día laborable programado. No se considerarán laboralmente activos los empleados que hayan tomado licencias de ausencia o hayan sido despedidos.

Un niño dependiente minusválido y soltero que se quede minusválido antes de cumplir los 26 años de edad puede cumplir los requisitos para recibir beneficios. Consulte al administrador de su plan para conocer los requisitos en detalle.

Para recibir cobertura, los empleados deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente autorizados para trabajar en los Estados Unidos. Los cónyuges y dependientes deben vivir en los Estados Unidos para recibir cobertura.

Los empleados deben estar empleados en activo del empleador en los Estados Unidos para recibir cobertura. Los empleados deben estar asegurados en virtud del plan para cónyuges y dependientes para reunir los requisitos para recibir cobertura.

Exclusiones y limitaciones

No se pagarán los beneficios de Seguro de Vida en caso de muerte por suicidio que ocurra en los primeros 24 meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura. Lo mismo se aplica a los beneficios aumentados o adicionales.

Fecha de vigencia retrasada de la cobertura

Empleado: Se atrasará la cobertura del seguro si usted no trabaja como empleado activo a causa de una lesión, enfermedad, despido temporal de trabajo o licencia de ausencia en la fecha en que, de lo contrario, el seguro habría entrado en vigencia.

Fecha de vigencia retrasada: Si su cónyuge o hijo sufre una lesión, enfermedad o trastorno grave, o está confinado, es posible que su cobertura no entre en vigencia. El pago de la prima no garantiza cobertura. Consulte su póliza o contrato o comuníquese con el administrador de su plan para más información acerca de la provisión de fecha de vigencia pospuesta que se corresponde con su plan.

Reducción por edad

Las cantidades de cobertura del Seguro de Vida para usted y sus dependientes se reducirán al 65% del monto original cuando cumpla 70 años, y se reducirán al 50% del monto original cuando cumpla los 75 años. No se puede aumentar la cobertura después de una reducción.

Terminación de cobertura

Su cobertura y la cobertura de sus dependientes bajo la póliza terminará en una de las fechas enumeradas a continuación, la que suceda primero:

- la fecha en que se cancele la póliza o el plan
- la fecha en que deje de pertenecer a un grupo que reúna los requisitos necesarios
- la fecha en que su grupo que reúne los requisitos necesarios deje de estar cubierto
- el último día del periodo para el cual usted haya hecho alguna contribución obligatoria
- el último día en que trabaje como empleado activo (a menos que la cobertura continúe a causa de un despido de trabajo, licencia de ausencia, lesión o enfermedad) según se describe en el certificado de cobertura

Asimismo, la cobertura de cualquier dependiente terminará en una de las fechas enumeradas a continuación, la que suceda primero:

- la fecha en que termine su cobertura bajo un plan
- la fecha en que su dependiente ya no reúna los requisitos necesarios
- para cónyuges, la fecha de divorcio o anulación
- para dependientes, la fecha de su fallecimiento

Unum cubrirá una reclamación válida que surja mientras usted y sus dependientes estén cubiertos por la póliza o el plan.

Esta información no pretende ser una descripción completa de la cobertura de seguro disponible. Es posible que la póliza o sus disposiciones varíen o no estén disponibles en algunos estados. La póliza tiene exclusiones y limitaciones que pueden afectar cualquiera de los beneficios pagaderos. Para conocer los detalles completos de la cobertura y disponibilidad, consulte el formulario de póliza C.FP-1 et al, o comuníquese con su representante de Unum.

Los servicios de Recursos Legales y Financieros para la Planificación de la Vida, provistos por HealthAdvocate, están disponibles con determinadas ofertas de seguro de Unum.

Los términos y la disponibilidad del servicio están sujetos a cambios. Los proveedores de servicios no proporcionan asesoramiento jurídico; consulte a su abogado para recibir orientación. Los servicios no son válidos después de que termine la cobertura. Para conocer los detalles, comuníquese con su representante de Unum.

Unum cumple con todas las leyes estatales de unión civil de la pareja doméstica sean aplicables.

Suscrito por:

Unum Life Insurance Company of America, Portland, Maine

© 2018 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y una marca de comercialización de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.

Texas Life

Seguro de Vida Permanente



Texas Life | www.texaslife.com | 800- 283-9233

Texas Life Insurance - Seguro de Vida Permanente Transferible

La tranquilidad que ofrece el seguro de vida permanente y voluntario es incomparable. Es un compañero sólido para su plan de seguro de vida grupal. Texas Life ofrece un seguro de vida que usted puede conservar durante toda la vida. El plan es fácil de comprar, pagar y mantener gracias a la conveniencia de la deducción de nómina. La cobertura es asequible y confiable. Además, Texas Life tiene más de un siglo de experiencia en la protección de familias y la tranquilidad que sólo puede dar un seguro de vida permanente.

Puntos destacados del Seguro de Vida Permanente de Texas Life

- Usted es dueño de la póliza, incluso si cambia de trabajo o se jubila.
- La póliza permanece en vigor hasta que usted fallezca o hasta los 121 años, siempre que pague la prima necesaria a tiempo.
- Se trata de una póliza de vida permanente y universal, lo que significa que puede estar tranquilo sabiendo que sus seres queridos estarán bien atendidos cuando usted se vaya.

UN SEGURO DE VIDA QUE USTED MANTIENE

PURELIFE-PLUS

El seguro de vida puede ser una forma ideal de proporcionarle dinero a su familia cuando más lo necesita. PURELIFE-PLUS ofrece un seguro permanente con una elevada indemnización por fallecimiento y garantías prolongadas¹ que pueden brindarle tranquilidad financiera a usted y a sus seres queridos. PURELIFE-PLUS es un complemento ideal para cualquier seguro de vida temporal colectivo y adicional que su empleador pueda proporcionar y tiene las siguientes características:



ES ASEQUIBLE
USTED ES EL DUEÑO



PUEDA LLEVARLO CON USTED
CUANDO CAMBIE DE TRABAJO
O SE JUBILE



LO PAGA A TRAVÉS DE CÓMODAS
DEDUCCIONES SALARIALES



TAMBIÉN PUEDE OBTENER
COBERTURA PARA SU
CÓNYUGE, HIJOS Y NIETOS²



PUEDA OBTENER UN BENEFICIO
EN VIDA SI LE DIAGNOSTICAN
UNA ENFERMEDAD TERMINAL³



PUEDA OBTENER DINERO
EN EFECTIVO PARA CUBRIR
GASTOS BÁSICOS EN CASO DE
QUE LE DIAGNOSTIQUEN UNA
ENFERMEDAD CRÓNICA⁴

3 PREGUNTAS RÁPIDAS

Puede calificar para obtener el seguro al responder solo 3 preguntas, sin exámenes ni agujas.

DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, EL ASEGURADO POTENCIAL:

1. ¿Ha trabajado activamente en un empleo de tiempo completo en el cual llevaba a cabo tareas habituales?
2. ¿Se ha ausentado del trabajo debido a una enfermedad o un tratamiento médico durante un período de más de 5 días hábiles consecutivos?
3. ¿Ha estado discapacitado o se ha sometido a exámenes, tratamiento o atención de cualquier tipo en un hospital u hogar de ancianos, o se ha sometido a quimioterapia, terapia hormonal para el cáncer, radiación, tratamiento de diálisis o tratamiento por abuso de alcohol o drogas?



TEXASLIFE INSURANCE COMPANY
Since 1901 | 900 WASHINGTON | POST OFFICE BOX 830 | WACO, TEXAS 76703-0830

El agente o la agencia que ofrece esta cobertura no está afiliado a Texas Life, excepto para comercializar sus productos. Los pagos de reclamaciones son responsabilidad de Texas Life Insurance Company.

PureLife-plus es un seguro de vida ajustable con prima flexible hasta los 121 años de edad. Al igual que con la mayoría de los productos de seguro de vida, los contratos y cláusulas adicionales de Texas Life incluyen ciertas exclusiones, limitaciones, excepciones, reducciones de beneficios, periodos de espera y términos para mantenerlos en vigencia. Póngase en contacto con un representante de Texas Life o consulte el folleto de PureLife-plus para conocer los costos y los detalles completos. Formulario de contrato ICC18-PRFNG-NI-18 o Formulario serie PRFNG-NI-18. Texas Life está autorizada para hacer negocios en el Distrito de Columbia y en todos los estados, excepto Nueva York.

21Mo58-C-SP FFGA 2001 (exp0523) No apto para uso en CA.

- 1 Las garantías están sujetas a términos, limitaciones, exclusiones del producto y a la capacidad de pago de reclamaciones y solidez financiera de la aseguradora.
- 2 Cobertura no disponible para hijos en WA o nietos en WA o MD. En MD, los hijos deben vivir con el solicitante para ser elegibles para la cobertura.
- 3 Se aplican condiciones. Formulario serie ULABR-07 o Formulario ICC07-ULABR-07 de la cláusula adicional de indemnización adelantada del seguro por fallecimiento debido a una enfermedad terminal.
- 4 Cláusula adicional por enfermedad crónica disponible por un costo adicional para empleados únicamente. Se aplican condiciones. Formulario ICC15-ULABR-CI-15 o Formulario serie ULABR-CI-15.

PureLife-plus — Standard Risk Table Premiums — Non-Tobacco — Express Issue

Issue Age (ALB)	Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown									GUARANTEED PERIOD Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
15D-1										81
2-4										80
5-8										79
9-10										79
11-16										77
17-20		13.05	23.85	34.65	45.45	67.05	88.65	110.25	131.85	75
21-22		13.33	24.40	35.48	46.55	68.70	90.85	113.00	135.15	74
23		13.60	24.95	36.30	47.65	70.35	93.05	115.75	138.45	75
24-25		13.88	25.50	37.13	48.75	72.00	95.25	118.50	141.75	74
26		14.43	26.60	38.78	50.95	75.30	99.65	124.00	148.35	75
27-28		14.70	27.15	39.60	52.05	76.95	101.85	126.75	151.65	74
29		14.98	27.70	40.43	53.15	78.60	104.05	129.50	154.95	74
30-31		15.25	28.25	41.25	54.25	80.25	106.25	132.25	158.25	73
32		16.08	29.90	43.73	57.55	85.20	112.85	140.50	168.15	74
33		16.63	31.00	45.38	59.75	88.50	117.25	146.00	174.75	74
34		17.45	32.65	47.85	63.05	93.45	123.85	154.25	184.65	75
35		18.55	34.85	51.15	67.45	100.05	132.65	165.25	197.85	76
36		19.10	35.95	52.80	69.65	103.35	137.05	170.75	204.45	76
37		19.93	37.60	55.28	72.95	108.30	143.65	179.00	214.35	77
38		20.75	39.25	57.75	76.25	113.25	150.25	187.25	224.25	77
39		22.13	42.00	61.88	81.75	121.50	161.25	201.00	240.75	78
40	10.75	23.50	44.75	66.00	87.25	129.75	172.25	214.75	257.25	79
41	11.52	25.43	48.60	71.78	94.95	141.30	187.65	234.00	280.35	80
42	12.40	27.63	53.00	78.38	103.75	154.50	205.25	256.00	306.75	81
43	13.17	29.55	56.85	84.15	111.45	166.05	220.65	275.25	329.85	82
44	13.94	31.48	60.70	89.93	119.15	177.60	236.05	294.50	352.95	83
45	14.71	33.40	64.55	95.70	126.85	189.15	251.45	313.75	376.05	83
46	15.59	35.60	68.95	102.30	135.65	202.35	269.05	335.75	402.45	84
47	16.36	37.53	72.80	108.08	143.35	213.90	284.45	355.00	425.55	84
48	17.13	39.45	76.65	113.85	151.05	225.45	299.85	374.25	448.65	85
49	18.12	41.93	81.60	121.28	160.95	240.30	319.65	399.00	478.35	85
50	19.22	44.68	87.10	129.53	171.95					86
51	20.54	47.98	93.70	139.43	185.15					87
52	21.97	51.55	100.85	150.15	199.45					88
53	23.07	54.30	106.35	158.40	210.45					88
54	24.17	57.05	111.85	166.65	221.45					88
55	25.38	60.08	117.90	175.73	233.55					89
56	26.48	62.83	123.40	183.98	244.55					89
57	27.80	66.13	130.00	193.88	257.75					89
58	29.01	69.15	136.05	202.95	269.85					89
59	30.33	72.45	142.65	212.85	283.05					89
60	31.18	74.58	146.90	219.23	291.55					90
61	32.61	78.15	154.05	229.95	305.85					90
62	34.37	82.55	162.85	243.15	323.45					90
63	36.13	86.95	171.65	256.35	341.05					90
64	38.00	91.63	181.00	270.38	359.75					90
65	40.09	96.85	191.45	286.05	380.65					90
66	42.40									90
67	44.93									91
68	47.68									91
69	50.43									91
70	53.29									91

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

PureLife-plus — Standard Risk Table Premiums — Non-Tobacco — Express Issue

Issue Age (ALB)	Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown									GUARANTEED PERIOD Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium
	Includes Added Cost for Accidental Death Benefit (Ages 17-59)									
	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000	
15D-1				9.25					16.25	81
2-4				9.50					16.75	80
5-8				9.75					17.25	79
9-10				10.00					17.75	79
11-16				10.25					18.25	77
17-20				12.25	14.25	16.25	18.25	20.25	22.25	75
21-22				12.50	14.55	16.60	18.65	20.70	22.75	74
23				12.75	14.85	16.95	19.05	21.15	23.25	75
24-25				13.00	15.15	17.30	19.45	21.60	23.75	74
26				13.50	15.75	18.00	20.25	22.50	24.75	75
27-28				13.75	16.05	18.35	20.65	22.95	25.25	74
29				14.00	16.35	18.70	21.05	23.40	25.75	74
30-31				14.25	16.65	19.05	21.45	23.85	26.25	73
32				15.00	17.55	20.10	22.65	25.20	27.75	74
33				15.50	18.15	20.80	23.45	26.10	28.75	74
34				16.25	19.05	21.85	24.65	27.45	30.25	75
35		11.25	14.25	17.25	20.25	23.25	26.25	29.25	32.25	76
36		11.55	14.65	17.75	20.85	23.95	27.05	30.15	33.25	76
37		12.00	15.25	18.50	21.75	25.00	28.25	31.50	34.75	77
38		12.45	15.85	19.25	22.65	26.05	29.45	32.85	36.25	77
39		13.20	16.85	20.50	24.15	27.80	31.45	35.10	38.75	78
40	10.05	13.95	17.85	21.75	25.65	29.55	33.45	37.35	41.25	79
41	10.75	15.00	19.25	23.50	27.75	32.00	36.25	40.50	44.75	80
42	11.55	16.20	20.85	25.50	30.15	34.80	39.45	44.10	48.75	81
43	12.25	17.25	22.25	27.25	32.25	37.25	42.25	47.25	52.25	82
44	12.95	18.30	23.65	29.00	34.35	39.70	45.05	50.40	55.75	83
45	13.65	19.35	25.05	30.75	36.45	42.15	47.85	53.55	59.25	83
46	14.45	20.55	26.65	32.75	38.85	44.95	51.05	57.15	63.25	84
47	15.15	21.60	28.05	34.50	40.95	47.40	53.85	60.30	66.75	84
48	15.85	22.65	29.45	36.25	43.05	49.85	56.65	63.45	70.25	85
49	16.75	24.00	31.25	38.50	45.75	53.00	60.25	67.50	74.75	85
50	17.75	25.50	33.25	41.00						86
51	18.95	27.30	35.65	44.00						87
52	20.25	29.25	38.25	47.25						88
53	21.25	30.75	40.25	49.75						88
54	22.25	32.25	42.25	52.25						88
55	23.35	33.90	44.45	55.00						89
56	24.35	35.40	46.45	57.50						89
57	25.55	37.20	48.85	60.50						89
58	26.65	38.85	51.05	63.25						89
59	27.85	40.65	53.45	66.25						89
60	28.55	41.70	54.85	68.00						90
61										90
62										90
63										90
64										90
65										90
66										90
67										91
68										91
69										91
70										91

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

PureLife-plus – Standard Risk Table Premiums – Tobacco – Express Issue

Issue Age (ALB)	Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown									GUARANTEED PERIOD Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium
	Includes Added Cost for Accidental Death Benefit (Ages 17-59) and Accelerated Death Benefit for Chronic Illness (All Ages)									
	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$150,000	\$200,000	\$250,000	\$300,000	
15D-1										81
2-4										80
5-8										79
9-10										79
11-16										77
17-20		18.55	34.85	51.15	67.45	100.05	132.65	165.25	197.85	71
21-22		19.38	36.50	53.63	70.75	105.00	139.25	173.50	207.75	71
23		20.20	38.15	56.10	74.05	109.95	145.85	181.75	217.65	72
24-25		20.75	39.25	57.75	76.25	113.25	150.25	187.25	224.25	71
26		21.30	40.35	59.40	78.45	116.55	154.65	192.75	230.85	72
27-28		21.85	41.45	61.05	80.65	119.85	159.05	198.25	237.45	71
29		22.13	42.00	61.88	81.75	121.50	161.25	201.00	240.75	71
30-31		24.88	47.50	70.13	92.75	138.00	183.25	228.50	273.75	72
32		25.70	49.15	72.60	96.05	142.95	189.85	236.75	283.65	72
33		25.98	49.70	73.43	97.15	144.60	192.05	239.50	286.95	72
34		26.25	50.25	74.25	98.25	146.25	194.25	242.25	290.25	71
35		28.18	54.10	80.03	105.95	157.80	209.65	261.50	313.35	72
36		29.00	55.75	82.50	109.25	162.75	216.25	269.75	323.25	72
37		30.93	59.60	88.28	116.95	174.30	231.65	289.00	346.35	73
38		31.75	61.25	90.75	120.25	179.25	238.25	297.25	356.25	73
39		33.95	65.65	97.35	129.05	192.45	255.85	319.25	382.65	74
40	16.14	36.98	71.70	106.43	141.15	210.60	280.05	349.50	418.95	76
41	17.13	39.45	76.65	113.85	151.05	225.45	299.85	374.25	448.65	77
42	18.34	42.48	82.70	122.93	163.15	243.60	324.05	404.50	484.95	78
43	19.88	46.33	90.40	134.48	178.55	266.70	354.85	443.00	531.15	80
44	20.65	48.25	94.25	140.25	186.25	278.25	370.25	462.25	554.25	80
45	21.75	51.00	99.75	148.50	197.25	294.75	392.25	489.75	587.25	81
46	22.63	53.20	104.15	155.10	206.05	307.95	409.85	511.75	613.65	81
47	23.73	55.95	109.65	163.35	217.05	324.45	431.85	539.25	646.65	82
48	24.72	58.43	114.60	170.78	226.95	339.30	451.65	564.00	676.35	82
49	26.15	62.00	121.75	181.50	241.25	360.75	480.25	599.75	719.25	83
50	27.36	65.03	127.80	190.58	253.35					83
51	28.57	68.05	133.85	199.65	265.45					83
52	30.33	72.45	142.65	212.85	283.05					84
53	31.87	76.30	150.35	224.40	298.45					85
54	33.30	79.88	157.50	235.13	312.75					85
55	34.84	83.73	165.20	246.68	328.15					85
56	36.60	88.13	174.00	259.88	345.75					85
57	38.36	92.53	182.80	273.08	363.35					86
58	40.23	97.20	192.15	287.10	382.05					86
59	42.10	101.88	201.50	301.13	400.75					86
60	43.28	104.83	207.40	309.98	412.55					86
61	45.81	111.15	220.05	328.95	437.85					86
62	48.23	117.20	232.15	347.10	462.05					87
63	50.65	123.25	244.25	365.25	486.25					87
64	53.07	129.30	256.35	383.40	510.45					87
65	55.71	135.90	269.55	403.20	536.85					87
66	58.57									88
67	61.65									88
68	64.84									88
69	68.25									88
70	71.88									89

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

Accelerated Death Benefit for Chronic Illness Rider Form ICC15-ULABR-CI-15, ULABR-CI-15 or CA-ULABR-CI-18
 Accidental Death Benefit Form ICC 07-ULCL-ADB-07 or Form Series ULCL-ADB-07

PureLife-plus – Standard Risk Table Premiums – Tobacco – Express Issue

Issue Age (ALB)	Monthly Premiums for Life Insurance Face Amounts Shown									GUARANTEED PERIOD Age to Which Coverage is Guaranteed at Table Premium
	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000	\$40,000	\$45,000	\$50,000	
15D-1										81
2-4										80
5-8										79
9-10										79
11-16										77
17-20				17.25	20.25	23.25	26.25	29.25	32.25	71
21-22				18.00	21.15	24.30	27.45	30.60	33.75	71
23				18.75	22.05	25.35	28.65	31.95	35.25	72
24-25				19.25	22.65	26.05	29.45	32.85	36.25	71
26				19.75	23.25	26.75	30.25	33.75	37.25	72
27-28				20.25	23.85	27.45	31.05	34.65	38.25	71
29				20.50	24.15	27.80	31.45	35.10	38.75	71
30-31				23.00	27.15	31.30	35.45	39.60	43.75	72
32				23.75	28.05	32.35	36.65	40.95	45.25	72
33				24.00	28.35	32.70	37.05	41.40	45.75	72
34				24.25	28.65	33.05	37.45	41.85	46.25	71
35		16.50	21.25	26.00	30.75	35.50	40.25	45.00	49.75	72
36		16.95	21.85	26.75	31.65	36.55	41.45	46.35	51.25	72
37		18.00	23.25	28.50	33.75	39.00	44.25	49.50	54.75	73
38		18.45	23.85	29.25	34.65	40.05	45.45	50.85	56.25	73
39		19.65	25.45	31.25	37.05	42.85	48.65	54.45	60.25	74
40	14.95	21.30	27.65	34.00	40.35	46.70	53.05	59.40	65.75	76
41	15.85	22.65	29.45	36.25	43.05	49.85	56.65	63.45	70.25	77
42	16.95	24.30	31.65	39.00	46.35	53.70	61.05	68.40	75.75	78
43	18.35	26.40	34.45	42.50	50.55	58.60	66.65	74.70	82.75	80
44	19.05	27.45	35.85	44.25	52.65	61.05	69.45	77.85	86.25	80
45	20.05	28.95	37.85	46.75	55.65	64.55	73.45	82.35	91.25	81
46	20.85	30.15	39.45	48.75	58.05	67.35	76.65	85.95	95.25	81
47	21.85	31.65	41.45	51.25	61.05	70.85	80.65	90.45	100.25	82
48	22.75	33.00	43.25	53.50	63.75	74.00	84.25	94.50	104.75	82
49	24.05	34.95	45.85	56.75	67.65	78.55	89.45	100.35	111.25	83
50	25.15	36.60	48.05	59.50						83
51	26.25	38.25	50.25	62.25						83
52	27.85	40.65	53.45	66.25						84
53	29.25	42.75	56.25	69.75						85
54	30.55	44.70	58.85	73.00						85
55	31.95	46.80	61.65	76.50						85
56	33.55	49.20	64.85	80.50						85
57	35.15	51.60	68.05	84.50						86
58	36.85	54.15	71.45	88.75						86
59	38.55	56.70	74.85	93.00						86
60	39.55	58.20	76.85	95.50						86
61										86
62										87
63										87
64										87
65										87
66										88
67										88
68										88
69										88
70										89

PureLife-plus is permanent life insurance to Attained Age 121 that can never be cancelled as long as you pay the necessary premiums. After the Guaranteed Period, the premiums can be lower, the same, or higher than the Table Premium. See the brochure under "Permanent Coverage".

Seguro por Discapacidad

American Fidelity | www.americanfidelity.com | 800-654-8489

¿Por qué necesito un seguro por discapacidad?

¿Alguna vez se ha preguntado qué pasaría con sus ingresos si tuviera una lesión accidental, una enfermedad o un embarazo? Es por eso que necesita cobertura por discapacidad. Reemplaza una parte de los ingresos por el período de tiempo que no pueda trabajar por esos motivos. Usted puede elegir el monto del beneficio, que es el monto de sus ingresos por reemplazar, y el "período de espera" en el que comienza a recibir pagos.

¿Cómo decide si necesita un seguro por discapacidad? Considere estas preguntas cuando tome su decisión:

- ¿Cuánta tiempo de excedencia del empleador tiene?
- ¿Tiene ahorros?
- ¿De cuántos otros ingresos puede usted depender, como de orden de manutención de cónyuge o infantil?
- ¿Cuánto tiempo le queda antes de la jubilación?
- ¿Puede solicitar beneficios del Seguro Social por Discapacidad o Jubilación por Discapacidad?
- ¿Cuáles son sus otras fuentes de ingresos?



Eagle Mountain-Saginaw ISD

Seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo

Puntos destacados de los beneficios del plan

Elegibilidad

Todos los empleados permanentes en el grupo cubierto que trabajen 20 horas o más por semana. Sobre su elegibilidad, es posible que requiramos pruebas de buena salud y, según las respuestas que brinde en su solicitud, determinaremos si puede emitirse la cobertura. Independientemente de su salud al momento de la solicitud, si la cobertura se aprueba y emite, las reclamaciones incurridas mientras la cobertura está vigente estarán sujetas a todos los términos de la póliza, incluso toda limitación sobre problema de salud preexistente.

Los beneficios son pagaderos

Los beneficios son pagaderos hasta la edad de 65 años para una enfermedad o lesión cubierta. Después de los 65 años, el periodo de beneficio se extenderá 12 meses o hasta su edad de jubilación normal del seguro social, lo que sea mayor.

Beneficio por discapacidad - PLANES 1-6

50% de su compensación mensual, que no excederá una compensación mensual cubierta máxima de \$20,000; y el monto por el que se paga la prima. Si corresponde, el beneficio por discapacidad del asegurado se reducirá por las fuentes de ingresos deducibles.

Beneficio por discapacidad - 50% de su compensación mensual		
Plan 1	El 8vo día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.70
Plan 2	El 15to día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.52
Plan 3	El 31er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.20
Plan 4	El 61er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$0.98
Plan 5	El 91er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$0.82
Plan 6	El 151er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$0.60

Beneficio por discapacidad - PLANES 7-12

66^{2/3}% de su compensación mensual, que no excederá una compensación mensual cubierta máxima de \$15,000; y el monto por el que se paga la prima. Si corresponde, el beneficio por discapacidad del asegurado se reducirá por las fuentes de ingresos deducibles.

Beneficio por discapacidad - 66 2/3% su compensación mensual		
Plan 7	El 8vo día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$2.26
Plan 8	El 15to día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$2.02
Plan 9	El 31er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.60
Plan 10	El 61er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.30
Plan 11	El 91er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.10
Plan 12	El 151er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$0.80

Beneficio por gasto del médico

Lesión - \$150.00 por lesión

Si necesita tratamiento personal de un médico debido a una lesión, pagaremos la cantidad que se muestra arriba siempre y cuando no se haya pagado otra reclamación según la póliza. No es necesario que pierda un día completo de trabajo para recibir el beneficio por lesión.

Beneficio por internación hospitalaria

Se pagará un beneficio por internación hospitalaria cada día que esté internado como paciente en un hospital debido a una lesión o enfermedad, hasta por 60 días. El monto pagadero es 1 veces el beneficio por discapacidad que será prorrateado de forma diaria. Este beneficio no se reducirá por las fuentes de ingresos deducibles. La internación hospitalaria debe tener al menos una duración de 18 horas continuas. Este beneficio comenzará en su primer día de internación hospitalaria. **Quedará eximido del resto de su periodo de eliminación (APLICA SOLO A PLANES 1-3 Y 7-9).**

Hospital: Hospital no incluirá ninguna institución utilizada por usted como lugar para rehabilitación; un lugar para descansar o para personas mayores; un hogar de ancianos o para convalecientes; una unidad de enfermería a largo plazo o un pabellón geriátrico; ni un centro de atención extendida para la atención de pacientes convalecientes, ambulatorios o en rehabilitación.

Exención de prima

No se requieren pagos de la prima mientras usted esté recibiendo pagos según el plan después de que los pagos por discapacidad se hayan recibido por 90 días consecutivos. Requeriremos pruebas anualmente de que usted permanece discapacitado durante ese tiempo.

Beneficio de donante

Si usted está discapacitado como resultado de ser donante de órganos o tejidos, pagaremos su beneficio como cualquier otra enfermedad según los términos del plan.

Compensaciones con otras fuentes de ingresos

Las fuentes deducibles de ingresos incluyen, Otro ingreso por discapacidad grupal, Sistema de jubilación del gobierno o de otro tipo, ya sea debido a discapacidad, jubilación normal o elección voluntaria de beneficios de jubilación; Ley de Seguridad Social de Estados Unidos u otro plan o ley similar, incluido todo monto que se deba a su(s) dependiente(s) por causa de su discapacidad, Discapacidad del estado, Compensación por desempleo, Licencia por enfermedad u otros planes de continuidad de salario o sueldo provistos por el Empleador que se extiendan más de 365 días calendario a partir de la fecha de discapacidad. No reservamos el derecho de estimar estas fuentes de ingresos deducibles que usted podría recibir según se define en su certificado.

Beneficio mínimo por discapacidad

El beneficio por discapacidad mínimo es de 10% de su beneficio por discapacidad mensual o \$100.00, lo que sea superior.

Si usted está discapacitado debido a una discapacidad cubierta y sin estar trabajando

Durante los primeros 12 meses que esté discapacitado debido a una discapacidad cubierta y no esté trabajando, pagaremos el beneficio por discapacidad descrito en el programa. Después de 12 meses, su pago por discapacidad será el beneficio por discapacidad menos toda fuente deducible de ingresos que usted reciba o que tenga derecho a recibir. No se brindará pago por discapacidad por ningún periodo en el que usted no esté bajo la atención periódica y adecuada de un médico.

Discapacidad o discapacitado por los primeros 24 meses de discapacidad significa que usted no puede cumplir con los deberes materiales y sustanciales de su ocupación regular. Después de eso, discapacidad significa que usted no puede cumplir con los deberes materiales y sustancias de cualquier ocupación por la que obtenga un sueldo o ganancia para la que usted está razonablemente calificado por capacitación, educación o experiencia.

Incentivos para regresar al trabajo: Discapacitado y trabajando

Si usted está discapacitado y trabajando, es posible que sea elegible para continuar recibiendo un porcentaje de su pago por discapacidad además de sus ganancias mientras esté discapacitado. Si sus ganancias mientras está discapacitado exceden el 80 % de su remuneración mensual, los pagos se detendrán y su reclamación finalizará.

• Beneficio por cuidado de familia

Si usted está discapacitado y trabajando y tiene uno o más familiares elegibles, es posible que sea elegible para beneficio por cuidado de familia. Este beneficio es por gastos incurridos hasta el 25 % de su beneficio mensual por discapacidad. Sus ganancias mientras esté discapacitado, beneficio por discapacidad bruto, y beneficio por cuidado de familia no pueden exceder el 100 % de su remuneración mensual. El pago de este beneficio finaliza cuando usted deja de ser elegible para beneficios según la disposición de Discapacitado y trabajando de la póliza.

• Adaptación del lugar de trabajo

Como parte de nuestro proceso de evaluación de reclamaciones, si es posible hacer modificaciones en el lugar de trabajo para ayudar a su regreso al trabajo, evaluaremos su reclamación para tomar las medidas adecuadas.

Beneficio limitado por enfermedad mental

Si usted está discapacitado debido a una enfermedad mental, se brindarán beneficios hasta por 2 años, sin exceder el periodo de discapacidad máximo.

Beneficio limitado por adicción a drogas y alcohol

Si usted está discapacitado debido a alcoholismo o drogadicción, se pagará un beneficio limitado hasta por 15 días por cada discapacidad. Los beneficios no se pagarán más allá del periodo máximo de beneficio. Si la drogadicción es consecuencia de atención médica, o se produce mientras está bajo atención médica periódica y adecuada en el curso de un tratamiento por una lesión o enfermedad, se cubrirá como si fuera cualquier otra enfermedad.

Beneficio limitado por problemas de salud especiales

Si usted está discapacitado debido a condiciones especiales y bajo la atención periódica y adecuada de un médico, los beneficios se brindarán hasta por 2 años. Problemas de salud especiales significa: síndrome de fatiga crónica; fibromialgia; toda enfermedad, trastorno, accidente o lesión del cuello o espalda que no cause hemiplejía, paraplejía o tetraplejía; enfermedad por alergia ambiental que incluye, sin carácter limitativo, síndrome de edificio enfermo y sensibilidad a múltiples sustancias químicas; y síntomas autodeclarados. Los síntomas autodeclarados son síntomas que el asegurado le cuenta al médico y que no son verificables con pruebas, procedimientos o exámenes clínicos. Algunos ejemplos incluyen: jaquecas, dolor, fatiga, rigidez muscular, sensibilidad, zumbido en los oídos, mareos, entumecimiento o pérdida de energía.

Limitación por un problema de salud preexistente

Si la discapacidad es causada por un problema de salud preexistente o es el resultado de este y comienza antes de que usted haya contado con cobertura continua según la póliza durante 12 meses, no será pagadero ningún beneficio por discapacidad.

Problema de salud preexistente es una enfermedad, lesión, padecimiento, afección física o enfermedad mental para la cual usted recibió un tratamiento; por la cual incurrió en gastos; tomó medicamentos; recibió atención o servicios incluyendo pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o recibió un diagnóstico o consejos de un médico durante el periodo de 3 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. El término problema de salud preexistente también incluirá los problemas relacionados con dicha enfermedad, lesión, padecimiento, afección física o enfermedad mental.

Exclusiones

La póliza no cubre ninguna pérdida, fatal o no fatal, que sea el resultado de:

- Lesión autoinfligida intencional, ya sea en estado de lucidez o demencia.
- Un acto de guerra, declarada o no declarada.
- Lesión sufrida o una enfermedad contraída al estar en el servicio de cualquiera de las fuerzas armadas de cualquier país.
- Cometer un delito grave.
- Encarcelamiento penal. No pagaremos beneficios por discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier periodo en el que usted esté encarcelado en un penal o institución correccional por 30 días consecutivos o más.
- Lesión o enfermedad que surja y se produzca durante una ocupación asalariada o que genere ganancias o por la cual usted tiene derecho a remuneración de los trabajadores.

El término «derecho a compensación de los trabajadores» también incluirá los acuerdos por reclamaciones relacionadas con la compensación de los trabajadores que ocurran mediante acuerdo y liberación de responsabilidades. Además, no se pagará ningún beneficio según la póliza por ningún periodo en el que usted tenga derecho a beneficios de la remuneración de los trabajadores.

Su cobertura podrá continuarse hasta por 1 año durante una licencia aprobada por escrito por su empleador. La cobertura continuará siempre y cuando la póliza grupal siga en vigencia, las primas estén pagas y usted siga siendo elegible para la cobertura según la póliza. Su cobertura terminará cuando usted ya no califique como asegurado, se jubile, no esté en trabajo activo, o su empleo termine. Su cobertura puede cancelarse o las primas podrán aumentar en cualquier fecha de vencimiento de la prima con una notificación con 31 días de antelación.

Cláusulas opcionales

Consulte con su Representante de cuenta sobre las cláusulas disponibles, incluida la Cláusula de beneficio para sobreviviente, la Cláusula de fondos para COBRA, la Cláusula de indemnización hospitalaria, la Cláusula de enfermedad crítica y la Cláusula para cónyuge solo por accidente.



Vea e imprima nuestras pólizas y presente una reclamación en americanfidelity.com

El Centro de servicios en línea de American Fidelity ofrece acceso conveniente y seguro, todos los días, las 24 horas, para gestionar su cuenta o presentar una reclamación.

Comercializado por:

Protegido y administrado por:

AMERICAN FIDELITY
a different opinion

800-654-8489 • americanfidelity.com

**First
Financial
Group
of America**
First in Service and Expertise

Seguro contra Cáncer

Opciones de Planes



American Fidelity | www.americanfidelity.com | 800-654-8489

A miles de estadounidenses se les diagnostica cáncer todos los días. Sin duda, la noticia es devastadora, tanto personal como económicamente. Es imposible anticipar un diagnóstico de cáncer, pero es posible prepararse para ello con un plan de seguro contra el cáncer.

Es probable que su cobertura médica principal no cubra todos los costos asociados con un diagnóstico de cáncer. Complementar su seguro médico principal con un seguro contra el cáncer puede ayudarle a pagar los gastos relacionados, como copagos y deducibles, especialistas, tratamiento experimental, hospitales especializados, gastos de viaje, atención domiciliaria y más.

Las primas se pagan mediante una conveniente deducción de la nómina para garantizar que su póliza permanezca en vigor si la necesita. Los beneficios se le pagan directamente a usted, por lo que puede elegir cómo gastar el dinero. Visite el Centro de Beneficios para Empleados y consulte la póliza para obtener más detalles.

Eagle Mountain-Saginaw ISD

Seguro de ingresos por discapacidad a largo plazo

Puntos destacados de los beneficios del plan

Elegibilidad

Todos los empleados permanentes en el grupo cubierto que trabajen 20 horas o más por semana. Sobre su elegibilidad, es posible que requiramos pruebas de buena salud y, según las respuestas que brinde en su solicitud, determinaremos si puede emitirse la cobertura. Independientemente de su salud al momento de la solicitud, si la cobertura se aprueba y emite, las reclamaciones incurridas mientras la cobertura está vigente estarán sujetas a todos los términos de la póliza, incluso toda limitación sobre problema de salud preexistente.

Los beneficios son pagaderos

Los beneficios son pagaderos hasta la edad de 65 años para una enfermedad o lesión cubierta. Después de los 65 años, el periodo de beneficio se extenderá 12 meses o hasta su edad de jubilación normal del seguro social, lo que sea mayor.

Beneficio por discapacidad - PLANES 1-6

50% de su compensación mensual, que no excederá una compensación mensual cubierta máxima de \$20,000; y el monto por el que se paga la prima. Si corresponde, el beneficio por discapacidad del asegurado se reducirá por las fuentes de ingresos deducibles.

Beneficio por discapacidad - 50% de su compensación mensual		
Plan 1	El 8vo día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.70
Plan 2	El 15to día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.52
Plan 3	El 31er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.20
Plan 4	El 61er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$0.98
Plan 5	El 91er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$0.82
Plan 6	El 151er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$0.60

Beneficio por discapacidad - PLANES 7-12

66^{2/3}% de su compensación mensual, que no excederá una compensación mensual cubierta máxima de \$15,000; y el monto por el que se paga la prima. Si corresponde, el beneficio por discapacidad del asegurado se reducirá por las fuentes de ingresos deducibles.

Beneficio por discapacidad - 66 2/3% su compensación mensual		
Plan 7	El 8vo día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$2.26
Plan 8	El 15to día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$2.02
Plan 9	El 31er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.60
Plan 10	El 61er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.30
Plan 11	El 91er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$1.10
Plan 12	El 151er día de discapacidad debido a una lesión o enfermedad cubierta.	*\$0.80

Beneficio por gasto del médico

Lesión - \$150.00 por lesión

Si necesita tratamiento personal de un médico debido a una lesión, pagaremos la cantidad que se muestra arriba siempre y cuando no se haya pagado otra reclamación según la póliza. No es necesario que pierda un día completo de trabajo para recibir el beneficio por lesión.

Beneficio por internación hospitalaria

Se pagará un beneficio por internación hospitalaria cada día que esté internado como paciente en un hospital debido a una lesión o enfermedad, hasta por 60 días. El monto pagadero es 1 veces el beneficio por discapacidad que será prorrateado de forma diaria. Este beneficio no se reducirá por las fuentes de ingresos deducibles. La internación hospitalaria debe tener al menos una duración de 18 horas continuas. Este beneficio comenzará en su primer día de internación hospitalaria. **Quedará eximido del resto de su periodo de eliminación (APLICA SOLO A PLANES 1-3 Y 7-9).**

Hospital: Hospital no incluirá ninguna institución utilizada por usted como lugar para rehabilitación; un lugar para descansar o para personas mayores; un hogar de ancianos o para convalecientes; una unidad de enfermería a largo plazo o un pabellón geriátrico; ni un centro de atención extendida para la atención de pacientes convalecientes, ambulatorios o en rehabilitación.

Exención de prima

No se requieren pagos de la prima mientras usted esté recibiendo pagos según el plan después de que los pagos por discapacidad se hayan recibido por 90 días consecutivos. Requeriremos pruebas anualmente de que usted permanece discapacitado durante ese tiempo.

Beneficio de donante

Si usted está discapacitado como resultado de ser donante de órganos o tejidos, pagaremos su beneficio como cualquier otra enfermedad según los términos del plan.

Compensaciones con otras fuentes de ingresos

Las fuentes deducibles de ingresos incluyen, Otro ingreso por discapacidad grupal, Sistema de jubilación del gobierno o de otro tipo, ya sea debido a discapacidad, jubilación normal o elección voluntaria de beneficios de jubilación; Ley de Seguridad Social de Estados Unidos u otro plan o ley similar, incluido todo monto que se deba a su(s) dependiente(s) por causa de su discapacidad, Discapacidad del estado, Compensación por desempleo, Licencia por enfermedad u otros planes de continuidad de salario o sueldo provistos por el Empleador que se extiendan más de 365 días calendario a partir de la fecha de discapacidad. No reservamos el derecho de estimar estas fuentes de ingresos deducibles que usted podría recibir según se define en su certificado.

Beneficio mínimo por discapacidad

El beneficio por discapacidad mínimo es de 10% de su beneficio por discapacidad mensual o \$100.00, lo que sea superior.

Si usted está discapacitado debido a una discapacidad cubierta y sin estar trabajando

Durante los primeros 12 meses que esté discapacitado debido a una discapacidad cubierta y no esté trabajando, pagaremos el beneficio por discapacidad descrito en el programa. Después de 12 meses, su pago por discapacidad será el beneficio por discapacidad menos toda fuente deducible de ingresos que usted reciba o que tenga derecho a recibir. No se brindará pago por discapacidad por ningún periodo en el que usted no esté bajo la atención periódica y adecuada de un médico.

Discapacidad o discapacitado por los primeros 24 meses de discapacidad significa que usted no puede cumplir con los deberes materiales y sustanciales de su ocupación regular. Después de eso, discapacidad significa que usted no puede cumplir con los deberes materiales y sustancias de cualquier ocupación por la que obtenga un sueldo o ganancia para la que usted está razonablemente calificado por capacitación, educación o experiencia.

Incentivos para regresar al trabajo: Discapacitado y trabajando

Si usted está discapacitado y trabajando, es posible que sea elegible para continuar recibiendo un porcentaje de su pago por discapacidad además de sus ganancias mientras esté discapacitado. Si sus ganancias mientras está discapacitado exceden el 80 % de su remuneración mensual, los pagos se detendrán y su reclamación finalizará.

Beneficio por cuidado de familia

Si usted está discapacitado y trabajando y tiene uno o más familiares elegibles, es posible que sea elegible para beneficio por cuidado de familia. Este beneficio es por gastos incurridos hasta el 25 % de su beneficio mensual por discapacidad. Sus ganancias mientras esté discapacitado, beneficio por discapacidad bruto, y beneficio por cuidado de familia no pueden exceder el 100 % de su remuneración mensual. El pago de este beneficio finaliza cuando usted deja de ser elegible para beneficios según la disposición de Discapacitado y trabajando de la póliza.

Adaptación del lugar de trabajo

Como parte de nuestro proceso de evaluación de reclamaciones, si es posible hacer modificaciones en el lugar de trabajo para ayudar a su regreso al trabajo, evaluaremos su reclamación para tomar las medidas adecuadas.

Beneficio limitado por enfermedad mental

Si usted está discapacitado debido a una enfermedad mental, se brindarán beneficios hasta por 2 años, sin exceder el periodo de discapacidad máximo.

Beneficio limitado por adicción a drogas y alcohol

Si usted está discapacitado debido a alcoholismo o drogadicción, se pagará un beneficio limitado hasta por 15 días por cada discapacidad. Los beneficios no se pagarán más allá del periodo máximo de beneficio. Si la drogadicción es consecuencia de atención médica, o se produce mientras está bajo atención médica periódica y adecuada en el curso de un tratamiento por una lesión o enfermedad, se cubrirá como si fuera cualquier otra enfermedad.

Beneficio limitado por problemas de salud especiales

Si usted está discapacitado debido a condiciones especiales y bajo la atención periódica y adecuada de un médico, los beneficios se brindarán hasta por 2 años. Problemas de salud especiales significa: síndrome de fatiga crónica; fibromialgia; toda enfermedad, trastorno, accidente o lesión del cuello o espalda que no cause hemiplejía, paraplejía o tetraplejía; enfermedad por alergia ambiental que incluye, sin carácter limitativo, síndrome de edificio enfermo y sensibilidad a múltiples sustancias químicas; y síntomas autodeclarados. Los síntomas autodeclarados son síntomas que el asegurado le cuenta al médico y que no son verificables con pruebas, procedimientos o exámenes clínicos. Algunos ejemplos incluyen: jaquecas, dolor, fatiga, rigidez muscular, sensibilidad, zumbido en los oídos, mareos, entumecimiento o pérdida de energía.

Limitación por un problema de salud preexistente

Si la discapacidad es causada por un problema de salud preexistente o es el resultado de este y comienza antes de que usted haya contado con cobertura continua según la póliza durante 12 meses, no será pagadero ningún beneficio por discapacidad.

Problema de salud preexistente es una enfermedad, lesión, padecimiento, afección física o enfermedad mental para la cual usted recibió un tratamiento; por la cual incurrió en gastos; tomó medicamentos; recibió atención o servicios incluyendo pruebas de diagnóstico o medidas relacionadas; o recibió un diagnóstico o consejos de un médico durante el periodo de 3 meses inmediatamente anterior a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. El término problema de salud preexistente también incluirá los problemas relacionados con dicha enfermedad, lesión, padecimiento, afección física o enfermedad mental.

Exclusiones

La póliza no cubre ninguna pérdida, fatal o no fatal, que sea el resultado de:

- Lesión autoinfligida intencional, ya sea en estado de lucidez o demencia.
- Un acto de guerra, declarada o no declarada.
- Lesión sufrida o una enfermedad contraída al estar en el servicio de cualquiera de las fuerzas armadas de cualquier país.
- Cometer un delito grave.
- Encarcelamiento penal. No pagaremos beneficios por discapacidad o cualquier otra pérdida durante cualquier periodo en el que usted esté encarcelado en un penal o institución correccional por 30 días consecutivos o más.
- Lesión o enfermedad que surja y se produzca durante una ocupación asalariada o que genere ganancias o por la cual usted tiene derecho a remuneración de los trabajadores.

El término «derecho a compensación de los trabajadores» también incluirá los acuerdos por reclamaciones relacionadas con la compensación de los trabajadores que ocurran mediante acuerdo y liberación de responsabilidades. Además, no se pagará ningún beneficio según la póliza por ningún periodo en el que usted tenga derecho a beneficios de la remuneración de los trabajadores.

Su cobertura podrá continuarse hasta por 1 año durante una licencia aprobada por escrito por su empleador. La cobertura continuará siempre y cuando la póliza grupal siga en vigencia, las primas estén pagas y usted siga siendo elegible para la cobertura según la póliza. Su cobertura terminará cuando usted ya no califique como asegurado, se jubile, no esté en trabajo activo, o su empleo termine. Su cobertura puede cancelarse o las primas podrán aumentar en cualquier fecha de vencimiento de la prima con una notificación con 31 días de antelación.

Cláusulas opcionales

Consulte con su Representante de cuenta sobre las cláusulas disponibles, incluida la Cláusula de beneficio para sobreviviente, la Cláusula de fondos para COBRA, la Cláusula de indemnización hospitalaria, la Cláusula de enfermedad crítica y la Cláusula para cónyuge solo por accidente.



**Vea e imprima nuestras pólizas
y presente una reclamación en
americanfidelity.com**

El Centro de servicios en línea de American Fidelity ofrece acceso conveniente y seguro, todos los días, las 24 horas, para gestionar su cuenta o presentar una reclamación.

Comercializado por:

Protegido y administrado por:
AMERICAN FIDELITY
a different opinion

800-654-8489 • americanfidelity.com

**First
Financial
Group
of America**
First in Service and Expertise

Seguro contra Enfermedades Graves

Aetna | www.myaetnasupplemental.com | 800-872-3862

Prepárese para lo inesperado

Si ha oído hablar de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, trasplantes de órganos o parálisis, entonces está familiarizado con las enfermedades graves. Es probable que usted o alguien que conozca haya experimentado uno de estos eventos que le cambiaron la vida. Muchas veces, una enfermedad grave tiene un impacto poderoso en la vida de las personas, afectando su sustento y sus finanzas.

Un plan de enfermedades graves puede ayudar con los costos de tratamiento de enfermedades cubiertas. Los beneficios se le pagan directamente a usted, a menos que se haya asignado de otra forma, lo que le da la opción de decidir cómo gastar el dinero. Además, hay planes disponibles para brindarle cobertura a usted, su cónyuge y sus hijos dependientes.

Prepárese ahora para lo inesperado con un plan de seguro contra enfermedades graves. El plan le ayuda a concentrarse en recuperarse en lugar de preocuparse por las finanzas. Visite el Centro de Beneficios para Empleados y consulte la póliza para obtener más detalles.





Estamos a su lado

Plan de seguro por enfermedades graves de Aetna

Esté preparado para lo que viene después

La cobertura de enfermedades graves puede mantenerlo enfocado en su salud cuando más importa. Esta cobertura adicional puede ayudar a aliviar algunas preocupaciones financieras durante una etapa difícil de su vida.

¿Qué es el plan de seguro por enfermedades graves?

Con el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna, se pagan beneficios cuando un médico le diagnostica una enfermedad o afección grave que esté cubierta, como un ataque cardíaco, un derrame cerebral, cáncer, entre otras.* Puede usar los beneficios para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o sus gastos personales.

¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Con los planes médicos, se ayuda a pagarles a los proveedores los servicios y tratamientos. Sin embargo, no se cubren los costos inesperados que podría haber en caso de una enfermedad grave.

Con el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna, se le pagan beneficios directamente a **usted**, brindándole dinero adicional cuando más lo necesita. Puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

¿Cómo puede usar los beneficios de dinero en efectivo?

Es su decisión. Usted puede usar el dinero de la forma que quiera, por ejemplo, para lo siguiente:

- deducibles o copagos;
- hipoteca o alquiler;
- alimentos o facturas de servicios.

O puede usarlo para cualquier otra cosa que usted elija.

Fácil de usar

Con las herramientas en línea, gestionar su plan es fácil. Presente un reclamo en 90 segundos, o menos, si le han diagnosticado una enfermedad y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.

* Consulte los documentos del plan para conocer todas las enfermedades cubiertas conforme al plan.

El plan de seguro por enfermedades graves de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

[Aetna.com](https://www.aetna.com)

57.03.508.2 (02/21)



¿Lo sabía?

Más de **1 de cada 3** estadounidenses tienen alguna enfermedad cardíaca, por lo que es la enfermedad más costosa de Estados Unidos, con costos que alcanzan una cifra combinada de \$555 mil millones.¹



Menos de qué preocuparse

Dan* sabe que hay antecedentes de enfermedad cardíaca en su familia. Cuando sufrió un ataque cardíaco, agradeció tener el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna.

Envió su reclamo en línea de forma sencilla, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Pudo usar el dinero para pagar los costos de desembolso por servicios médicos y otros gastos, como la cuota de la guardería de sus hijos.

A Simplified Claims Experience™

Regístrese en la **aplicación My Aetna Supplemental** o en el portal para miembros, **Myaetnasupplemental.com**. Podrá ver los documentos del plan, enviar reclamos y hacerles un seguimiento, y registrarse para el servicio de depósito directo.

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en "Report New Claim" (Registrar nuevo reclamo), responda algunas preguntas breves y suba el archivo o una fotografía de su factura médica. También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans.



¹WebMD. Top 11 Medical Expenses (Los 11 gastos médicos principales). Noviembre de 2021 Disponible en: <https://www.webmd.com/healthy-aging/ss/slideshow-top-11-medical-expenses>. Consultado el 3 de junio de 2022.

*Este es un ejemplo ficticio de cómo podría funcionar el plan.

ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

Se ofrecen beneficios limitados a través de este plan. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. Mediante el pago de estos beneficios no se pretende cubrir el costo total del cuidado médico. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que usted tenga. Este material solo tiene fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos. La cobertura está sujeta a las leyes y reglamentaciones vigentes, incluidas las sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características, las tarifas, los requisitos que se deben cumplir y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, visite **Aetna.com**.

Las formas de póliza emitidas en Oklahoma incluyen la siguiente: GR-96843, AL HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01.

Las formas de póliza emitidas en Misuri incluyen la siguiente: GR-96844 01, AL HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01.



RESUMEN DE BENEFICIOS

Eagle Mountain Saginaw Independent School District
802765

Plan básico de Enfermedad crítica de Aetna

ESTO NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si usted reúne los requisitos para Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare gratuita disponible de la empresa o en www.medicare.gov.

Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company.

Los beneficios en la siguiente tabla se pagarán cuando se le diagnostique una enfermedad crítica cubierta. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y las limitaciones detallados aquí son por persona cubierta.

Valor nominal

Beneficio cubierto	Monto
Valor nominal del empleado	\$5,000
	\$10,000
	\$15,000
	\$20,000
	\$25,000
	\$30,000
	\$35,000
	\$40,000
	\$45,000
	\$50,000
Valor nominal del cónyuge	50% del valor nominal del empleado
Beneficio cubierto del cónyuge	50% del beneficio cubierto del empleado
Valor nominal de hijo(s)	50% del valor nominal del empleado
Beneficio cubierto de hijo(s)	50% del beneficio cubierto del empleado

Beneficios por enfermedades graves: autoinmunitarias

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal). No incluye la insuficiencia suprarrenal causada por un tratamiento prolongado con corticoesteroides.	25%
Lupus	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica lupus.	25%
Esclerosis múltiple (MS)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis múltiple.	25%
Miastenia grave	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica miastenia grave.	25%
Distrofia muscular	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica distrofia muscular.	25%

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades infantiles

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Parálisis cerebral Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica parálisis cerebral. El diagnóstico debe hacerse antes de que el niño asegurado cumpla los 6 años de edad. Otras afecciones similares que pueden superarse con la edad, no están incluidas en esta definición.	100%
Labio leporino o paladar hendido Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica labio leporino o paladar hendido.	100%
Defecto cardíaco congénito Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica un defecto cardíaco congénito. "Defecto cardíaco congénito" significa un problema en la estructura del corazón. Incluye un defecto en las paredes de este órgano, sus válvulas o los vasos sanguíneos de gran tamaño que llevan sangre hacia y desde el corazón.	100%
Fibrosis quística Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica fibrosis quística. El diagnóstico debe confirmarse con concentraciones de cloruro en sudor mayores a 60 mmol/L..	100%
Síndrome de Down Paga un beneficio cuando le diagnostican síndrome de Down en un primer momento después del nacimiento y según el estudio médico del cromosoma 21 que revela trisomía 21, translocación o mosaicismo.	100%
Anemia de células falciformes Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica anemia de células falciformes.	100%
Espina bífida Paga un beneficio cuando un médico especialista le diagnostica espina bífida que debe estar asociada a síntomas neurológicos, incluido el deterioro motor. La espina bífida no incluye espina bífida oculta.	100%

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades crónicas

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Diabetes	
Tipo I	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica diabetes de tipo I. Esta enfermedad se debe a que el páncreas produce poca o nada de insulina.	100%
<i>Máximo de por vida</i>	1
Colangitis esclerosante primaria (PSC)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica colangitis esclerosante primaria (PSC), también conocida como "enfermedad de Walter Payton".	25%
Esclerosis sistémica (esclerodermia)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis sistémica (esclerodermia).	25%

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades infecciosas

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Cólera	25%
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica cólera.	
Coronavirus	100%
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica coronavirus. Los coronavirus (CoV) son una gran familia de virus que causan enfermedades en personas. Estos incluyen los siguientes:	
<ul style="list-style-type: none">• El CoV o SARS-CoV-1 es el coronavirus que causa el síndrome respiratorio agudo grave (SARS).• El SARS-CoV-2 es el coronavirus que causa la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19).• El MERS-CoV es el coronavirus que causa el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS).	
El síndrome inflamatorio multisistémico infantil (MIS-C) y el síndrome inflamatorio multisistémico en adultos (MIS-A) están asociados con la cepa de coronavirus que provoca la COVID-19.	
Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.	
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	25%
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD). La CJD consiste en un trastorno cerebral degenerativo causado por una proteína infecciosa anormal del cerebro llamada "prion".	
Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.	
Difteria	25%
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica difteria.	

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
<p>Ébola</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica ébola. El Ébola es un virus que causa hemorragia fuerte e insuficiencia orgánica, y puede provocar la muerte. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.</p>	25%
<p>Encefalitis</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica encefalitis. No incluye la encefalitis resultante de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) u otras infecciones secundarias resultantes de la infección por VIH.</p>	25%
<p>Hepatitis ocupacional</p> <p>Paga un beneficio cuando se le diagnostica hepatitis ocupacional B, C o D como resultado de la exposición accidental a fluidos corporales contaminados.</p>	100%
<p>Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se entiende por VIH la presencia de VIH o anticuerpos contra el VIH. Las causas incluyen un pinchazo accidental con una aguja o una herida punzocortante, o la exposición de las membranas mucosas a sangre o a secreciones corporales con sangre.</p>	100%
<p>Enfermedad del legionario</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad del legionario.</p>	25%
<p>Enfermedad de Lyme</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Lyme. La enfermedad de Lyme se debe a una infección por la bacteria <i>Borrelia burgdorferi</i>.</p>	25%
<p>Malaria</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica malaria.</p>	25%
<p>Meningitis amebiana, bacteriana, fúngica, parasitaria y vírica</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica meningitis bacteriana.</p>	25%
<p><i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM)</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM). Se entiende por SARM un tipo de bacteria resistente a los antibióticos.</p>	25%
<p>Fascitis necrotizante</p> <p>Paga un beneficio cuando le diagnostican fascitis necrosante, comúnmente conocida como enfermedad carnívora o síndrome de bacterias que comen carne, y requiere un procedimiento quirúrgico realizado por un médico.</p>	25%
<p>Osteomielitis</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica osteomielitis.</p>	25%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
<p>Neumonía</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica neumonía. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.</p>	25%
<p>Poliomielitis</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica poliomielitis causada por poliovirus de tipo 1, 2 o 3. Se caracteriza por fiebre, parálisis y atrofia de los músculos esqueléticos.</p>	25%
<p>Rabia</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica rabia.</p>	25%
<p>Fiebre maculosa de las Montañas Rocosas (RMSF)</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica fiebre maculosa de las Montañas Rocosas (RMSF).</p>	25%
<p>Choque séptico o septicemia grave</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica choque séptico o septicemia grave. Se entiende por choque séptico septicemia grave y presión sanguínea baja continua después de recibir tratamiento con líquidos y de administrar medicamentos vasoactivos con receta. "Septicemia grave" significa que tiene septicemia más una disfunción orgánica asociada con ella. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.</p>	25%
<p>Tétano</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tétano.</p>	25%
<p>Tuberculosis (TB)</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tuberculosis (TB).</p>	25%
<p>Tularemia</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tularemia. La tularemia, a veces llamada "fiebre de los conejos", es una enfermedad infecciosa que suele atacar la piel, los ojos, los ganglios linfáticos y los pulmones.</p>	25%
<p>Fiebre tifoidea</p> <p>Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica fiebre tifoidea.</p>	25%
<p>Variante del virus de la influenza (gripe porcina en los seres humanos)</p> <p><i>Máximo de diagnósticos de enfermedades infecciosas por año del plan</i></p>	25% 1

Nota: Los beneficios por las siguientes enfermedades infecciosas exigen una internación de por lo menos cinco días: Coronavirus, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, ébola, choque séptico o septicemia grave, tularemia y variante del virus de la influenza (gripe porcina en los seres humanos).

Beneficios por enfermedades graves: neurológicas (cerebrales)

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Esclerosis lateral amiotrófica avanzada (ALS) Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis lateral amiotrófica avanzada (ALS), también conocida como “enfermedad de Lou Gehrig”. La ALS no incluye otras enfermedades de las motoneuronas. Usted debe ser incapaz de realizar tres o más actividades de la vida diaria o debe necesitar una sonda de alimentación o ventilación no invasiva.	100%
Demencia avanzada Se paga el beneficio cuando le diagnostican <i>demencia avanzada</i> , la cual se manifiesta por deterioro de la memoria y otros trastornos cognitivos. No incluye la enfermedad de Alzheimer, esquizofrenia ni psicosis, tampoco enfermedad de Parkinson en ninguna de sus formas, ni ningún tipo de demencia reversible, como las causadas por alteraciones hormonales o de la glándula tiroides o por falta de vitaminas.	25%
Enfermedad de Alzheimer Se paga el beneficio cuando un psiquiatra o un neurólogo le diagnostica la enfermedad de Alzheimer. Usted debe ser incapaz de realizar tres o más actividades de la vida diaria de manera independiente.	100%
Tumor benigno del cerebro o de la médula espinal Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica un tumor benigno del cerebro.	100%
Coma (no inducido) Se paga el beneficio cuando se le diagnostica coma, que se caracteriza por la ausencia de apertura ocular y de respuestas verbal y motora. Además, el individuo requiere intubación para asistencia respiratoria. No se cubre el coma inducido médicamente. El coma debe durar 14 días consecutivos o más.	100%
Enfermedad de Huntington Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Huntington, en función de pruebas genéticas verificables y síntomas documentados.	100%
Enfermedad de Parkinson Se paga el beneficio cuando un médico capacitado en el diagnóstico de la enfermedad le diagnostica enfermedad de Parkinson. La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo progresivo y crónico caracterizado por dos o más síntomas.	100%
Estado vegetativo persistente (PVS) Se paga el beneficio cuando se le diagnostica estado vegetativo persistente (PVS). El PVS consiste en un estado profundo de inconsciencia caracterizado por la ausencia de conciencia de sí mismo o del entorno, y la falta de respuesta intencionada a los estímulos externos.	100%
Aneurisma roto Se paga el beneficio cuando el diagnóstico de un médico confirma que se rompió un aneurisma.	50%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Derrame cerebral Se paga el beneficio cuando se le diagnostica un derrame cerebral que produce deterioro neurológico permanente y parálisis u otro defecto neurológico objetivo y mensurable de más de 24 horas de duración.	100%
Ataque isquémico transitorio (TIA) Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica ataque isquémico transitorio (AIT). El TIA no incluye un derrame cerebral. Máximo por año del plan	25% 1

Beneficios por enfermedades graves: Otras

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Trasplante de médula ósea Nosotros pagaremos el beneficio de trasplante de médula ósea que se muestra en el Programa de Beneficios cuando un médico determine que el trasplante es necesario o se recomendaría si la persona asegurada está lo suficientemente bien como para someterse a la cirugía. <i>Máximas Donaciones</i>	100% 1
Insuficiencia renal terminal Se paga el beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia renal terminal, y la persona asegurada debe someterse a hemodiálisis o diálisis peritoneal con regularidad, al menos una vez por semana. O bien, cuando el médico determina que es necesario reemplazar todo el órgano, y a usted se lo coloca en una lista nacional de trasplantes, como la UNOS (Red Unida para Compartir Órganos).	100%
Fibrosis pulmonar idiopática Se paga el beneficio cuando le diagnostican fibrosis pulmonar idiopática y el diagnóstico se confirma con una biopsia de pulmón. No incluye neumonía intersticial, sarcoidosis ni silicosis.	100%
Pérdida de la audición Paga un beneficio cuando se le diagnostica la pérdida de la audición en ambos oídos, que no puede corregirse a ningún grado funcional mediante ningún procedimiento, ayuda o dispositivo. La pérdida de audición debe continuar por un período de 90 días consecutivos.	100%
Pérdida de la vista (ceguera) Paga un beneficio cuando se le diagnostica pérdida de la vista (ceguera) que es la pérdida total e irreparable de la vista en ambos ojos. La pérdida de la vista (ceguera) tiene que continuar durante un período de 90 días consecutivos.	100%
Pérdida del habla Paga un beneficio cuando se le diagnostica la pérdida del habla que no puede corregirse en ningún grado funcional mediante ningún procedimiento, ayuda o dispositivo. La pérdida del habla debe continuar por un período de 90 días consecutivos.	100%

Beneficio cubierto**Porcentaje del valor nominal/
Monto del beneficio del empleado****Insuficiencia de los órganos principales (corazón, hígado, uno o ambos pulmones, o páncreas)**

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia de los órganos principales, como el hígado, los pulmones o el páncreas. Debido a esto, se incluye a la persona asegurada en la lista de trasplantes de la UNOS (Red Unida para Compartir Órganos). 100%

Parálisis

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica cualquiera de los siguientes tipos de parálisis, y el médico confirma que la parálisis duró 60 días consecutivos.

Cuadriplejia 100%

Triplejia 100%

Paraplejia 100%

Hemiplejia 100%

Diplejia 100%

Monoplejia 100%

Sarcoidosis 25%

Quemaduras de tercer grado

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica una quemadura de tercer grado que cubre más del 10 % de la superficie corporal total (también llamada "quemadura de espesor total"). 100%

Nota: Para el beneficio por sarcoidosis se requiere una internación de, al menos, 5 días.

Beneficio de cáncer

Beneficio cubierto

Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado

Cáncer (invasivo)

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica cáncer (invasivo) que se identifica por la presencia de células malignas o de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la diseminación incontrolados y anormales de células malignas invasivas.

100%

Carcinoma *in situ* (no invasivo)

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica un carcinoma *in situ* que se encuentra en el lugar natural o normal. Está confinado al lugar de origen, sin haber invadido el tejido vecino. A los efectos de este *Certificado*, el cáncer de piel no se considera carcinoma *in situ*.

25%

Cáncer de piel

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica cáncer de piel (melanoma de nivel I o II de Clark y Breslow inferior a 0.75 mm); carcinoma de células basales o carcinoma de células escamosas de la piel. Con el beneficio por cáncer de piel, se brinda cobertura para tratar el melanoma maligno invasivo en la dermis o en capas más profundas, o para tratar neoplasias malignas de la piel metastásicas.

\$1,000

Diagnóstico máximo

1

Diagnóstico de cáncer (invasivo) recurrente

Si una persona asegurada recibió un diagnóstico inicial y un beneficio por cáncer (invasivo) en virtud de este plan, y luego se le vuelve a diagnosticar cualquier tipo de cáncer (invasivo) dentro del número mínimo de días especificado a continuación o después, pagaremos el porcentaje indicado del beneficio por cáncer (invasivo) como figura en la *Lista de beneficios por cáncer (invasivo)* diagnosticado.

100%

*Mínimo de días entre dos diagnósticos de cáncer (invasivo)***

No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado.

90 días

Diagnóstico de carcinoma *in situ* recurrente

Si una persona asegurada recibió un diagnóstico inicial y un beneficio por carcinoma *in situ* (no invasivo) en virtud de este plan, y luego se le vuelve a diagnosticar cualquier tipo de carcinoma *in situ* (no invasivo) dentro del número mínimo de días especificado a continuación o después, pagaremos el porcentaje indicado del beneficio por carcinoma *in situ* (no invasivo) como figura en la *Lista de beneficios por carcinoma in situ (no invasivo)* diagnosticado.

100%

*Mínimo de días entre dos diagnósticos de carcinoma in situ***

No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado.

90 días

* Si a un miembro se le diagnosticó cáncer antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura en virtud del plan de Aetna y recibe otro diagnóstico de cáncer (la primera vez) mientras tiene dicha cobertura, consideraremos el diagnóstico como "inicial" conforme al plan de Aetna.

** Además del período de separación, la persona asegurada no debe estar recibiendo tratamiento durante este período. El tratamiento no incluye terapia con medicamentos de mantenimiento ni visitas de seguimiento habituales a un médico para confirmar que no haya reaparición del cáncer o carcinoma *in situ* iniciales.

Cláusulas adicionales sobre exámenes de salud

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Examen de salud	\$75
<i>Se paga una vez por miembro por año del plan para pruebas preventivas cubiertas.</i>	
<i>Máximo por año del plan</i>	1

Exámenes de salud cubiertos

- Examen de médula ósea
- Examen de densidad ósea (DEXA, DXA)
- Biopsias para detectar cáncer
- Perfil químico de la sangre
- Ecografía de seno
- Resonancia magnética (MRI) de seno
- Ultrasonido de seno
- Análisis de sangre de antígeno 125 (CA 125) para detectar cáncer de ovario
- Ultrasonido de carótida con Doppler
- Radiografía de tórax (CXR)
- Citología
- Análisis de sangre de antígeno 15-3 (CA 15-3) para detectar cáncer de seno
- Análisis de sangre de antígeno carcinoembrionario (CEA) para detectar cáncer de colon
- Examen clínico de testículos
- Colonoscopia
- Hemograma completo
- Examen dental
- Examen de tacto rectal
- Examen Doppler para detectar cáncer
- Exámenes Doppler para detectar enfermedad vascular periférica (también conocida como "arteriosclerosis")
- Electroencefalograma (EEG)
- Electrocardiograma (EKG o ECG)
- Ecocardiograma (ECHO)
- Endoscopia
- Examen de ojos
- Examen de glucosa en sangre en ayunas
- Examen de glucosa en plasma, en ayunas
- Sigmoidoscopia flexible
- Examen de audición
- Prueba de sangre oculta en heces
- Hemoglobina A1C
- Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
- Pruebas para detectar enfermedades infecciosas
- Vacunas
- Perfil lipídico (suero más colesterol HDL, colesterol LDL, colesterol total y triglicéridos)
- Mamografía
- Examen para detectar cáncer oral
- Prueba de PAP
- Prueba de antígeno específico prostático (PSA)
- Chequeo de salud de rutina
- Biopsia para detectar cáncer de piel
- Examen para detectar cáncer de piel
- Examen de piel
- Electroforesis de proteína en suero (análisis de sangre para detectar mieloma)
- Finalización satisfactoria del programa para dejar de fumar
- Prueba de esfuerzo en una bicicleta o cinta de correr
- Prueba para infecciones de transmisión sexual (STI)
- Termografía
- Prueba de PAP ThinPrep
- Prueba de glucosa en plasma dos horas después de beber la solución de glucosa
- Ultrasonido para detectar cáncer
- Ultrasonido para detectar aneurisma aórtico abdominal
- Colonoscopia virtual

Nota: La prueba de diagnóstico de la COVID-19 cumple con los requisitos de cobertura y es parte del beneficio por exámenes de salud.

Exención de prima

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Si, debido a su enfermedad grave cubierta, pierde 30 días continuos de trabajo, lo eximiremos de pagar la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que ocurra después del trigésimo día de su ausencia, y esta exención se extenderá durante los siguientes 6 meses de cobertura. Durante esa ausencia, usted debe continuar siendo empleado del titular de la póliza. La exención de prima no es para los dependientes cubiertos.	Incluido

Exclusiones y limitaciones de planes de seguro por enfermedades graves

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte el folleto-certificado y la *Lista de beneficios* para determinar qué servicios están cubiertos y en qué medida. La siguiente es una lista parcial de servicios y suministros que, en general, no están cubiertos. Sin embargo, el plan puede contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan adquirido.

Los beneficios de la póliza no se pagarán para ningún diagnóstico relacionado con lo siguiente:

1. Acto bélico, motín, guerra.
2. Agresión, delito grave, ocupación ilegal u otro acto delictivo.
3. El cuidado que brindan los familiares directos o cualquier miembro del grupo familiar.
4. Suicidio o intento de suicidio, autoinducirse heridas intencionalmente o intentar hacerlo, o cualquier tipo de asfixia intencional, excepto cuando deriva de una enfermedad diagnosticada.
5. Acciones bajo los efectos de estimulantes (como anfetaminas), sedantes, alucinógenos, narcóticos o cualquier otro estupefaciente, según lo definen y establecen las leyes del estado donde tuvo lugar la pérdida o la causa de esta, incluidos aquellos recetados por un médico y que no se consumen de acuerdo con las indicaciones, excepto cuando derive de un trastorno diagnosticado.

La fecha de diagnóstico de enfermedad grave debe ser igual o posterior a la fecha de entrada en vigor del *Certificado* y coincidir con la vigencia de la cobertura. El diagnóstico debe darse o recibirse en los Estados Unidos o sus territorios.

Portabilidad

Su plan incluye una opción de Portabilidad, que le permite mantener su cobertura actual al hacer pagos directos a la compañía aseguradora. Usted puede ejercer esta opción, si su empleo cesa por cualquier motivo. Consulte el Certificado para las disposiciones de Portabilidad adicionales.



HOJA DE TARIFAS

Las tarifas que se muestran se basan en deducciones mensual. Sus deducciones de nómina se tomarán después de impuestos.



Plan de Accidente

Usted puede inscribirse en una sola opción

<u>Bajo</u>		<u>Costo</u>	<u>Alto</u>		<u>Costo</u>
Sólo para usted		\$10.68	Sólo para usted		\$13.34
Usted mismo y su cónyuge		\$21.36	Usted mismo y su cónyuge		\$26.68
Usted mismo más niño(s)		\$22.43	Usted mismo más niño(s)		\$28.02
Usted y su familia		\$32.98	Usted y su familia		\$41.36



Plan de Enfermedad crítica*

Usted puede inscribirse en una sola opción

No Tabaco:

Valor nominal del empleado \$5,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$2.20	\$3.80	\$2.20	\$3.80
30-39	\$3.50	\$6.00	\$3.50	\$6.00
40-49	\$7.00	\$11.80	\$7.00	\$11.80
50-59	\$12.00	\$20.20	\$12.00	\$20.20
60-69	\$17.60	\$29.00	\$17.60	\$29.00
70+	\$23.00	\$37.70	\$23.00	\$37.70

Valor nominal del empleado \$10,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$4.40	\$7.60	\$4.40	\$7.60
30-39	\$7.00	\$12.00	\$7.00	\$12.00
40-49	\$14.00	\$23.60	\$14.00	\$23.60
50-59	\$24.00	\$40.40	\$24.00	\$40.40
60-69	\$35.20	\$58.00	\$35.20	\$58.00
70+	\$46.00	\$75.40	\$46.00	\$75.40

Valor nominal del empleado \$15,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$6.60	\$11.40	\$6.60	\$11.40
30-39	\$10.50	\$18.00	\$10.50	\$18.00
40-49	\$21.00	\$35.40	\$21.00	\$35.40
50-59	\$36.00	\$60.60	\$36.00	\$60.60
60-69	\$52.80	\$87.00	\$52.80	\$87.00
70+	\$69.00	\$113.10	\$69.00	\$113.10

Valor nominal del empleado \$20,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$8.80	\$15.20	\$8.80	\$15.20
30-39	\$14.00	\$24.00	\$14.00	\$24.00
40-49	\$28.00	\$47.20	\$28.00	\$47.20
50-59	\$48.00	\$80.80	\$48.00	\$80.80
60-69	\$70.40	\$116.00	\$70.40	\$116.00
70+	\$92.00	\$150.80	\$92.00	\$150.80

Valor nominal del empleado \$25,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$11.00	\$19.00	\$11.00	\$19.00
30-39	\$17.50	\$30.00	\$17.50	\$30.00
40-49	\$35.00	\$59.00	\$35.00	\$59.00
50-59	\$60.00	\$101.00	\$60.00	\$101.00
60-69	\$88.00	\$145.00	\$88.00	\$145.00
70+	\$115.00	\$188.50	\$115.00	\$188.50

Valor nominal del empleado \$30,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$13.20	\$22.80	\$13.20	\$22.80
30-39	\$21.00	\$36.00	\$21.00	\$36.00
40-49	\$42.00	\$70.80	\$42.00	\$70.80
50-59	\$72.00	\$121.20	\$72.00	\$121.20
60-69	\$105.60	\$174.00	\$105.60	\$174.00
70+	\$138.00	\$226.20	\$138.00	\$226.20

Valor nominal del empleado \$35,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$15.40	\$26.60	\$15.40	\$26.60
30-39	\$24.50	\$42.00	\$24.50	\$42.00
40-49	\$49.00	\$82.60	\$49.00	\$82.60
50-59	\$84.00	\$141.40	\$84.00	\$141.40
60-69	\$123.20	\$203.00	\$123.20	\$203.00
70+	\$161.00	\$263.90	\$161.00	\$263.90

Valor nominal del empleado \$40,000

<u>Rango de edad</u>	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$17.60	\$30.40	\$17.60	\$30.40
30-39	\$28.00	\$48.00	\$28.00	\$48.00
40-49	\$56.00	\$94.40	\$56.00	\$94.40
50-59	\$96.00	\$161.60	\$96.00	\$161.60
60-69	\$140.80	\$232.00	\$140.80	\$232.00
70+	\$184.00	\$301.60	\$184.00	\$301.60

Valor nominal del empleado \$45,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$19.80	\$34.20	\$19.80	\$34.20
30-39	\$31.50	\$54.00	\$31.50	\$54.00
40-49	\$63.00	\$106.20	\$63.00	\$106.20
50-59	\$108.00	\$181.80	\$108.00	\$181.80
60-69	\$158.40	\$261.00	\$158.40	\$261.00
70+	\$207.00	\$339.30	\$207.00	\$339.30

Valor nominal del empleado \$50,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$22.00	\$38.00	\$22.00	\$38.00
30-39	\$35.00	\$60.00	\$35.00	\$60.00
40-49	\$70.00	\$118.00	\$70.00	\$118.00
50-59	\$120.00	\$202.00	\$120.00	\$202.00
60-69	\$176.00	\$290.00	\$176.00	\$290.00
70+	\$230.00	\$377.00	\$230.00	\$377.00

Tabaco:

Valor nominal del empleado \$5,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$3.20	\$5.30	\$3.20	\$5.30
30-39	\$5.40	\$9.10	\$5.40	\$9.10
40-49	\$11.30	\$19.00	\$11.30	\$19.00
50-59	\$19.90	\$33.40	\$19.90	\$33.40
60-69	\$29.50	\$48.60	\$29.50	\$48.60
70+	\$39.30	\$64.50	\$39.30	\$64.50

Valor nominal del empleado \$10,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$6.40	\$10.60	\$6.40	\$10.60
30-39	\$10.80	\$18.20	\$10.80	\$18.20
40-49	\$22.60	\$38.00	\$22.60	\$38.00
50-59	\$39.80	\$66.80	\$39.80	\$66.80
60-69	\$59.00	\$97.20	\$59.00	\$97.20
70+	\$78.60	\$129.00	\$78.60	\$129.00

Valor nominal del empleado \$15,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$9.60	\$15.90	\$9.60	\$15.90
30-39	\$16.20	\$27.30	\$16.20	\$27.30
40-49	\$33.90	\$57.00	\$33.90	\$57.00
50-59	\$59.70	\$100.20	\$59.70	\$100.20
60-69	\$88.50	\$145.80	\$88.50	\$145.80
70+	\$117.90	\$193.50	\$117.90	\$193.50

Valor nominal del empleado \$20,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$12.80	\$21.20	\$12.80	\$21.20
30-39	\$21.60	\$36.40	\$21.60	\$36.40
40-49	\$45.20	\$76.00	\$45.20	\$76.00
50-59	\$79.60	\$133.60	\$79.60	\$133.60
60-69	\$118.00	\$194.40	\$118.00	\$194.40
70+	\$157.20	\$258.00	\$157.20	\$258.00

Valor nominal del empleado \$25,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$16.00	\$26.50	\$16.00	\$26.50
30-39	\$27.00	\$45.50	\$27.00	\$45.50
40-49	\$56.50	\$95.00	\$56.50	\$95.00
50-59	\$99.50	\$167.00	\$99.50	\$167.00
60-69	\$147.50	\$243.00	\$147.50	\$243.00
70+	\$196.50	\$322.50	\$196.50	\$322.50

Valor nominal del empleado \$30,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$19.20	\$31.80	\$19.20	\$31.80
30-39	\$32.40	\$54.60	\$32.40	\$54.60
40-49	\$67.80	\$114.00	\$67.80	\$114.00
50-59	\$119.40	\$200.40	\$119.40	\$200.40
60-69	\$177.00	\$291.60	\$177.00	\$291.60
70+	\$235.80	\$387.00	\$235.80	\$387.00

Valor nominal del empleado \$35,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$22.40	\$37.10	\$22.40	\$37.10
30-39	\$37.80	\$63.70	\$37.80	\$63.70
40-49	\$79.10	\$133.00	\$79.10	\$133.00
50-59	\$139.30	\$233.80	\$139.30	\$233.80
60-69	\$206.50	\$340.20	\$206.50	\$340.20
70+	\$275.10	\$451.50	\$275.10	\$451.50

Valor nominal del empleado \$40,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$25.60	\$42.40	\$25.60	\$42.40
30-39	\$43.20	\$72.80	\$43.20	\$72.80
40-49	\$90.40	\$152.00	\$90.40	\$152.00
50-59	\$159.20	\$267.20	\$159.20	\$267.20
60-69	\$236.00	\$388.80	\$236.00	\$388.80
70+	\$314.40	\$516.00	\$314.40	\$516.00

Valor nominal del empleado \$45,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$28.80	\$47.70	\$28.80	\$47.70
30-39	\$48.60	\$81.90	\$48.60	\$81.90
40-49	\$101.70	\$171.00	\$101.70	\$171.00
50-59	\$179.10	\$300.60	\$179.10	\$300.60
60-69	\$265.50	\$437.40	\$265.50	\$437.40
70+	\$353.70	\$580.50	\$353.70	\$580.50

Valor nominal del empleado \$50,000

Rango de edad	Sólo para usted	Usted mismo y su cónyuge	Usted mismo más niño(s)	Usted y su familia
<30	\$32.00	\$53.00	\$32.00	\$53.00
30-39	\$54.00	\$91.00	\$54.00	\$91.00
40-49	\$113.00	\$190.00	\$113.00	\$190.00
50-59	\$199.00	\$334.00	\$199.00	\$334.00
60-69	\$295.00	\$486.00	\$295.00	\$486.00
70+	\$393.00	\$645.00	\$393.00	\$645.00

*Las tarifas se basan en su edad actual (la del suscriptor).



Plan de Indemnización hospitalaria

Usted puede inscribirse en una sola opción

<u>Bajo</u>		<u>Costo</u>	<u>Alto</u>		<u>Costo</u>
Sólo para usted		\$11.42	Sólo para usted		\$17.62
Usted mismo y su cónyuge		\$23.41	Usted mismo y su cónyuge		\$35.25
Usted mismo más niño(s)		\$20.30	Usted mismo más niño(s)		\$31.40
Usted y su familia		\$33.74	Usted y su familia		\$51.65

ESTOS PLANES NO CUENTAN COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO AL SEGURO MÉDICO Y NO UN SUSTITUTO PARA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

Los planes están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Los planes de seguro contienen exclusiones y limitaciones. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y los beneficios pueden variar según la ubicación. Los planes de salud suplementarios proporcionan beneficios limitados. Los pagos de beneficios no pretenden cubrir el costo total de la atención médica. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Este material es solo para fines informativos y no es una oferta o invitación a contratar. Se cree que la información es precisa a partir de la fecha de producción; sin embargo, está sujeta a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte www.aetna.com.

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras: si la cobertura provista por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE. UU., la cobertura se considerará inmediatamente inválida. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar por atención médica u otros reclamos o servicios si infringe un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o en un país en virtud de sanción por parte de los Estados Unidos, salvo que esté permitido bajo una licencia válida y por escrito de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Assets Control u OFAC). Para obtener más información acerca de la OFAC, visite el sitio de Internet en

<http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>.

Los números de los formularios de póliza emitidos en Oklahoma e Idaho incluyen: GR-96841, AL HPOL-VOL Acc 01, AL HCOC-VOL Acc 01; GR-96842; AL HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01; AL VOL HPOL-Hosp 01 and AL VOL HCOC-Hosp 01.



Seguro contra Accidentes

Aetna | www.myaetnasupplemental.com | 800-872-3862

Los costos asociados con una lesión pueden acumularse. Entre las visitas al hospital, los exámenes y el tratamiento, los gastos de bolsillo pueden ponerlo en una situación económica difícil. Un plan de seguro contra accidentes le paga los beneficios directamente a usted para que pueda determinar dónde gastar el dinero. Es reconfortante saber que una póliza de seguro contra accidentes puede estar disponible en todas las etapas de su atención, desde el tratamiento inicial hasta la atención de seguimiento. La cobertura de accidentes está disponible para usted a través de deducciones de la nómina y puede proporcionar un beneficio por los costos asociados con:

- Conmociones cerebrales
- Laceraciones
- Dientes rotos
- Visitas a la sala de emergencias
- Ambulancia, terrestre o aérea
- Unidad de cuidados intensivos





Tome precauciones

Plan de seguro por accidentes de Aetna

Esté preparado para lo inesperado

Los accidentes son simplemente eso: accidentes. No son algo que pueda planificar, pero puede proteger sus finanzas en la mayor medida posible.

¿Qué es el plan de seguro por accidentes?

Con el plan de seguro por accidentes de Aetna, se pagan beneficios cuando usted recibe tratamiento por una lesión accidental. Se cubre una larga lista de lesiones, leves y graves. Puede usar los beneficios para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o sus gastos personales.

¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Con los planes médicos, se ayuda a pagarles a los proveedores los servicios y tratamientos. Sin embargo, no se cubren los costos inesperados que podría haber en caso de una lesión accidental.

Con el plan de seguro por accidentes de Aetna, se le pagan beneficios directamente a **usted**, brindándole dinero adicional cuando más lo necesita. Puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

El plan de seguro por accidentes de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

[Aetna.com](https://www.aetna.com)

57.03.507.2 (02/21)

¿Cómo puede usar los beneficios de dinero en efectivo?

Es su decisión. Usted puede usar el dinero de la forma que quiera, por ejemplo, para lo siguiente:

- deducibles o copagos;
- hipoteca o alquiler;
- alimentos o facturas de servicios.

O puede usarlo para cualquier otra cosa que usted elija.

Fácil de usar

Con las herramientas en línea, gestionar su plan es fácil. Presente un reclamo en 90 segundos, o menos, si se ha lesionado o recibe tratamiento y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.



Los accidentes ocurren en todas partes

El costo promedio de todas las lesiones no mortales por persona inicialmente tratada en una sala de emergencias fue de aproximadamente **\$6,620**.¹ **Cada cuatro segundos, una persona** sufre una lesión por accidentes hogareños en EE. UU.²



Nunca se sabe...

Miguel* no esperaba que lo chocaran de atrás durante la hora pico, cuando volvía en auto a casa, pero eso sucedió. Ahora, tanto su auto como su espalda necesitan cuidados.

Afortunadamente, Miguel contaba con el plan de seguro por accidentes de Aetna. Envío su reclamo en línea, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Usó parte del dinero para cubrir costos de desembolso por servicios médicos. El resto lo destinó a reparar su auto.

A Simplified Claims Experience™

Regístrese en la aplicación **My Aetna Supplemental** o en el portal para miembros, **Myaetnasupplemental.com**. Podrá ver los documentos del plan, enviar reclamos y hacerles un seguimiento, y registrarse para el servicio de depósito directo.

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en "Report New Claim" (Registrar nuevo reclamo), responda algunas preguntas breves y suba el archivo o una fotografía de su factura médica. También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans.



¹Costo médico promedio por lesiones mortales y no mortales por tipo en EE. UU. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. 27 de febrero de 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31888976/>. Consultado el 17 de junio de 2022.

²Acerca de la seguridad en el hogar. Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de EE. UU. 2022. Disponible en: https://www.hud.gov/program_offices/healthy_homes/healthyhomes/homesafety. Consultado el 17 de junio de 2022.

* Este es un ejemplo ficticio de cómo podría funcionar el plan.

ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

Se ofrecen beneficios limitados a través de este plan. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. Mediante el pago de estos beneficios no se pretende cubrir el costo total del cuidado médico. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que usted tenga. Este material solo tiene fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos. La cobertura está sujeta a las leyes y reglamentaciones vigentes, incluidas las sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características, las tarifas, los requisitos que se deben cumplir y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, visite **Aetna.com**.

Las formas de póliza emitidas en Oklahoma incluyen las siguientes: GR-96841, AL HPOL-VOL Acc 01 y AL HCOC-VOL Acc 01.

Las formas de póliza emitidas en Misuri incluyen las siguientes: GR-96842 01, AL HPOL-VOL Acc 01 y AL HCOC-VOL Acc 01.



RESUMEN DE BENEFICIOS

Los planes de seguros están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna)



Plan de accidentes dentro/fuera del trabajo de Aetna

Eagle Mountain Saginaw Independent School District 802765

Este es un ejemplo de cómo puede ayudarlo el plan:



Sufre una lesión en un accidente cubierto.



Presenta un reclamo y, en unos pocos clics...



Puede obtener beneficios en efectivo para usarlos cómo quiera.

El Plan de accidentes que satisface sus necesidades

- Su inscripción está garantizada, sin necesidad de Evidencia de asegurabilidad.
- Puede elegir entre solo obtener cobertura para usted o puede agregar a su cónyuge o hijos.
- Usted recibe el pago directo de los beneficios para que los use en gastos médicos o cotidianos.
- Las primas son bajas y fáciles de pagar a través de deducciones de nómina.
- Los planes son portables por lo que puede continuar con el plan si ya no es elegible para recibir la cobertura.

Respire tranquilo con el poder de estar preparado para lo inesperado

Este es un resumen de sus beneficios. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura.

ESTE NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si es o será elegible para recibir Medicare, revise la Guía de seguro médico para personas con Medicare disponible de forma gratuita en www.medicare.gov.

Los beneficios listados en las siguientes tablas se pagarán cuando reciba tratamiento cubierto por un accidente cubierto. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y las limitaciones aquí detallados son por persona cubierta. También es importante señalar que ciertos beneficios se pagan una vez por accidente cubierto, mientras que otros se pagan una vez por año del plan. Si un servicio o una lesión entra en más de una categoría, el plan pagará el beneficio mayor. Consulte el certificado para obtener más detalles.

Nota: el plan no paga por cuidados, tratamientos, servicios o diagnósticos que hayan ocurrido antes de la fecha de entrada en vigencia de este plan.

Atención inicial

Ambulancia

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Ambulancia terrestre: el transporte hacia o desde un hospital se debe realizar dentro de las 24 horas posteriores a una lesión accidental.	\$300	\$400
Ambulancia aérea: el transporte hacia o desde un hospital se debe realizar dentro de las 48 horas posteriores a una lesión accidental.	\$1,500	\$2,000
Número máximo de viajes por accidente; transporte aéreo y terrestre combinados	1	1

Tratamiento inicial: tanto el examen inicial como el tratamiento se deben recibir dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sala de emergencias/Hospital	\$175	\$225
Consultorio médico/Centro de atención de urgencia	\$175	\$225
Clínica de acceso libre/Telemedicina	\$50	\$50
Número máximo de visitas por accidente; todos los centros de servicio combinados	1	1
Número máximo de visitas por año del plan; todos los centros de servicio combinados	3	3

Radiografía/Laboratorio: se deben realizar dentro de los **30 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Radiografía/Laboratorio	\$50	\$75
Beneficio máximo por accidente , para todos los servicios de radiografía y laboratorio combinados	1	1

Imágenes médicas: un médico debe solicitar el examen y este se debe realizar en un centro médico de forma hospitalaria o ambulatoria dentro de los **180 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Imágenes médicas	\$225	\$300
Número máximo de exámenes de imágenes por accidente	1	1

Seguimiento médico

Seguimiento tras accidente: el tratamiento de seguimiento se debe recibir dentro de los **365 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sala de emergencias/Hospital	\$75	\$100
Consultorio médico/Centro de atención de urgencia	\$75	\$100
Clínica de acceso libre/Telemedicina	\$25	\$25
Número máximo de visitas por accidente; todos los centros de servicio combinados	3	4
Número máximo de visitas por año del plan; todos los centros de servicio combinados	9	12

Aparatos: los aparatos se deben ordenar y comprar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Aparatos principales	\$1,000	\$1,000
Aparatos secundarios	\$100	\$150

Tratamiento quiropráctico y terapia alternativa: el tratamiento debe comenzar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental y se debe completar dentro de un plazo de **365 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Tratamiento quiropráctico	\$25	\$35
Terapia alternativa	\$25	\$35
Número máximo de visitas por accidente	10	10
Número máximo de visitas por año del plan	30	30

Manejo de dolor (anestesia epidural): se debe administrar dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Manejo de dolor (anestesia epidural)	\$100	\$150
Número máximo de administraciones por accidente	1	1

Medicamentos bajo receta: deben ser suministrados por farmacéuticos habilitados de forma ambulatoria dentro de los **10 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Medicamentos bajo receta	\$10	\$10
Número máximo de recetas médica por accidente	1	1

Reparación o reemplazo de dispositivo protésico o prótesis: se deben recibir dentro de **un año** de la lesión accidental. El reemplazo o la reparación de los dispositivos protésicos o las prótesis se debe realizar dentro de los **180 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Un dispositivo protésico/una prótesis	\$750	\$1,500
Múltiples dispositivos protésicos/prótesis	\$1,500	\$3,000
Beneficio máximo por accidente	1	1
Reparación o reemplazo:	25% de monto del beneficio del aparato protésico/de la prótesis	25% de monto del beneficio del aparato protésico/de la prótesis

Servicios de terapia: deben comenzar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental y se deben completar dentro de un plazo de **365 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Servicios de terapia	\$25	\$35
Número máximo de visitas por accidente	10	10

Cuidados de hospital

Admisión hospitalaria: día inicial

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sin admisión a la UCI: la hospitalización debe comenzar dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$1,000	\$2,000
Admisión a la UCI: la hospitalización debe comenzar dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental.	\$2,000	\$4,000

Hospitalización: por día - segundo día

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sin admisión a la UCI: la hospitalización debe comenzar dentro de los 180 días posteriores a una lesión accidental.	\$250	\$400
Unidad de terapia intermedia/intensiva: la hospitalización debe comenzar dentro de los 10 días posteriores a una lesión accidental.	\$300	\$450
Unidad de cuidados intensivos, diario: la hospitalización debe comenzar dentro de los 30 días posteriores a una lesión accidental.	\$500	\$800
Días máximos por accidente; (día combinado por todas las hospitalizaciones generadas por un mismo accidente)	365	365

Estadía en la unidad de rehabilitación, diario: paga un beneficio por una transferencia a una unidad de rehabilitación dentro de las **24 horas** posteriores a una hospitalización debido a una lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Estadía en la unidad de rehabilitación	\$200	\$300
Número máximo de días por accidente	30	30

Unidad de observación: el primer día de observación debe comenzar dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Unidad de observación	\$100	\$100
Número máximo de observaciones por accidente	1	1

Atención quirúrgica

Sangre/plasma/plaquetas: la transfusión debe realizarse dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sangre/plasma/plaquetas	\$400	\$500
Número máximo de transfusiones por accidente	1	1

Lesión ocular: la cirugía debe realizarse dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Reparación quirúrgica	\$350	\$450
Extracción de objeto extraño	\$300	\$400
Beneficio máximo por accidente	1	1

Cirugías

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Cirugía (sin reparación): artroscópica o exploratoria: la cirugía debe realizarse dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental.	\$150	\$200
Cirugía craneal, torácica y abdominal abierta (Con reparación): un médico debe recomendarla dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental. La cirugía debe realizarse dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental.	\$2,000	\$3,000
Hernia (Con reparación): un médico debe diagnosticar la hernia dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental. Se debe corregir quirúrgicamente dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental.	\$250	\$300
Hernia discal (Con reparación): un médico debe diagnosticar la hernia discal dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental. Se debe corregir quirúrgicamente dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$750	\$1,000
Reparación única de tendón/ligamento/manguito de los rotadores (Con reparación): un médico debe diagnosticar el desgarro, la ruptura o la lesión dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental. Se debe corregir quirúrgicamente dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$750	\$1,000
Cartílago de la rotura del ligamento de la rodilla: Un médico debe tratar el cartílago de la rodilla desgarrado dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental; y repararlo mediante cirugía dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$750	\$1,000
Reparaciones múltiples de tendón/ligamento/manguito de los rotadores: un médico debe diagnosticar el desgarro, la ruptura o la lesión dentro de los 60 días posteriores a la lesión accidental. Se debe corregir quirúrgicamente dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$1,500	\$2,000
Paciente hospitalizado (No especificada con reparación): la cirugía debe realizarse dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$300	\$350
Paciente ambulatorio (No especificada con reparación): la cirugía debe realizarse dentro de los 180 días posteriores a la lesión accidental.	\$300	\$350
Beneficios máximos por accidente; todos los servicios quirúrgicos combinados	2	2

Alojamiento/Transporte

Alojamiento: este beneficio se debe pagar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Alojamiento	\$225	\$325
Número máximo de días de alojamiento por accidente	30	30

Transporte: este beneficio se debe pagar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Transporte	\$300	\$300

Dislocaciones y fracturas

Dislocaciones: una reducción abierta equivale a 2 veces el monto de una reducción cerrada.

Dislocaciones cubiertas	Reducciones cerradas del Bajo	Reducciones cerradas del Alto
Cadera	\$4,000	\$6,000
Rodilla	\$2,000	\$3,000
Tobillo: hueso(s) del pie (aparte de los dedos del pie)	\$750	\$1,500
Clavícula (articulación esternoclavicular)	\$600	\$1,200
Mandíbula inferior	\$600	\$1,200
Hombro (articulación glenohumeral)	\$600	\$1,200
Codo	\$600	\$1,200
Muñeca	\$600	\$1,200
Hueso(s) de la mano (aparte de los dedos de la mano)	\$600	\$1,200
Clavícula (articulación acromioclavicular y separación)	\$150	\$300
Costilla	\$150	\$300
Un dedo del pie o de la mano	\$150	\$300
Dislocación parcial	25% de dicha dislocación	25% de dicha dislocación
Máximas dislocaciones por accidente	3	3

Fracturas: una reducción abierta equivale a 2 veces el monto de una reducción cerrada.

Fracturas cubiertas	Reducciones cerradas del Bajo	Reducciones cerradas del Alto
Cráneo (excepto los huesos de la cara o la nariz) con hundimiento	\$5,000	\$9,000
Cráneo (excepto los huesos de la cara o la nariz) sin hundimiento	\$5,000	\$9,000
Cadera o muslo (fémur)	\$1,725	\$3,450
Cuerpo vertebral (sin incluir apófisis vertebrales)	\$1,125	\$2,250
Pelvis (incluyendo el ilion, isquion, pubis y acetábulo, excepto el coxis)	\$1,125	\$2,250
Pierna (maléolo fibular y/o tibial)	\$1,125	\$2,250
Huesos de la cara o la nariz (excepto la mandíbula o el maxilar)	\$600	\$1,200
Mandíbula inferior, maxilar (excepto apófisis alveolar)	\$600	\$1,200
Parte superior del brazo entre el codo y el hombro (húmero)	\$600	\$1,200
Mandíbula inferior, mandibular (excepto apófisis alveolar)	\$600	\$1,200
Clavícula (clavícula, esternón)	\$600	\$1,200
Omóplato (escápula)	\$600	\$1,200
Apófisis vertebral	\$600	\$1,200
Antebrazo (radio y/o cúbito)	\$450	\$900
Rótula	\$450	\$900
Mano/pie (excepto los dedos de la mano/del pie)	\$450	\$900
Tobillo	\$450	\$900
Muñeca	\$450	\$900
Costilla	\$225	\$450
Coxis	\$225	\$450
Dedo de la mano/dedo del pie	\$225	\$450
Fractura con esquirla	25% de dicha fractura	25% de dicha fractura
Fracturas máximas por accidente.	3	3

Beneficios por muerte y desmembramiento accidental y parálisis

Muerte accidental: este beneficio se debe pagar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Empleado	\$100,000	\$100,000
Cónyuge dependiente cubierto	\$50,000	\$50,000
Hijos dependientes cubiertos	\$50,000	\$50,000

Muerte accidental en transporte regular: este beneficio se debe pagar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Empleado	\$200,000	\$200,000
Cónyuge dependiente cubierto	\$100,000	\$100,000
Hijos dependientes cubiertos	\$100,000	\$100,000

Desmembramiento accidental: la pérdida se debe producir dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Pérdida de brazo	\$30,000	\$30,000
Pérdida de mano	\$30,000	\$30,000
Pérdida de pierna	\$30,000	\$30,000
Pérdida de pie	\$30,000	\$30,000
Pérdida de la visión	\$30,000	\$30,000
Pérdida de la capacidad para hablar	\$30,000	\$30,000
Pérdida de la audición	\$30,000	\$30,000
Desmembramiento máximo por accidente (<i>excepto dedos de las manos/pies</i>)	2	2
Pérdida de dedo de la mano	\$1,000	\$1,000
Pérdida de dedo del pie	\$1,000	\$1,000
Desmembramiento máximo por accidente (<i>dedos de las manos/pies</i>)	4	4

Parálisis: un médico debe diagnosticar la parálisis dentro de los **60 días** posteriores a una lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Cuadriplejía	\$10,000	\$20,000
Triplejía	\$7,500	\$15,000
Paraplejía	\$5,000	\$10,000
Hemiplejía	\$5,000	\$10,000
Diplejía	\$5,000	\$10,000
Monoplejía	\$2,500	\$5,000
Beneficio máximo por accidente	1	1

Modificación en el hogar y vehículo: se debe proporcionar un recibo de la modificación en el hogar o vehículo dentro de los **365 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Modificación en el hogar y vehículo	\$1,000	\$1,500
Beneficio máximo por accidente	1	1

Otras lesiones accidentales

Tratamiento de mordida de animal: el tratamiento debe realizarse dentro de los **30 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Inyección de antisuero	\$200	\$200
Vacunas contra el tétanos	\$100	\$100
Vacuna contra la rabia	\$300	\$300
Número máximo de inyecciones por accidente	1	1

Lesión cerebral

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Conmoción cerebral/Lesión cerebral traumática leve: un médico debe hacer el diagnóstico dentro de las 72 horas posteriores a la lesión accidental.	\$400	\$600
Lesión cerebral traumática moderada/aguda: un médico debe hacer el diagnóstico dentro de los 30 días posteriores a la lesión accidental.	\$500	\$750
Número máximo de lesiones cerebrales por accidente (todas las lesiones cerebrales combinadas)	1	1

Quemaduras: un médico debe realizar el tratamiento dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Segundo grado (más del 5% de la superficie total del cuerpo)	\$1,000	\$1,500
Tercer grado (menos del 5% de la superficie total del cuerpo)	\$1,500	\$2,250
Tercer grado (entre el 5% y 10% de la superficie total del cuerpo)	\$6,000	\$9,000
Tercer grado (más del 10% de la superficie total del cuerpo)	\$18,000	\$27,000
Número máximo de clasificaciones de quemaduras por accidente	1	1

Injerto de piel por quemadura: un médico debe realizar el implante del injerto de piel dentro de los **365 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Injerto de piel por quemadura	50% del beneficio por quemadura	50% del beneficio por quemadura
Número máximo de injertos de piel por accidente	1	1

Coma/Estado vegetativo persistente (EVP)

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Coma (no inducido): debe prolongarse al menos 14 días consecutivos y ser causado por una lesión accidental.	\$10,000	\$20,000
Beneficio máximo por accidente	1	1
Estado vegetativo persistente (EVP): debe prolongarse al menos 30 días consecutivos y ser causado por una lesión accidental.	\$10,000	\$20,000
Beneficio máximo por accidente	1	1
Coma (inducido):	\$250	\$250
Número máximo de días por accidente	10	10

Tratamiento dental: los servicios dentales deben comenzar dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Exodoncias	\$75	\$100
Número máximo de exodoncia por accidente	1	1
Corona	\$225	\$300
Número máximo de coronas por accidente	1	1

Herida por arma de fuego: un médico debe realizar el tratamiento dentro de un plazo de **24 horas**.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Herida por arma de fuego	\$1,500	\$2,000
Número máximo de heridas por arma de fuego por accidente	1	1

Desgarro: un médico debe curar el desgarro dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sin sutura	\$50	\$75
Con sutura (menos de 7,5 cm)	\$75	\$100
Con sutura (entre 7,6 cm y 20 cm)	\$300	\$300
Con sutura (mayor de 20 cm)	\$600	\$600
Número máximo de reparaciones por accidente	1	1

Trastorno por estrés postraumático (TEPT): un médico debe diagnosticar el TEPT dentro de los **365 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	\$500	\$500
Diagnósticos máximos de por vida	1	1

Perro de servicio: el perro de servicio debe ser asignado dentro de los **365 días** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Perro de servicio	\$1,500	\$1,500
Número máximo de perros de servicios durante la vida de la persona cubierta	1	1

Exención de prima - Plan base contra accidentes

Si se ausenta del trabajo durante **30 días continuos** debido a una lesión accidental, la prima se eximirá a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que ocurra luego del **día 30** de ausencia y exención seguirá aplicando a las fechas de vencimiento de la prima durante los siguientes **6 meses**. En este caso, se debe considerar que el estado laboral del asegurado es activo. La exención de la prima **no** aplica para ningún dependiente cubierto por este plan.

Cláusulas opcionales

Cláusula de deporte organizado

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Cláusula de deporte organizado	25%

Beneficios y cláusulas excluidas

- Muerte accidental
- Perro de servicio
- Muerte accidental en transporte regular
- Injerto de piel quemado
- Mordida de animal
- Quemadura
- Herida de arma de fuego

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Cláusula de evaluación médica	\$100
Se paga una vez por miembro por año del plan para pruebas preventivas cubiertas.	
Beneficio máximo por año del plan	1

Evaluaciones médicas cubiertas:

- Examen de médula ósea
- Medida de la densidad de la masa ósea (DEXA, DXA)
- Biopsias para detectar cáncer
- Análisis bioquímico de la sangre
- Ecografía de mamas
- Análisis sanguíneo de antígeno del cáncer 125 para detectar cáncer de ovario (CA 125)
- Ultrasonido Doppler carotideo
- Radiografía de tórax (CXR)
- Examen citológico
- Análisis sanguíneo de antígeno del cáncer 15-3 para detectar cáncer de mamas (CA 15-3)
- Análisis sanguíneo de antígeno carcinoembrionario para detectar cáncer de colon (CEA)
- Examen clínico testicular
- Colonoscopia
- Hemograma completo
- Examen dental
- Tacto rectal (DRE)
- Ecografía Doppler para detectar cáncer
- Ecografías Doppler para detectar enfermedad arterial periférica (también llamada arteriosclerosis)
- Electroencefalograma (EEG)
- Electrocardiograma (EKG, ECG)
- Ecocardiograma (ECHO)
- Endoscopia
- Examen oftalmológico
- Examen de glucemia en sangre en ayunas
- Examen de glucosa plasmática en ayunas
- Sigmoidoscopia flexible
- Examen de audición
- Análisis de sangre oculta en las heces
- Hemoglobina A1C
- Vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH)
- Inmunizaciones
- Perfil de lipídico (colesterol HDL en suero, colesterol LDL, colesterol total y triglicéridos)
- Mamografía
- Prueba de detención de cáncer de boca
- Citología vaginal
- Examen Antígeno Prostático Específico (PSA)
- Chequeo médico de rutina
- Biopsia para detectar de cáncer de piel
- Examen de detección de cáncer de piel
- Examen de la piel
- Electroforesis de proteínas séricas (análisis sanguíneo para detectar mieloma)
- Finalización exitosa del programa para dejar de fumar
- Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora
- Prueba para detecta enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Termografía
- Citología en medio líquido
- Examen de glucosa plasmática con poscarga de dos horas
- Ultrasonido para detectar cáncer
- Evaluación con ultrasonido para aneurisma abdominal aórtico
- Colonoscopia virtual

Nota: La prueba de diagnóstico de la COVID-19 cumple con los requisitos de cobertura y es parte del beneficio por exámenes de salud.

Descripción de los beneficios

- **Ambulancia terrestre:** paga un beneficio por transporte terrestre proporcionado por una compañía de ambulancia profesional autorizada hacia o desde un hospital, o entre centros médicos, al lugar donde recibe tratamiento por una lesión accidental.
- **Ambulancia aérea:** paga un beneficio por transporte aéreo proporcionado por una compañía de ambulancia profesional autorizada hacia o desde un hospital, o entre centros médicos, al lugar donde recibe tratamiento por una lesión accidental.
- **Imágenes médicas:** las pruebas de imágenes médicas incluyen solo lo siguiente:
 - Tomografía por emisión de positrones (TEP)
 - Tomografía computarizada (CT)
 - Tomografía axial computada (TAC)
 - Resonancia magnética (RM) o imágenes de resonancia magnética (IRM)
 - Electroencefalograma (EEG)
- **Aparatos:** paga beneficios por aparatos principales o secundarios recetados y comprados debido a una lesión accidental.
 - **Aparatos principales:** corsé ortopédico, corsé de sujeción sacrolumbar, andador con apoya rodilla, sillas de ruedas y escúter o sillas de ruedas motorizada.
 - **Aparatos secundarios:** férula, bastón, muletas, andador, bota ortopédica y otros dispositivos para asistir la movilidad física.
- **Tratamiento quiropráctico:** paga un beneficio para tratamiento con manipulación (ajuste) osteopática u otro tratamiento físico debido a una lesión accidental.
- **Terapia alternativa:** paga un beneficio para servicios de biorretroalimentación, acupuntura o terapia de electroestimulación muscular debido a una lesión accidental.
- **Reparación o reemplazo de dispositivo protésico o prótesis**
 - **Único:** paga un beneficio por un dispositivo protésico o prótesis cuando se pierde bien sea una mano, un pie o un ojo debido a una lesión accidental.
 - **Múltiple:** paga un beneficio por múltiples dispositivos protésicos o prótesis cuando se pierde una mano, un pie o un ojo debido a una lesión accidental.
 - **Reparación o reemplazo:** paga un beneficio por la pérdida o daño de un dispositivo protésicos o prótesis como resultado de una lesión accidental.
- **Unidad de observación:** paga un beneficio por el primer día en una unidad de observación debido a una lesión accidental. Este beneficio no pagará por ninguna atención preoperatoria ni posoperatoria.
- **Admisión hospitalaria (primer día):** este beneficio no pagará por tratamientos en una unidad de observación, sala de emergencia ni por ninguna cirugía ambulatoria.
- **Lesión ocular:** la lesión ocular debe requerir que un médico realice una cirugía o extraiga un objeto extraño del ojo. Un examen con anestesia no será considerado como cirugía y, por lo tanto, no se pagará.
- **Cirugía (sin reparación): artroscópica o exploratoria:** paga un beneficio por una cirugía artroscópica o exploratoria sin reparación o cuando se logra un desgarro del cartílago (desbridamiento)
- **Alojamiento:** paga por una habitación en un motel/hotel para que un compañero viaje con la persona asegurada cuando este se encuentre en el hospital debido a una lesión accidental. El lugar de la estadía debe estar a más de **50 millas** de distancia del hogar de la persona asegurada.
- **Transporte:** paga un beneficio cuando una persona asegurada debe viajar, bajo consejo médico, más de **50 millas** de ida desde su residencia para recibir tratamiento por una lesión accidental pagadera.
- **Muerte accidental:** paga un beneficio por muerte causada por una lesión accidental.
- **Muerte accidental en transporte regular:** paga un beneficio por muerte causada por una lesión accidental como pasajero con boleto en un transporte regular.
- **Desmembramiento accidental:** paga un beneficio por uno o más desmembramientos.

Transporte Médico

MASA | www.masamts.com | 954-334-8261

Los estadounidenses de hoy sufren de una falsa sensación de seguridad de que su cobertura médica pagará todos los costos asociados con el transporte de emergencia o cuidados intensivos. La realidad es que la mayoría de los estadounidenses sólo están parcialmente cubiertos por estos altos costos.

La mayoría de los planes médicos sólo pagarán una parte de los costos, dejándolo con el resto de la factura. También existe la posibilidad de que su proveedor médico niegue su reclamación por completo, lo que significa que usted sería responsable de pagar toda la factura.

Con la protección de transporte médico, tendrá cero gastos de bolsillo para cualquier transporte médico aéreo o terrestre de emergencia desde cualquier lugar de los Estados Unidos, independientemente de quién lo transporte. Recibirá soluciones de transporte de emergencia médica para ayudarle a cubrir los costos de transporte médico de su bolsillo cuando su seguro se quede corto.





¿SABÍA QUÉ?

25 MILLONES DE **PERSONAS**

son enviadas a urgencias por ambulancia terrestre o aérea cada año.

Es posible que las compañías de seguros **no** cubran todos los gastos de las ambulancias aéreas y terrestres, lo que puede dar lugar a gastos de bolsillo dentro de la red**.

Los gastos de transporte en ambulancia terrestre **fuera de la red pueden ser incluso más elevados que los de la red.**



BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA EMERGENT PLUS

Una membresía de MASA MTS proporciona la máxima tranquilidad a un precio accesible para los gastos de asistencia de transporte terrestre y aéreo de emergencia dentro de los Estados Unidos continentales, Alaska, Hawái, y mientras se viaja en Canadá, independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de su red de beneficios de atención médica colectiva. Después de que su plan de salud colectivo pague su parte, MASA trabaja con los proveedores para asegurarse de que nuestros miembros no tengan que pagar de su bolsillo por la asistencia de transporte de emergencia en ambulancia y otros servicios relacionados.

Cobertura de Ambulancia Aérea de Emergencia¹

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo relacionados con el transporte aéreo de emergencia a un centro médico en caso de emergencias médicas graves que se consideren médicamente necesarias para usted o para un familiar dependiente.

Cobertura de Ambulancia Terrestre de Emergencia¹

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo relacionados con el transporte terrestre de emergencia a un centro médico en caso de emergencias médicas graves que se consideren médicamente necesarias para usted o para un familiar dependiente.

Cobertura de Ambulancia de Hospital a Hospital¹

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo que usted o un familiar dependiente puedan incurrir por traslados hospitalarios, debido a una emergencia grave, al centro médico más cercano y apropiado cuando el centro médico actual no pueda proporcionar el nivel requerido de atención especializada por medio de una ambulancia aérea que incluya un helicóptero médicamente equipado o un avión de ala fija.

Cobertura de Repatriación a un Hospital Cerca de Casa¹

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo para la coordinación del transporte no urgente de un Miembro por una ambulancia aérea o terrestre médicamente equipada en caso de hospitalización a más de cien (100) millas del domicilio del Miembro si el médico tratante y el Director Médico de MASA MTS dicen que es médicamente apropiado y posible trasladar al Miembro a un hospital más cercano a su domicilio para que continúe su cuidado y recuperación.

Contacte a su representante para más información:





¿SABÍA QUÉ?

25 MILLONES DE PERSONAS

son enviadas a urgencias por ambulancia terrestre o aérea cada año.*

Es posible que las compañías de seguros **no** cubran todos los gastos de las ambulancias aéreas y terrestres, lo que puede dar lugar a gastos de bolsillo dentro de la red**.

Los gastos de transporte en ambulancia terrestre **fuera de la red pueden ser incluso más elevados que los de la red.**



BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA PLATINUM

Una membresía de MASA MTS proporciona la máxima tranquilidad a un precio accesible para los gastos de asistencia de transporte terrestre y aéreo de emergencia dentro de los Estados Unidos continentales, Alaska, Hawái, y mientras se viaja en Canadá, independientemente de si el proveedor está dentro o fuera de su red de beneficios de atención médica colectiva. Después de que su plan de salud colectivo pague su parte, MASA trabaja con los proveedores para asegurarse de que nuestros miembros no tengan que pagar de su bolsillo por la asistencia de transporte de emergencia en ambulancia y otros servicios relacionados.

Cobertura de Ambulancia Aérea de Emergencia³

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo relacionados con el transporte aéreo de emergencia a un centro médico en caso de emergencias médicas graves que se consideren médicamente necesarias para usted o para un familiar dependiente.

Cobertura de Ambulancia Terrestre de Emergencia³

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo relacionados con el transporte terrestre de emergencia a un centro médico en caso de emergencias médicas graves que se consideren médicamente necesarias para usted o para un familiar dependiente.

Cobertura de Ambulancia de Hospital a Hospital³

MASA MTS cubre los gastos de bolsillo que usted o un familiar dependiente puedan incurrir por traslados hospitalarios, debido a una emergencia grave, al centro médico más cercano y apropiado cuando el centro médico actual no pueda proporcionar el nivel requerido de atención especializada por medio de una ambulancia aérea que incluya un helicóptero médicamente equipado o un avión de ala fija.

Cobertura de Repatriación a un Hospital Cerca de Casa¹

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo para la coordinación del transporte no urgente de un Miembro por una ambulancia aérea o terrestre médicamente equipada en caso de hospitalización a más de cien (100) millas del domicilio del Miembro si el médico tratante y el Director Médico de MASA MTS dicen que es médicamente apropiado y posible trasladar al Miembro a un hospital más cercano a su domicilio para que continúe su cuidado y recuperación.

Cobertura de Transporte de Regreso del Paciente¹

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo asociados con la coordinación del transporte de un Miembro cuando está hospitalizado a más de cien (100) millas de su casa, después de ser dado de alta del centro médico, por una aerolínea comercial regularmente programada hasta el aeropuerto comercial más cercano al hogar del Miembro.

BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA PLATINUM

Cobertura de Transporte de Acompañante²

MASA MTS proporciona servicios asociados a la coordinación del transporte del cónyuge, otro familiar o acompañante del Miembro para acompañar el transporte de emergencia del Miembro en una aeronave rotatoria (es decir, helicóptero) o de ala fija, equipada médicamente, dando la debida prioridad al personal y/o equipo médico y al bienestar y seguridad del paciente.

Cobertura de Transporte de Visitantes al Hospital ²

MASA MTS proporciona servicios para cubrir el costo de transporte aéreo asociado con la coordinación de un pasaje aéreo comercial de ida y vuelta, regularmente programado, para que el cónyuge del Miembro, otro miembro de la familia o acompañante, se reúna con el Miembro en caso de hospitalización de más de cien (100) millas terrestres desde el hogar del Miembro.

Cobertura de Transporte de Regreso de Menores²

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo asociados con el transporte de regreso de un menor a un padre, tutor legal u otra persona que pueda ser responsable del menor si éste se encuentra desatendido como resultado de las coberturas de Ambulancia Aérea o Terrestre de Emergencia, Ambulancia de Hospital a Hospital, Repatriación a Hospital Cerca de Casa o Transporte de Restos Mortales del Miembro. MASA MTS también prevé que un asistente cualificado acompañe al menor durante el viaje cuando la edad y/o el estado médico del menor puedan requerir dicha atención.

Cobertura de Regreso de Vehículos y RVs²

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo asociados con el transporte de regreso de un (1) auto, camioneta, furgoneta, motocicleta, remolque de viaje o autocaravana en condiciones seguras de funcionamiento hasta el domicilio del Miembro. Este servicio está disponible cuando el Miembro utiliza las coberturas de Ambulancia Aérea o Terrestre de Emergencia, Ambulancia de Hospital a Hospital, Repatriación a Hospital Cerca de Casa, Transporte de Regreso del Paciente o Transporte de Restos Mortales. MASA MTS se hace cargo de los gastos de combustible, aceite y conductor.

Cobertura de Transporte de Regreso de Mascotas²

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de bolsillo para el transporte de regreso al domicilio del Miembro de hasta dos (2) mascota(s) pertenecientes al Miembro, incluyendo un perro, gato u otro(s) animal(es) pequeño(s). Este servicio está disponible cuando el Miembro utiliza las coberturas de Ambulancia Aérea o Terrestre de Emergencia, Ambulancia de Hospital a Hospital, Repatriación a Hospital Cerca de Casa, Transporte de Regreso del Paciente o Transporte de Restos Mortales.

Cobertura de Transporte de Recuperación de Órganos y Receptor de Órganos⁴

MASA MTS proporciona servicios y cubre los gastos de transporte aéreo asociados con la coordinación del transporte de un órgano cuando el Miembro requiere un trasplante de órgano. MASA MTS también proporcionará servicios y cubrirá los gastos de transporte del Miembro y su cónyuge, otro familiar o un acompañante en caso de que el Miembro tenga que viajar al lugar donde se realizará el procedimiento. Si es médicamente necesario, el órgano será transportado por un avión de ala fija médicamente equipado; de lo contrario, el órgano será entregado por una aerolínea comercial hasta el aeropuerto adecuado más cercano al lugar de la operación.

Cobertura de Transporte de Restos Mortales¹

MASA MTS cubre los gastos de transporte aéreo de los restos mortales del Miembro en caso de su fallecimiento cuando éste se produzca a más de cien (100) millas terrestres de su domicilio. Los restos mortales son transportados por una línea aérea comercial regular hasta el aeropuerto comercial más cercano al domicilio del Miembro.

Contacte a su representante para más información.



Planes Voluntarios de Jubilación



TCG | www.region10rams.org | 800-943-9179

Plan de Jubilación 403(b)

Las investigaciones muestran que los estadounidenses están viviendo mucho más allá de los años de jubilación. ¿Está ahorrando lo suficiente para poder disfrutar de esos años? Un plan 403(b) puede ayudarle a lograrlo.

Se trata de un plan de jubilación aprobado por el IRS que le permite reservar dinero antes de impuestos para su jubilación. Las contribuciones se realizan convenientemente a través de la deducción de nómina, por lo que el dinero se transfiere de su cheque de pago a la cuenta automáticamente. Además, su empleador puede incluso igualar sus contribuciones según cuánto invierta en el plan. ¡Ahora es el momento de aprovechar al máximo esta oportunidad para maximizar sus ahorros para la jubilación!

Plan de Jubilación 457(b)

El plan 457(b) es un plan de ahorro para la jubilación voluntario patrocinado por el empleador que le permite ahorrar dinero para la jubilación sobre la base de impuestos diferidos o la cuenta ROTH. Una diferencia importante entre el 457(b) y el 403(b) es que las distribuciones nunca están sujetas al impuesto del 10 por ciento por retiro anticipado.

Límites de contribución	
2023	2024
\$22,500	\$23,000

Los participantes que tienen 50 años o más en cualquier momento durante el año calendario pueden aportar \$7,500 adicionales.

Toda inversión implica riesgo. El rendimiento pasado no es garantía de rendimientos futuros.

Programa de Asistencia al Empleado

Support Linc | www.supportlinc.com | 800-475-3327

Username: eaglemtnsaginaw

La vida nos empuja en muchas direcciones diferentes. Entre los niños, las relaciones personales, las actividades extracurriculares y el tiempo en familia, parece que no tenemos suficiente tiempo en el día para encajarlo todo. Cuando se sienta estresado por la vida, llame a la línea de asistencia al empleado proporcionada por su empleador. Ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a profesionales que pueden ayudarle a enfrentar con éxito los problemas emocionales.

Un programa de asistencia al empleado, o EAP por sus siglas en inglés, es un programa voluntario y gratuito que ofrece su empleador. Con una llamada telefónica, tendrá acceso a asesoramiento a corto plazo y evaluaciones confidenciales cada vez que tenga un problema personal o laboral.

Los programas de asistencia al empleado abordan una amplia gama de problemas, incluido el bienestar mental y emocional, el abuso de sustancias y el dolor. Los asesores cumplen con los más altos estándares éticos y están capacitados para mantener la confidencialidad de su situación. Trabajan con usted para determinar la mejor manera de abordar sus necesidades y orientarlo en una dirección positiva.



SUPPORTLINC

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO PARA EAGLE MOUNTAIN SAGINAW

RECURSOS PRÁCTICOS PARA IMPULSAR SU BIENESTAR Y EQUILIBRIO DE VIDA PARA USTED Y SUS MIEMBROS DE FAMILIA

En algún momento de nuestras vidas, cada uno de nosotros enfrentaremos un problema o una situación que es difícil de resolver. Cuando se presentan estas situaciones, SupportLinc estará presente para ayudar. El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) es un recurso confidencial que le ayudara a enfrentar los desafíos de la vida y las demandas que vienen con encontrar el balance entre el trabajo y el hogar. SupportLinc proporciona referencias confidenciales y profesionales, y hasta tres (3) sesiones de consejería cara-a-cara sobre una variedad de preocupaciones, como:

**ANSIEDAD • DEPRESIÓN • PROBLEMAS DE MATRIMONIO O PAREJA • DUELO Y PÉRDIDA
ABUSO DE SUSTANCIAS • CONTROL DE LA IRA • PRESIÓN LABORAL • ESTRÉS**

REFERENCIAS EXPERTAS Y CONSULTAS

Si usted es un padre nuevo, cuida a personas o niños, está vendiendo su casa o en busca de asesoramiento presupuestado, es probable que necesite orientación y referencias a recursos de expertos.

- **ASISTENCIA LEGAL:** Consulta legal gratuita en persona o por teléfono
- **ASISTENCIA FINANCIERA:** Planificación financiera experta y consulta
- **ASISTENCIA FAMILIAR:** Consulta y servicios de referencia para temas de la vida cotidiana, incluyendo cuidado de dependientes, reparo de autos, cuidado de mascotas, y mejoramiento del hogar

CONFIDENCIALIDAD

SupportLinc se adhiere a estándares estrictos de confidencialidad. Nadie tendrá conocimiento de que usted ha utilizado el programa a menos que usted de su permiso escrito o comparta una preocupación que nos obligue legalmente a divulgar la información.

SUPPORT  LINC

EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAMS



EMPEZAR



1-800-475-3EAP (3327)



WWW.SUPPORTLINC.COM

Usuario: eaglemtnsaginaw

ELIJA CÓMO OBTENER ASISTENCIA

APOYO AL MOMENTO

- Comuníquese con un consejero licenciado por teléfono 24/7/365

PORTAL WEB

- Explore la capacitación a pedido (adiestramientos a la carta) y recursos prácticos para impulsar su bienestar y equilibrio de vida
- Utilice motores de búsqueda, calculadoras financieras y recursos profesionales
- Encuentre membresías de gimnasio descontadas
- Acceda al portal seguro de consejería por video
- Contenido en inglés y español

APLICACIÓN MÓVIL ECONNECT®

- Programa de apoyo y recursos al alcance de su mano, incluyendo el chat en vivo con un consejero licenciado y experto, contenido buscable

TERAPIA DE TEXTO

- Intercambie mensajes de texto, notas de voz y recursos, de lunes a viernes, con un consejero licenciado a través de la aplicación de escritorio y móvil Textcoach®

ANIMO

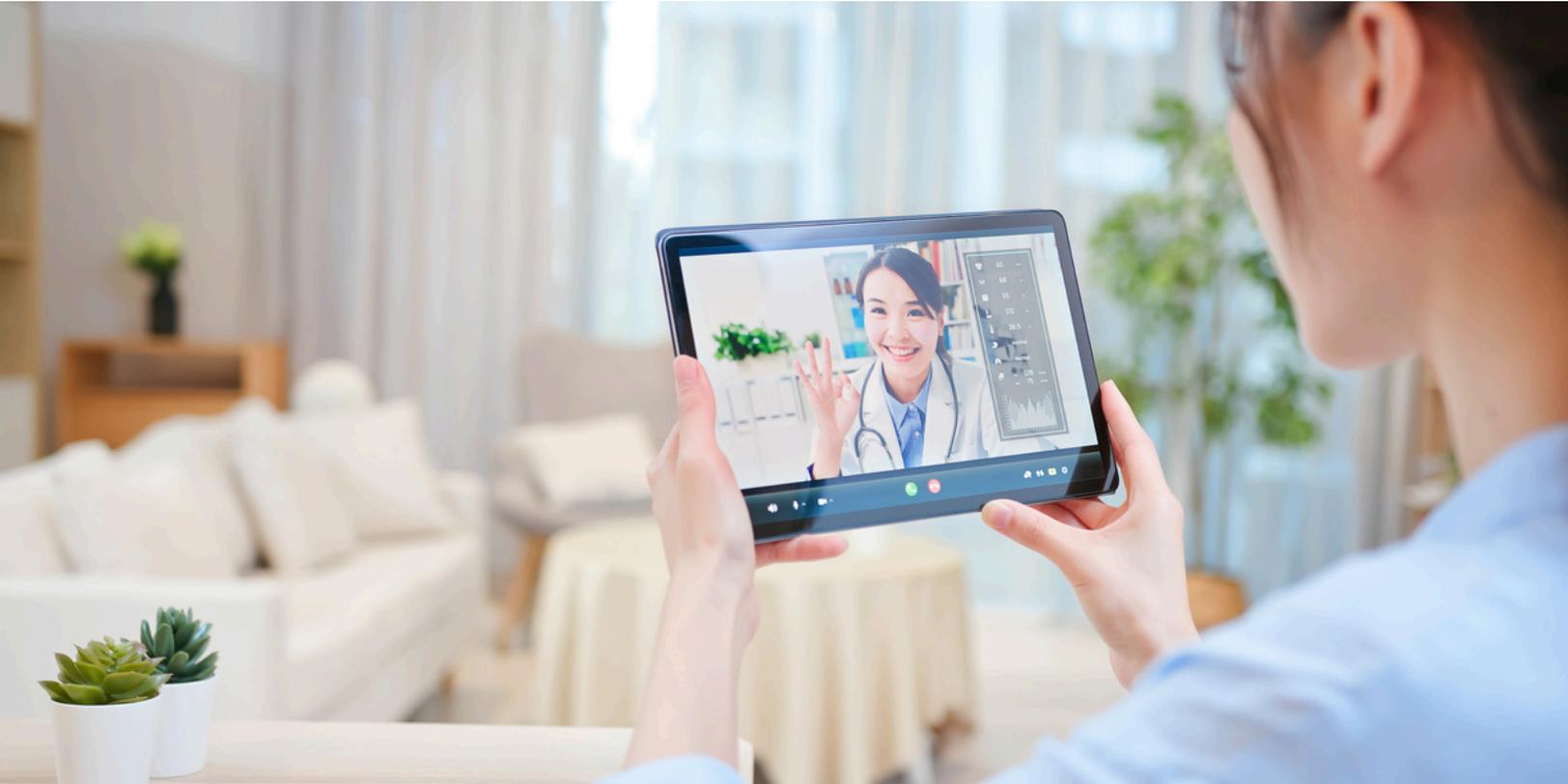
- Fortalezca su salud mental y bienestar general utilizando contenido autoguiado, recursos prácticos e inspiración diaria para fomentar un cambio de comportamiento significativo y duradero

NAVEGADOR

- Elimine las conjeturas de su aptitud emocional. Haga clic en el icono del navegador en el portal web o la aplicación móvil y complete un breve cuestionario. Reciba orientación personalizada para acceder a la asistencia y los recursos del programa.

AMERICAN FIDELITY 
a different opinion

Telesalud



Recuro | www.recurohealth.com | 855-673-2876

Los estudios muestran que más del 50 por ciento de las visitas al consultorio del médico se pueden manejar por teléfono. Con el programa de Telesalud, puede obtener un diagnóstico más rápido y pasar menos tiempo en la sala de espera.

Los médicos acreditados diagnosticarán su enfermedad, recomendarán el tratamiento y recetarán medicamentos por teléfono o vídeo. Puede comunicarse con ellos desde cualquier lugar – su hogar, trabajo, escuela, incluso durante las vacaciones. Pueden tratar problemas de salud comunes como el reflujo ácido, las alergias, el asma, el resfriado y la gripe, las infecciones de los senos paranasales, las erupciones cutáneas, el dolor de garganta y más.

Es como tener un médico de guardia cada vez que necesita asesoramiento médico. ¡El acceso está a una sola llamada o un solo clic!



Acceso a atención médica sin cita 24 horas los 7 días de la semana

No espere para hablar con un médico, obtenga la atención cuando la necesite

Enfermarse nunca está planeado. Aquí en Recuro brindamos atención de calidad las 24 horas del día para adaptarse a su ajetreado estilo de vida.



Llame al 1.855.6RECURO

¡Llámenos o descargue nuestra aplicación para hablar con un médico hoy!



Visítenos
En línea



Hable con
un agente



Descargue
nuestra
aplicación

Afecciones comunes tratadas



Dolor de garganta



Congestión



Tos



Resfriado y gripe



Infecciones por candida



Picaduras de insectos



Alergias



Más



customerservice@recurohealth.com | 855.6RECURO | Escanee el código QR para descargar





Fácil, conveniente, asequible

Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a médicos con licencia estatal y certificados por la Junta de los Estados Unidos

- ➔ Atención primaria
- ➔ Pediatría
- ➔ Atención de urgencia



Teléfono Llame



Portal en línea



Aplicación móvil

Atención médica razonable

Tipo de consulta	Costo promedio
Atención primaria	\$100
Atención de urgencia	\$150
Sala de urgencia	\$1,400
 \$0	
Encuesta del Panel de Gastos Médicos 2013 / MEPS	

Afecciones comunes tratadas

- Reflujo gástrico
- Infección de la vejiga
- Alergias
- Erupciones cutáneas
- Asma
- Afecciones de los senos paranasales
- Náuseas
- Dolor de garganta
- Bronquitis
- Afecciones de la tiroides
- Resfriado y gripe
- ITU
- Infecciones
- Y más...



Llame al 1.855.6RECURO



Visite www.recurohealth.com

Responsabilidades: Los servicios proporcionados por Recuro son solo para afecciones que no son de emergencia. Recuro no reemplaza al médico de atención primaria, los servicios no se consideran un seguro o un plan de salud calificado según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio. Los médicos de Recuro no prescriben sustancias controladas por la DEA (lista I-IV) y no garantiza que se hará una receta. Para obtener información completa actualizada, visite www.recurohealth.com



Seguro de Indemnización Hospitalaria

Aetna | www.myaetnasupplemental.com | 800-872-3862

Las estadías en el hospital son costosas. Si usted o un miembro de su familia se encuentran en el hospital debido a un accidente o una enfermedad repentina, es posible que tengan dificultades económicas, incluso si tienen un buen plan médico. Con un plan de indemnización hospitalaria, puede estar seguro de que esos gastos adicionales no serán una carga financiera.

A diferencia de los planes médicos, no hay deducibles por cumplir con un plan de indemnización hospitalaria. Tan pronto como incurra en un evento calificado, puede presentar una reclamación y comenzar a recibir beneficios.

El plan paga un beneficio de suma global en una cantidad establecida previamente. El dinero se puede utilizar para gastos médicos, deducibles de seguros, comestibles, transporte, cuidado de niños – ¡usted decide!





Menos estrés

Plan de indemnización hospitalaria de Aetna

Esté preparado para lo que vendrá

Quizá usted anticipa que pasará una internación... o quizá no. De cualquier manera, puede prepararse para contar con una protección financiera adicional.

¿Qué es el plan de indemnización hospitalaria?

Con este plan, se pagan beneficios cuando hay una internación planeada o imprevista debido a una enfermedad, lesión, cirugía o parto. Se paga un beneficio en una suma única por el ingreso y un beneficio diario por la internación cubierta en el hospital. Puede usar los beneficios para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o sus gastos personales.

¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Con los planes médicos, se ayuda a pagarles a los proveedores los servicios y tratamientos. Sin embargo, no se cubren los costos inesperados que podría haber en caso de una internación en el hospital.

Con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna, se le pagan beneficios directamente a **usted**, brindándole dinero adicional cuando más lo necesita. Puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

Aetna.com

57.03.509.2 (02/21)

¿Cómo puede usar los beneficios de dinero en efectivo?

Es su decisión. Usted puede usar el dinero de la forma que quiera, por ejemplo, para lo siguiente:

- deducibles o copagos;
- hipoteca o alquiler;
- alimentos o facturas de servicios.

O puede usarlo para cualquier otra cosa que usted elija.

Fácil de usar

Con las herramientas en línea, gestionar su plan es fácil. Presente un reclamo en 90 segundos, o menos, si lo ingresan en un hospital y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.



Es algo que sucede...

En 2020, se gastaron **\$1.24 billones** en servicios hospitalarios. El **60% al 65%** de todas las quiebras están relacionadas con gastos médicos.¹



Preparado... o no

Carter* trabaja mucho, por lo que no siempre baja el ritmo para prestar atención a las señales del cuerpo. Sin darse cuenta, un poco de tos se convirtió en neumonía, y terminó internado.

Afortunadamente, contaba con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna. Presentó su reclamo, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Ese dinero lo ayudó a compensar el tiempo que no trabajó durante su recuperación y a pagar parte de su deducible. Ahora puede enfocarse más en su salud.

A Simplified Claims Experience™

Regístrese en la aplicación **My Aetna Supplemental** o en el portal para miembros, **Myaetnasupplemental.com**. Podrá ver los documentos del plan, enviar reclamos y hacerles un seguimiento, y registrarse para el servicio de depósito directo.

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en "Report New Claim" (Registrar nuevo reclamo), responda algunas preguntas breves y suba el archivo o una fotografía de su factura médica. También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans.



¹ Debt.org. Hospital and Surgery Costs (Costos de cirugía y hospital). Octubre de 2021.

Disponible en: <https://www.debt.org/medical/hospital-surgery-costs/>. Consultado el 3 de junio de 2022.

* Este es un ejemplo ficticio de cómo podría funcionar el plan.

ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por internación en el hospital. Se ofrecen beneficios limitados a través de este plan. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. Mediante el pago de estos beneficios no se pretende cubrir el costo total del cuidado médico. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que usted tenga.

Este material solo tiene fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos. La cobertura está sujeta a las leyes y reglamentaciones vigentes, incluidas las sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características, las tarifas, los requisitos que se deben cumplir y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, visite **Aetna.com**.

Las formas de póliza emitidas en Misuri y Oklahoma incluyen las siguientes: GR-96172 01, AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.



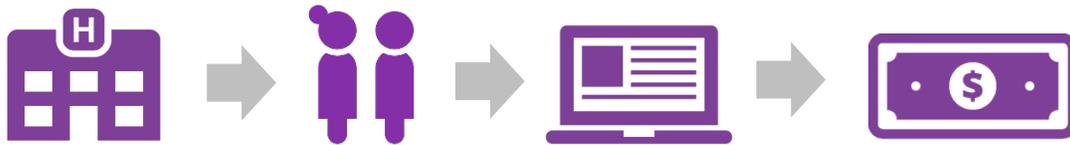
Resumen de Beneficios

Eagle Mountain-Saginaw Independent School District
802765

Indemnización hospitalaria de Aetna

Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company.

Aquí hay un ejemplo de cómo el plan puede ayudarlo:



Tiene un evento inesperado y debe ir al hospital.

Es internado en el hospital y pasa dos días allí.

Usted presenta su reclamo de hospital a Aetna.

Aetna paga los beneficios directamente a usted. .

A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y limitaciones son por cada persona cubierta.

El Plan de Indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por confinamiento en el hospital con otros beneficios de indemnización fijos. ESTES PLANES NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO DEL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYEN LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. Estos planes proporcionan beneficios limitados; estos beneficios pagan los servicios cubiertos con sumas fijas en dólares independientemente de los cargos reales emitidos por el proveedor médico. Estos pagos por beneficios no pretenden cubrir la totalidad del costo de la atención médica. Usted es responsable de asegurarse de que las facturas del proveedor se salden. Estos beneficios se pagan en adición a cualquier otra cobertura médica que usted tenga.

ESTO NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si es o será elegible para recibir Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare gratuita disponible en www.medicare.gov. **Este es un resumen de sus beneficios. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura.**

Esta póliza, en sí, no cumple con las normas de Cobertura mínima comprobable de Massachusetts.

Beneficios de paciente hospitalizado	Bajo	Alto
<p>Admisión hospitalaria: admisión Paga el beneficio de una suma global por el día inicial de su admisión en un centro médico designado por el empleador. Máximo de 1 admisión hospitalaria por año del plan</p>	\$1,000	\$2,000
<p>Estadía hospitalaria: diario Paga un beneficio diario a partir del día uno de su estadía en una habitación que no sea de la UCI de un hospital. Máximo de 30 días por año del plan</p>	\$200	\$200
<p>Estadía hospitalaria: diario (UCI) Paga un beneficio diario a partir del día uno de su estadía en una habitación de la UCI de un hospital. Máximo de 30 días por año del plan</p>	\$200	\$200

Nota importante:

Todas las estadías para pacientes hospitalizados cuentan para el máximo del año del plan.

Portabilidad

Si deja de trabajar, y como resultado termina su cobertura bajo la póliza, usted puede optar por continuar con su cobertura permitiendo la disposición de portabilidad en su cobertura. Dicha cobertura estará disponible para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos.

Renuncia de la prima

Si su estadía en un hospital dura más de 30 días consecutivos, vamos a renunciar a la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que se produce después del día 30 de su estadía, durante los próximos 6 meses de cobertura. Durante esta estadía, usted debe permanecer empleado con el asegurado.

Exclusiones y limitaciones

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza actual y el folleto certificado para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos y en qué medida. La siguiente, es una lista parcial de servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. **No obstante, el plan puede contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan adquirido. No se pagarán beneficios por ningún servicio por una enfermedad o lesión accidental relacionada con lo siguiente:**

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas, incluyendo, pero sin limitación: montar en globo, salto bungee, paracaidismo, salto libre
2. Cualquier concurso atlético competitivo semi-profesional o profesional, incluyendo oficial o entrenar, para el cual usted recibe pago
3. Acto de guerra, motín, guerra
4. Dirigiendo, aprendiendo a operar o servir como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, motorizada o no
5. Asalto, delito, ocupación ilegal u otro acto criminal;
6. Cuidado prestado por un cónyuge, padre o madre, hijo, hermano o cualquier otro integrante del hogar;
7. Servicios estéticos y cirugía plástica con ciertas excepciones;
8. Cuidado de custodia
9. Servicios paliativos, salvo lo dispuesto específicamente en los beneficios bajo la sección de su plan del certificado
10. Daño propio, suicidio, excepto cuando resulte de un trastorno diagnosticado;
11. La violación de cualquier ley de uso del dispositivo celular del estado en el que ocurrió el accidente, mientras se conduce un vehículo de motor
12. Cuidado o servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o de sus territorios;
13. Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos experimentales o de investigación;
14. Servicios de educación, formación o volver a entrenar o pruebas
15. Tratamiento para el abuso de sustancias en un hospital o centro de tratamiento de abuso de sustancias;
16. Lesión accidental sufrida mientras está intoxicado o bajo la influencia de cualquier intoxicante de drogas;
17. Exámenes excepto como se proporcionan específicamente en los Beneficios bajo la sección de su plan del certificado
18. Cuidado y tratamiento dental y de ortodoncia
19. Servicios de planificación familiar
20. Cualquier cuidado, medicamentos bajo receta y medicamentos relacionados con la infertilidad
21. Suplementos nutricionales, incluyendo sin limitaciones: alimentos, fórmulas infantiles, vitaminas
22. Rehabilitación cognitiva ambulatoria, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla por cualquier motivo
23. Cuidado relacionado con la visión

Preguntas frecuentes sobre los planes de indemnización hospitalaria

¿Tengo que estar activamente en el trabajo para inscribirme en la cobertura?

Sí, debe estar activamente en el trabajo a fin de inscribirse y para que la cobertura esté en vigor. Usted está activamente en el trabajo si está trabajando, o está disponible para trabajar, y cumple con los criterios establecidos por su empleador para ser elegible para inscribirse.

¿Puedo inscribirme en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna aunque tenga una Cuenta de ahorros médica (en inglés. HSA)?

Sí, aún puede inscribirse en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna si tiene una Cuenta de ahorros médicos.

¿Qué se considera una estadía de hospital?

Una estadía es un período durante el cual usted es admitido como paciente hospitalizado; y está confinado en un hospital, un centro médico residencial no hospitalario; y se cobra por habitación, comida y servicios generales de enfermería. Una estadía no incluye el tiempo en el hospital debido a necesidades de custodia o personales que no requieren habilidades médicas o capacitación. Una estadía excluye específicamente el tiempo en el hospital para observación o en la sala de emergencias a menos que esto conduzca a una estadía en el hospital.

Si pierdo mi empleo, ¿me puedo llevar el Plan de Indemnización hospitalaria conmigo?

Si usted pierde su empleo, puede continuar la cobertura bajo la disposición de Portabilidad. Usted tendrá que pagar las primas directamente a Aetna.

¿Cómo presento un reclamo?

Ingrese a myaetnasupplemental.com y seleccione "Iniciar sesión" o "Registrarse", dependiendo de si ha configurado su cuenta. Haga clic en el botón "Crear un nuevo reclamo" y responda a unas preguntas rápidas. Incluso puede guardar su reclamo para finalizar más tarde. También puede imprimir o enviar por correo los formularios a: Aetna Voluntary Plans, PO Box 14079, Lexington, KY 40512-4079, o puede solicitarnos que le enviemos un formulario impreso.

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea directa de emergencia local, o vaya directamente a un centro médico de atención de emergencia.

¿Qué ocurre si no entiendo algo que he leído aquí, o tengo más preguntas?

Llámenos. Queremos que entienda estos beneficios antes de decidir a inscribirse. Puede comunicarse con uno de nuestros representantes de Servicios al cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., llamando al número sin cargo **1-800-607-3366**. Estamos aquí para responder preguntas antes y después de inscribirse.

Información importante acerca de sus beneficios

PARA QUE LOS BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA SEAN PAGADEROS, EL DÍA INICIAL DE SU ESTADÍA Y OTROS SERVICIOS DEBEN SER POSTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.

Quejas y apelaciones

Díganos si usted no está satisfecho con la respuesta que recibió de nosotros o con la forma en que hacemos negocios. Llame a Servicios al Miembro para presentar una queja verbal o para pedir la dirección de correo postal para enviar una queja por escrito. También puede enviar un correo electrónico a Servicios al Miembro a través del sitio de Internet seguro del miembro. Si usted no está satisfecho después de hablar con un representante de Servicios al Miembro, puede pedirnos que enviemos su problema al departamento correspondiente.

Si usted no está de acuerdo con una denegación de reclamo, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la carta o la declaración de explicación de beneficios que explica que su reclamo fue denegado. La carta también le dice lo que necesitamos de usted y qué tan pronto le responderemos.

Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal frente al uso ilegal. Por "información personal", nos referimos a la información que le puede identificar como una persona, así como su información financiera y de la salud. La información personal no incluye lo que está disponible para el público. Por ejemplo, toda persona puede acceder a la información acerca de lo que cubre el plan. También no incluye informes que no le identifican a usted.

Cuando sea necesario para su atención o tratamiento, la administración de nuestros planes de salud u otras actividades relacionadas, usamos la información personal dentro de nuestra empresa, la compartimos con nuestras afiliadas y podemos divulgarla a: sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores, otras aseguradoras, proveedores de suministros, departamentos gubernamentales y administradores de terceros (TPA, por sus siglas en inglés).

Obtenemos información de muchas fuentes diferentes, en particular de usted, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, si corresponde, otras aseguradoras, organizaciones de mantenimiento de la salud o TPA, y los proveedores de atención médica.

Dichas partes están obligados a mantener su información privada como lo requiere la ley. Algunas de las formas en las cuales podemos utilizar su información son: pagar los reclamos, tomar decisiones acerca de lo que el plan cubre, coordinación de los pagos con otras aseguradoras, evaluación de calidad, actividades para mejorar nuestros planes y auditorías.

Consideramos estas actividades clave para la administración de nuestros planes. Cuando lo permite la ley, utilizamos y divulgamos su información personal de las maneras descritas anteriormente sin su permiso. Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las maneras en que usamos y divulgamos su información. También explica cuando necesitamos su permiso para usar o divulgar su información.

Estamos obligados a darle acceso a su información. Si piensa que hay algo mal o falta de su información personal, usted puede pedir que se cambie. Debemos completar su solicitud dentro de un plazo razonable. Si no estamos de acuerdo con el cambio, puede presentar una apelación. Si desea una copia de nuestro aviso de privacidad, llame al **1-800-607-3366** o visítenos en **www.aetna.com**.

COBRA

First Financial Administrators, Inc. | www.ffga.com | 800-523-8422, option 4

La vida está llena de eventos inesperados que pueden afectar su cobertura de seguro médico. Según la Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada, más conocida como COBRA, usted tiene derecho a continuar con su cobertura de salud grupal, como el seguro médico, dental, de visión y las cuentas de gastos flexibles por un tiempo limitado.

Puntos destacados de COBRA

- Continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo, divorcio, muerte o un hijo que ya no califica como dependiente. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.
- Usted o un miembro de su familia son responsables de notificar a su empleador sobre un divorcio, separación legal o pérdida de la condición de dependiente de un hijo dentro de los 60 días posteriores al evento. En caso de despido, fallecimiento o reducción de horas, su empleador será responsable de informarle al proveedor que usted tiene derecho a continuar con la cobertura bajo COBRA.
- Los beneficios seguirán siendo idénticos a los que tenía mientras estaba empleado. Sin embargo, usted será responsable de pagar la prima completa, más los cargos aplicables.

First Financial Administrators, Inc. ofrece servicios de administración de COBRA para los siguientes planes: <insertar: médico, dental, visión, FSA, HRA, cáncer grupal>



Medicare y los 65 años



FFMS | <https://www.ffga.com/medicare-solutions> | 800-523-8422

Preguntas a considerar antes de jubilarse

- ¿**Planeo** jubilarme?
- ¿Soy **elegible** para inscribirme?
- ¿**Cuándo** puedo inscribirme?
- ¿Realmente **quiero** inscribirme?
- ¿**Debo** inscribirme ahora o esperar?
- ¿Qué sucede si **no** me inscribo cuando sea elegible?

Robert Dawson

Coordinador de FFMS

Celular: 281-889-9382

Ya sea que tenga intención de jubilarse o no, estas preguntas y más pueden surgir a medida que se acerque a los 65 años.

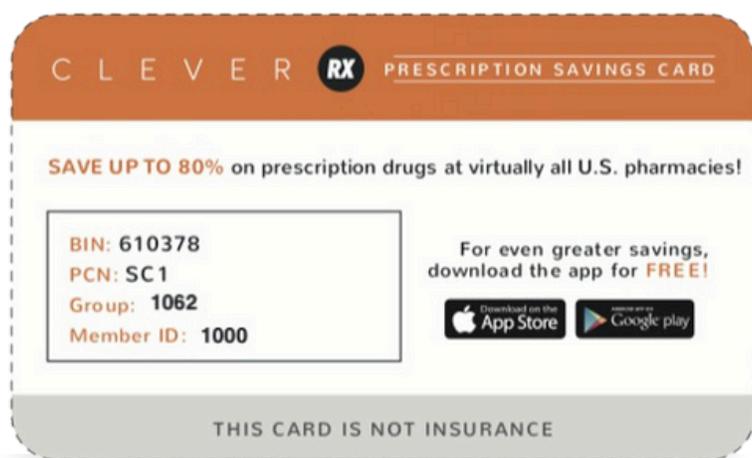
Planificar su futuro es importante y no tiene que hacerlo solo. Deje que los expertos de First Financial le ayuden en este proceso.

Clever RX

Clever RX | <https://partner.cleverrx.com/ffga> | 800-873-1195

Clever RX le ayuda a ahorrar dinero mediante el uso de una tarjeta de ahorro para medicamentos recetados. Se asocian con la comunidad de atención médica para brindarles a los participantes herramientas de última generación para ahorrar dinero. Le ayuda a ahorrar hasta un 80% en medicamentos recetados y, a menudo, supera el copago promedio. Además, es completamente gratis. ¡Gracias a Clever RX, nunca más pagará de más por sus recetas!

¡Use Clever RX cada vez que pague un medicamento para ahorrar al instante!



Descargue la aplicación o visite el sitio para cotizar un medicamento:
<https://partner.cleverrx.com/ffga>

Puntos destacados de Clever RX

- 100% GRATIS de usar.
- Obtenga descuentos en miles de medicamentos.
- Ahorre hasta un 80% en medicamentos recetados – ¡A menudo supera su copago! Descargue la aplicación Clever RX utilizando la información de su tarjeta a continuación para obtener ahorros exclusivos en más de 60,000 farmacias en todo el país.
- ¡Disponible para usar ahora!

Información de Contacto

Producto	Aseguradora	Sitio web	Teléfono
Medical	BCBS	www.bcbstx.com/trsactivecare	866-355-5999
Prescripcion	Express Scripts	www.express-scripts.com/trsactivecare	844-367-6108
Dental	MetLife	www.metlife.com	800-942-0852
Vision	MetLife	www.metlife.com	855-638-3931
FSA/HSA	FFGA	www.ffga.com	866-853-3539
Term Life	UNUM	www.unum.com	866-654-8489
Permanent Life	Texas Life	www.texaslife.com	800-283-9233
Disability	American Fidelity	www.americanfidelity.com	800-654-8489
Cancer Plan	American Fidelity	www.americanfidelity.com	800-654-8489
Critical Illness	Aetna	www.myaetnasupplemental.com	800-872-3862
Accident	Aetna	www.myaetnasupplemental.com	800-872-3862
Medical Transport	MASA	www.masamts.com	954-334-8261
Retirement	TCG	www.region10rams.org	800-943-9179
Employee Assistance	Support Linc	www.supportlic.com	800-475-3327
Telehealth	Recuro	www.recurohealth.com	855-673-2876
Hospital Indemnity	Aetna	www.myaetnasupplemental.com	800-872-3862
Cobra	FFGA	www.ffga.com	800-523-8422