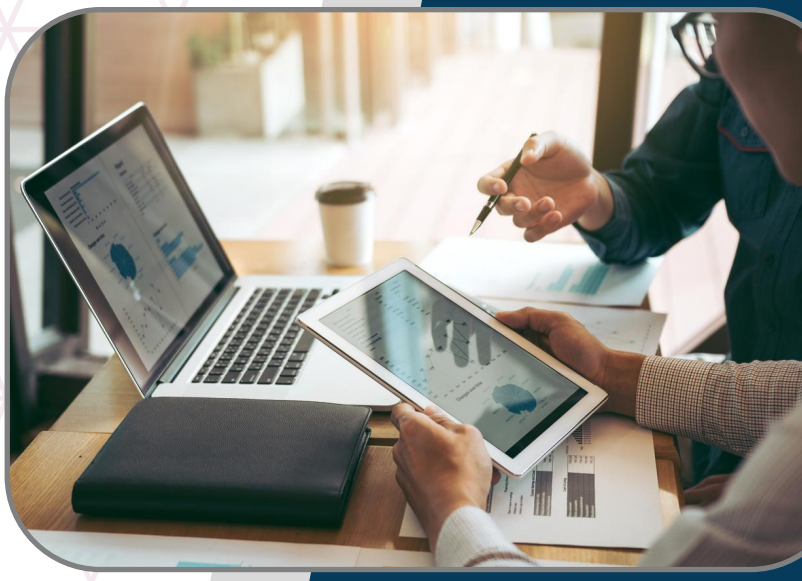
Guía de beneficios 2026

Para empleados HESS, exentos y no exentos

Nivel 3 (contratados después del 15 de diciembre de 2022)

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026



MarshMcLennan Agency

Índice

Elegibilidad

- Requisitos de elegibilidad
- Plazo de espera para nuevos empleados
- Cómo inscribirse
- Eventos de vida que califican
- Finalización de la cobertura
- Micrositio de beneficios

Servicios de bienestar

- Exámenes biométricos

Beneficios del seguro

- Seguro médico
- Cuenta de ahorros para la salud (HSA)
- Beneficios de valor agregado
- Consejos para ahorrar dinero
- Seguro dental
- Seguro oftalmológico
- Seguro de vida básico y por AD&D
- Seguro de vida voluntario y por AD&D
- Seguro de vida permanente con atención a largo plazo
- Seguro voluntario por accidente
- Seguro voluntario por enfermedad crítica
- Seguro voluntario de indemnización por hospitalización

Otros beneficios

- Programa de Asistencia para Empleados
- Servicios de emergencia globales
- Protección contra el robo de identidad
- Seguro para mascotas
- Cuenta de gastos flexibles (FSA)
- Beneficios de transporte

Información sobre tarifas

- Montos de la prima por cheque de pago

Contacto

- Información de contacto de la compañía aseguradora y de RR. HH.



Elegibilidad

Contacto de RR.HH.: Lupita Tellez
Correo electrónico: ltellez@d181.org
Teléfono: 630-861-4934

Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para inscribirse en los beneficios descritos en este resumen. Los dependientes calificados elegibles para obtener cobertura de beneficios seleccionados son los siguientes:

- Su cónyuge legal
- Sus hijos hasta los 26 años de edad
- Sus hijos incapacitados que no estén casados, que no sean autosuficientes debido a una discapacidad física o mental, y que figuren como dependientes en su declaración de impuestos federales
- Su pareja de hecho

Plazo de espera

La cobertura seleccionada por los empleados que son elegibles para acceder a los beneficios entrará en vigor en la fecha de contratación.

¿Cómo me inscribo en los beneficios?

Primero, revise los beneficios disponibles para usted o sus elecciones actuales. Inicie sesión en el sistema de inscripción y siga los pasos que correspondan para completar sus elecciones para 2026. Comuníquese con Lupita Tellez (ltellez@d181.org) si tiene alguna pregunta.

Eventos que califican

Por fuera del período de inscripción abierta, deberá contar con un evento de vida que califique para agregar o eliminar beneficios, o hacer cambios. Los empleados serán responsables de avisar a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento de vida que califica para que se aplique el cambio en las elecciones de beneficios. Los cambios por evento de vida que califica entran en vigor en la fecha en la que ocurrió el evento.

Estos son algunos ejemplos de eventos de vida que califican:

- Pérdida de la cobertura de salud actual
- Pérdida de la elegibilidad para Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)
- Cumplir 26 años y perder de la cobertura del plan del padre/madre
- Casamiento o divorcio
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Fallecimiento de un familiar

Finalización de la cobertura

Si usted o sus dependientes cubiertos ya no reúnen requisitos de elegibilidad o si la relación laboral finaliza, la cobertura de beneficios terminará en la fecha definida en su contrato de trabajo. Es posible que pueda optar por la continuación de la cobertura en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) para usted y sus dependientes elegibles en lo que respecta a servicios médicos, dentales y oftalmológicos, al igual que obtener una cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) para atención médica. Puede solicitar la portabilidad o la conversión de su beneficio de seguro de vida voluntario y por muerte accidental y desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment, AD&D) si desea continuar con esta cobertura después de la desvinculación laboral. Puede solicitar convertir su cobertura de seguro de vida básico y por AD&D.

Definiciones de seguros

Deducible
El deducible es el monto que usted paga de su bolsillo antes de que el plan comience a pagar. Los deducibles anuales se reinician cada año el 1 de enero.

Coseguro
El coseguro es un porcentaje de los costos de los servicios de atención médica que deberá pagar una vez alcanzado el deducible anual.

Deducible integrado
En un plan de salud con deducible integrado, ninguna persona inscrita en la cobertura familiar pagará más que el monto del deducible individual.

Gasto máximo de bolsillo
El gasto máximo de bolsillo es el límite anual del monto que usted debe pagar de su propio bolsillo por los servicios (incluidos deducibles, copagos y coseguro). Una vez alcanzado el gasto máximo de bolsillo anual, el plan cubrirá el 100% del resto de los gastos médicos durante el año.

Copagos
Los copagos son montos fijos que usted debe pagar para recibir determinados servicios, como consultas médicas, procedimientos o medicamentos recetados.

Prima
La prima es el monto que se paga por la cobertura del seguro, independientemente de si se utilizan los servicios o no. Los empleados son responsables de pagar su parte de la prima del seguro, la cual se deduce directamente de su cheque de pago como contribución a la nómina.

Micrositio de beneficios

Toda la información sobre el conjunto completo de beneficios disponibles a través de su empleo está disponible en el micrositio de beneficios. Puede acceder al micrositio en https://ccsd181.ilschoolinsurancenetwork.org/

El micrositio consta de los siguientes contenidos:

- Definiciones y explicación de los beneficios
- Vídeos educativos
- Documentos del plan de la póliza
- Formularios de reclamaciones
- Guías para encontrar proveedores
- Información sobre servicios adicionales:
  - servicios de maternidad;
  - programas para dejar de fumar;
  - recursos para viajes;
  - ¡y mucho más!

Servicios de bienestar para empleados del Distrito 181

Como parte de nuestro compromiso con la salud y el bienestar de nuestros empleados, el distrito ofrece a los empleados inscritos en cualquiera de los planes médicos de BlueCross BlueShield de Illinois la oportunidad de obtener una prima médica reducida (“tarifa de bienestar”).

Complete el examen biométrico para acceder a la tarifa de bienestar

Para acceder a la tarifa de bienestar, los empleados deben completar el examen biométrico en uno de los eventos que se llevan cabo en el lugar de trabajo indicados a continuación o visitar a su médico de atención primaria para que complete el formulario de proveedor de servicios de salud.

Fecha	Horario	Ubicación
Lunes 22 de septiembre de 2025	De 6:30 a. m. a 10:30 a. m.	Clarendon Hills Middle School *Escenario*
Martes 23 de septiembre de 2025	De 6:30 a. m. a 10:30 a. m.	Hinsdale Middle School *Escenario*
Miércoles 24 de septiembre de 2025	De 6:30 a. m. a 10:30 a. m.	Edificio administrative *Sala de Desarrollo Profesional*
Viernes 26 de septiembre de 2025	De 6:30 a. m. a 10:30 a. m.	Hinsdale Middle School *Escenario*

Si no puede asistir a ninguno de los eventos en el lugar de trabajo, puede visitar a su médico de atención primaria para que le realice un examen biométrico y complete el formulario de proveedor de servicios de salud. La fecha límite para enviar el formulario de proveedor de servicios de salud es el **31 de octubre de 2025.**

Todos los empleados a tiempo completo que completen el examen biométrico accederán a la tarifa de bienestar.

Todos los empleados contratados después del 1 de noviembre de 2025 recibirán automáticamente la tarifa de bienestar reducida hasta el 31 de diciembre de 2025, pero deberán completar el examen biométrico en otoño del 2025 para acceder a la tarifa de bienestar a partir del 1 de enero de 2026.

Consulte la información sobre tarifas para saber los costos por cheque de pago.

Actividades e iniciativas de bienestar adicionales

A lo largo del año, el Distrito 181 ofrece actividades e iniciativas de bienestar adicionales:

- **Desafíos de bienestar:** participe en los desafíos de bienestar del distrito durante todo el año para promover la incorporación de hábitos saludables. Esté atento a próximas novedades.
- **Feria de Bienestar:** participe en nuestra Feria de Bienestar anual, de un día de duración, en el lugar de trabajo, en junio, para **todos** los empleados. Los proveedores de servicios de bienestar de la zona estarán presentes para hablar sobre los servicios de bienestar disponibles en la comunidad.
- **Página de servicios de bienestar:** para obtener más información sobre nuestro programa de bienestar, recibir boletines mensuales de bienestar o comunicarse con el miembro del comité de bienestar de su edificio, visite nuestra página: https://ccsd181.lincolnwayareaaffiliation.org/index.php/wellness

Seguro médico | BlueCross BlueShield

El Distrito 181 continúa ofreciendo cuatro planes médicos a través de BlueCross BlueShield de Illinois. Los planes médicos incluyen cobertura de medicamentos recetados. Una vez cubierto por un plan médico, usted no paga nada por servicios de atención preventiva, como el chequeo anual, las vacunas y ciertos exámenes de salud cuando son brindados por un proveedor dentro de la red.

HMO

Los planes de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) requieren que cada persona cubierta seleccione un grupo médico y un médico de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red HMO. Toda la atención es administrada y coordinada por su grupo médico o PCP, y cualquier servicio especializado brindado fuera del consultorio del PCP requerirá una derivación. No hay beneficios fuera de la red.

Detalles del plan médico:	**HMO 3** Beneficios dentro de la red únicamente	**HMO 4** Beneficios dentro de la red únicamente
Número de póliza	B14332	B01776
Red	HMO Blue Advantage	HMO Blue Advantage
Deducible Individual Grupo familiar	 $0 $0	 $500 $1,000
Coseguro *(a cargo del miembro)*	0%	20%
Gasto máximo de bolsillo para atención médica Individual Grupo familiar	 $1,500 $3,000	 $2,500 $5,000
Servicios médicos Servicios de atención preventive Consultas médicas generales Consultas médicas con un especialista	 Sin cargo Copago de $30 Copago de $50	 Sin cargo Copago de $35 Copago de $55
Atención en la sala de emergencias	Copago de $150	Copago de $150 + 20% después del deducible
Atención de urgencia	Copago de $30	Copago de $35
Gasto máximo de bolsillo para recetas médicas Individual / Familiar	$5,100 / $10,200	Incluido en los servicios de atención médica Gasto máximo de bolsillo
Medicamentos recetados Genérico / preferido / no preferido / especializado	**Copagos:** $10 / $25 / $40 / $40	**Copagos:** $10 / $50 / $100 / $100
Medicamentos recetados por correo Genérico / preferido / no preferido	**Copagos:** $20 / $50 / $80	**Copagos:** $30 / $150 / $300

Para encontrar un proveedor médico de una HMO de BlueCross BlueShield (BCBS), visite www.bcbsil.com/find-a-doctor-or-hospital o comuníquese con Atención al Cliente al número gratuito: **800-892-2803.** Tenga a mano el número de 3 dígitos de su grupo médico o asociación de médicos individuales.

Seguro médico | BlueCross BlueShield

BCO PPO

El plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Blue Choice Options (BCO) es un plan PPO "tradicional" con deducible, coseguro y copagos. Tiene la flexibilidad de acudir a cualquier médico, hospital o especialista de su elección, sin necesidad de una derivación. El plan opera con 3 redes

Nivel 1: Blue Choice Options (BCO). Usted tiene el gasto de bolsillo más bajo.
Nivel 2: PPO. Usted tiene un gasto de bolsillo mayor que con BCO, pero aún se considera dentro de la red.
Nivel 3: Fuera de la red Usted tiene el gasto de bolsillo más alto y podría estar sujeto a facturación de saldo.

Detalles del plan médico:	**DISPONIBLE DESPUÉS DE 4 AÑOS DE EMPLEO** **BCO PPO**		
Número de póliza	294492		
Red	**Nivel 1:** Blue Choice Options	**Nivel 2:** PPO	**Fuera de la red**
Deducible Individual Grupo familiar	 $1,000 $3,000	 $2,500 $7,500	 $5,000 $15,000
	Deducible integrado		
Coseguro *(a cargo del miembro)*	10%	30%	50%
Gasto máximo de bolsillo para atención médica Individual Grupo familiar	 $2,500 $5,500	 $5,500 $10,200	 $11,000 $26,400
Servicios médicos Servicios de atención preventive Consultas médicas generales Consultas médicas con un especialista	 0% Copago de $25 Copago de $50	 0% Copago de $50 Copago de $100	 50% después del deducible 50% después del deducible 50% después del deducible
Atención en la sala de emergencias	10% después del deducible		
Atención de urgencia	Copago de $50	Copago de $50	50% después del deducible
Gasto máximo de bolsillo para recetas médicas Individual / Familiar	Incluido en los servicios de atención médica Gasto máximo de bolsillo	Incluido en los servicios de atención médica Gasto máximo de bolsillo	Incluido en los servicios de atención médica Gasto máximo de bolsillo
Medicamentos recetados Genérico / preferido / no preferido / especializado	**Copagos:** $10 / $40 / $60 / $60	**Copagos:** $10 / $40 / $60 / $60	**Copagos:** $10 / $40 / $60 + 25%
Medicamentos recetados por correo Genérico / preferido / no preferido	**Copagos:** $20 / $80 / $120	**Copagos:** $20 / $80 / $120	N/A

Seguro médico | BlueCross BlueShield

PPO HDHP combinado con una HSA
El plan consta de dos componentes:

(1) Plan de salud con deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP) de una PPO
Este plan tiene el monto prima más bajo por cheque de pago entre las opciones de plan médico. El plan de salud con deducible alto es un PPO con un deducible más alto que se debe cumplir antes de que el plan comience a cubrir los gastos. Con excepción de los servicios de atención preventiva, los participantes deben pagar el costo total de los servicios médicos, menos cualquier descuento de la compañía aseguradora, antes de alcanzar el deducible. Una vez alcanzado el deducible, el plan pagará el 100% de los costos médicos restantes durante el año del plan. La inscripción en este plan le permite abrir y contribuir a una cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) a través de Health Equity.

(2) Cuenta de ahorros para la salud (HSA)
Una cuenta de ahorros para la salud es una cuenta con ventajas impositivas combinada con el HDHP que se puede usar para pagar gastos médicos, dentales y oftalmológicos calificados durante todo el año. Los fondos de esta cuenta se pueden usar para pagar gastos elegibles suyos y de sus dependientes fiscales. El dinero de su HSA está a su disposición, incluso si cambia de plan o se jubila. Los fondos se transfieren de un año a otro.

Detalles del plan médico:	PPO HDHP		
Número de póliza	294504		
Red	**Nivel 1:** Blue Choice Options	**Nivel 2:** PPO	**Fuera de la red**
Deductible Individual Grupo familiar	$3,400 $6,800	$4,500 $9,000	$6,000 $12,000
	Deducible integrado		
Coseguro *(a cargo del miembro)*	0%	20%	50%
Gasto máximo de bolsillo para atención médica Individual Grupo familiar	$3,400 $6,800	$6,000 $12,000	$12,000 $24,000
Servicios médicos Servicios de atención preventive Consultas médicas generales Consultas médicas con un especialista	Sin cargo 0% después del deducible 0% después del deducible	Sin cargo 20% después del deducible 20% después del deducible	50% después del deducible 50% después del deducible 50% después del deducible
Atención en la sala de emergencias	0% después del deducible		
Atención de urgencia	0% después del deducible	20% después del deducible	50% después del deducible
Gasto máximo de bolsillo para recetas médicas Individual / Familiar	Incluido en el gasto máximo de bolsillo para atención médica		
Medicamentos recetados Genérico / preferido / no preferido/especializado	0% después del deducible	0% después del deducible	0% después del deducible*
Medicamentos recetados por correo Genérico / preferido / no preferido	0% después del deducible	0% después del deducible	N/A

** Los beneficios se proporcionan al 75% si se utiliza una farmacia fuera de la red. Los miembros son responsables del 25% del monto elegible.*

Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Contribuciones a la HSA de 2026

Contribución máxima al IRS:	Solo el empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Grupo familiar
Contribución máxima a la HSA	$4,400	$8,750	$8,750	$8,750
Contribución adicional (personas de 55 años o más)	$1,000			

** El distrito puede contribuir a su HSA. Tenga en cuenta que su contribución máxima a la HSA se reducirá según el monto de la contribución del distrito.*

Usar la HSA para Gastos que Califican

Puede usar el dinero de su HSA para pagar gastos médicos, de servicios dentales y oftalmológicos que califican según las leyes fiscales federales. Por ejemplo los siguientes servicios entre otros:

Gastos médicos
- Servicios de acupuntura
- Atención quiropráctica
- Tratamiento para la fertilidad
- Servicios de diagnóstico
- Y más

Gastos dentales
- Caries
- Coronas
- Dentaduras postizas
- Ortodoncia
- Y más

Gastos oftalmológicos
- Exámenes de la vista
- Lentes de contacto
- Anteojos
- Cirugía ocular con láser
- Y más

Para obtener una lista completa de gastos médicos calificados, visite www.irs.gov y busque la sección 213d.

Ventajas de tener una cuenta de ahorros para la salud (HSA)

- Beneficio de triple ahorro fiscal, ya que las contribuciones no se gravan al ingresar a la cuenta, mientras permanecen allí generando intereses ni cuando se retiran para un gasto médico calificado.
- Paga una prima menor para este plan.
- Los fondos que no usa se transfieren cada año, y no existe un límite máximo de cuánto puede ahorrar y acumular con el tiempo.
- La cuenta es transferible, así que no debe preocuparse por perder el dinero depositado en ella si elige otro plan, se jubila o, incluso, si cambia de empleo.
- La HSA puede considerarse una segunda forma de ahorro para la jubilación.
- Usted tiene el control de sus gastos de atención médica y elige cuándo usar el dinero disponible en su HSA y cuándo ahorrarlo.
- Puede tomar decisiones mejor fundamentadas sobre su atención médica y los gastos relacionados.

Beneficios de valor agregado | BlueCross BlueShield

BlueAccess for Members (BAM): www.bcbsil.com
BAM es un sitio web seguro para miembros que le brinda acceso inmediato a su información de atención médica y beneficios. Consulte el estado de una reclamación, busque proveedores dentro de la red, utilice la herramienta de comparación de hospitales, imprima tarjetas de identificación del plan médico o dental, y más.

Para acceder a BlueAccess Mobile descargue la aplicación.

Consultas virtuales: MDLIVE
El Programa de Telesalud de MDLIVE ofrece a los miembros inscritos acceso a atención médica no urgente sin necesidad de salir de casa. Acceda a un médico de manera virtual, las 24 horas al día, los 7 días a la semana, para consultar sobre una gran variedad de dolencias y síntomas. Inicie sesión en MDLIVE.com/bcbsil o llame al **888.676.4204** hoy para obtener información adicional sobre este beneficio.

Programa de Atención a la Maternidad: 888.421.7781
Atención personalizada de la mano de enfermeras obstétricas.

Línea de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana: 800.299.0274
(solo para miembros de planes BCO PPO/PPO HDHP)
Información general de salud y orientación sobre afecciones específicas, desde fiebre hasta picaduras de abejas, brindada por una enfermera titulada.

Descuentos Blue365
Inicie sesión en su portal para miembros de BCBS y haga clic en "Wellness" (Bienestar).
Busque el Programa de Descuento para Miembros de Blue365 y haga clic en "Visit Blue365" (Visitar Blue365).

Programa de Bienestar para Miembros Well on Target
Acceda a recursos de salud y bienestar para cuidar su salud. Entre los recursos, se incluyen evaluaciones de salud, cursos autodirigidos y asesoramiento sanitario.

Medicamentos con receta por correo: 833.715.0942
A través de Express Scripts, express-scripts.com/rx, puede enviar sus rectas por correo y ahorrar tiempo y dinero.

Programa de Farmacia para Medicamentos Especializados: 833.721.1619
A través de Accredo accredo.com, usted puede solicitar y administrar sus recetas de medicamentos especializados.

Consejos para ahorrar dinero

Exámenes preventivos y de bienestar cubiertos al 100%.
- La atención preventiva consiste en un examen físico al año por miembro.
- Además de su examen físico anual, las mujeres reciben un examen médico anual cubierto al 100%.
- No se aplican gastos de bolsillo: estos exámenes están totalmente cubiertos *siempre que su médico los clasifique como preventivos.*

Medicamentos recetados
- Pregunte a su médico si existe alguna versión genérica de cualquier medicamento que esté tomando o que le hayan recetado.
- Aproveche los programas de ahorro en recetas de los principales minoristas.
- Consulte con su médico sobre muestras gratuitas o descuentos de los fabricantes.

Exámenes, radiografías y pruebas de costo elevado
- Las resonancias magnéticas (magnetic resonance imaging, MRI), las tomografías por emisión de positrones (positron emission tomography, PET), las tomografías computarizadas (computed tomography, CT), etc. cuestan menos en los centros de diagnóstico por imágenes independientes dentro de la red que en los hospitales.
- Siempre que sea posible, compare los valores antes de programar los servicios necesarios.

Alternativas a la sala de emergencias
La sala de emergencias es una experiencia costosa para tratar problemas que no son emergencias reales. Existen alternativas que pueden ofrecer una atención rápida a un costo mucho más asequible.

- Consulta médica: si tiene síntomas que no ponen en riesgo la vida, llame e indique que requiere atención inmediata.
- Clínicas de atención ambulatoria: puede utilizarlas cuando no disponga de un médico de atención primaria o no pueda conseguir una cita. Son buenas para la atención en caso de tener fiebre, dolor de garganta o estreptococos, tos o congestión, o infecciones urinarias; o para realizarse exámenes físicos deportivos, entre otros. Visite cvs.com o walgreens.com para encontrar una clínica cercana.
- Atención urgente (Urgent Care, UC): es más económica que la atención en la sala de emergencias. Mediante este servicio pueden tratarse esguinces o torceduras, pequeñas fracturas, casos de asma o infecciones leves, erupciones cutáneas, cortes pequeños, quemaduras, etc.

Seguro dental | BlueCross BlueShield

Organización de Proveedores Dentales Preferidos (DPPO)

El plan de una Organización de Proveedores Dentales Preferidos (Dental Preferred Provider Organization, DPPO) ofrece la flexibilidad de utilizar cualquier dentista, dentro o fuera de la red. Escoger un profesional dentro de la red permitirá que su máximo anual dure más tiempo. Si acude a un dentista fuera de la red, es posible que deba pagar la factura en el momento del servicio, y recibirá un reembolso más adelante.

En un esfuerzo por evitar servicios más caros asociados a enfermedades dentales y a cirugías, la cobertura dental se centra en procedimientos preventivos y de diagnóstico. El tipo de servicio o de procedimiento recibido determinará el importe de la cobertura de cada consulta. Cada tipo de servicio se clasifica en una clase de servicio según su complejidad y costo. Le recomendamos que solicite una determinación previa de beneficios en el caso de procedimientos importantes.

Servicios de atención preventiva
- Limpiezas anuales
- Radiografías de mordida
- Mantenedores de espacio
- Y más

Procedimientos restaurativos básicos
- Empastes
- Tratamiento de conducto
- Cirugía bucal
- Y más

Procedimientos importantes:
- Dentaduras postizas
- Puentes
- Incrustaciones, sobreincrustaciones, coronas
- Y más

Detalles del plan dental:	DPPO 1500 - 308195 Dentro de la red / Fuera de la red	
Red	BlueCare Dental	
Deducible individual	$25 por año calendario	
Deducible familiar	$25 por persona por año calendario (máximo $75)	
Coseguro de la atención preventiva	100%	100%
Coseguro básico	80%	80%
Coseguro de los procedimientos importantes	50%	50%
Máximo anual del plan	$1,500	$1,500
Ortodoncia	50% de coseguro	50% de coseguro
Límite de edad para ortodoncia	19 años	19 años
Gasto máximo para ortodoncia	$1,500	$1,500

Para imprimir una tarjeta de identificación del plan dental, visite www.bcbsil.com e inicie sesión en el portal de BlueAccess for Members. Luego ingrese a "Member ID Card" (Tarjeta de identificación de miembro).

Para encontrar un proveedor dental de BlueCross BlueShield de Illinois (BCBSIL), visite www.bcbsil.com/find-care/providers-in-your-network/find-a-dentist o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al número gratuito **800-367-6401**

Seguro oftalmológico | VSP

El seguro oftalmológico ayuda a compensar los costos de los exámenes oftalmológicos de rutina y también a pagar por lentes correctores, ya sean anteojos o de contacto, que pueda recetar un oftalmólogo.

Gracias al acceso a proveedores de servicios oftalmológicos dentro de la red, podrá beneficiarse de una auténtica cobertura de seguro para la vista. Usted es elegible para un examen oftalmológico y para cristales para anteojos o lentes de contacto cada 12 meses, y para armazones cada 24 meses. Si acude a un proveedor de servicios oftalmológicos fuera de la red, deberá pagar la factura en el momento del servicio, y recibirá un reembolso más adelante.

Tenga en cuenta que al inscribirse en uno de los planes médicos ofrecidos por el distrito, usted queda inscrito automáticamente en este plan oftalmológico.

Detalles del plan oftalmológico:	Frecuencia	Dentro de la red	Fuera de la red
Red	**VSP Choice Network**		
Examen para la vista	Cada 12 meses	Copago de $10 para el examen WellVision Copago de hasta $60 para el examen de lentes de contacto	Reembolso de hasta $45
Cristales » **Monofocales** » **Bifocales** » **Trifocales** » **Lenticulares** » **Anteojos de policarbonato para niños**	Cada 12 meses	$25 de copago	El reembolso varía
Armazones*	Cada 24 meses	Asignación de $130 (asignación de $150 para marcas destacadas) Más del 20% de descuento sobre el saldo que supere la asignación	Reembolso de hasta $70
Lentes de contacto optativos*	Cada 12 meses	Asignación de $130	Reembolso de hasta $105

** La frecuencia de los beneficios oftalmológicos se basa en la fecha de servicio dentro del año de la póliza.*
*** Los lentes de contacto y los anteojos no están cubiertos por el plan en el mismo año calendario. Se pueden aplicar descuentos si se compran materiales adicionales.*

Para obtener descuentos adicionales en materiales y servicios, visite https://www.vsp.com/offers/special offers

Servicios de atención oftalmológica primaria

El plan de atención médica oftalmológica más completo de VSP, que ofrece tratamiento y servicios para todas las afecciones médicas relacionadas con la vista, como ojo seco, cataratas, conjuntivitis, lesiones oculares, extracción de cuerpos extraños y enfermedades oculares.

Incluido en el beneficio de atención oftalmológica primaria:

- Examen de retina con cobertura total para miembros con diabetes, incluso si no presenta signos de enfermedad ocular diabética.
- Exámenes oculares médicos adicionales para monitorear y hacer seguimiento de la enfermedad ocular diabética, el glaucoma y la degeneración macular asociada a la edad (DMAE).
- Exámenes oculares médicos adicionales y otros servicios para afecciones no crónicas.

VSP no emite ni requiere tarjetas de identificación del plan oftalmológico para recibir servicios ya que los proveedores pueden localizarlo en su sistema usando su nombre y fecha de nacimiento. Si desea una tarjeta de identificación, puede iniciar sesión en su cuenta e imprimir su tarjeta de identificación de miembro.

Para encontrar un proveedor de servicios oftalmológicos de VSP, visite www.vsp.com/eye-doctor o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente llamando al número gratuito **800-877-7195.**

Seguro de vida básico o por AD&D | SunLife

El Distrito 181 ofrece seguro de vida básico y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a través de SunLife sin costo. El seguro de vida básico ayuda a aliviar la carga financiera de sus seres queridos dado que brinda un beneficio a su beneficiario designado en caso de que usted fallezca. La cobertura de AD&D proporciona un beneficio adicional a su beneficiario si usted fallece a causa de un accidente cubierto. El seguro por AD&D también pagará un beneficio si sufre la pérdida de una extremidad o de la vista debido a un accidente cubierto. Mantenga siempre actualizada la información de sus beneficiarios.

	Monto del beneficio del seguro de vida
Incrementos de la cobertura	Una vez los ingresos anuales (redondeado al múltiplo de $1,000 más cercano)
Importe máximo del beneficio	$50,000

Seguro voluntario de vida o por AD&D | SunLife

El seguro de vida voluntario es una cobertura adicional que usted puede adquirir para aliviar aún más la carga financiera de sus seres queridos en caso de que usted fallezca. También puede optar por comprar una cobertura de AD&D adicional (el beneficio por AD&D debe coincidir con el monto del seguro de vida). Usted paga el 100% del costo de esta cobertura, pero a una tarifa grupal reducida. Mantenga siempre actualizada la información de sus beneficiarios.

	Empleado	Cónyuge	Hijos
Incrementos de la cobertura	$10,000	$5,000	$5,000
Monto de cobertura garantizada	$200,000	$25,000	$10,000
Importe máximo del beneficio	$500,000, sin superar 7 veces sus ingresos anuales	$250,000 (sin superar el 100% del monto del empleado)	$10,000

Si se inscribe cuando es recién elegible, puede optar por un monto de emisión garantizado sin necesidad de completar la Evidencia de Asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI). Si se elige un monto superior al monto de emisión garantizado, se requiere una EOI. También se requiere una EOI si usted o su cónyuge renunciaron previamente a la cobertura y eligen inscribirse en un momento posterior, o si solicitan un aumento de cobertura superior a $40,000 en el período de inscripción abierta.

Seguro de vida permanente | Allstate con atención a largo plazo

Cuando una familia pierde a un ser querido, además del dolor, los familiares sobrevivientes pueden enfrentar de manera repentina a gastos y deudas significativos. El seguro de vida permanente ofrece un monto definido de cobertura de seguro de vida, dado que fija el costo según su edad actual. El valor nominal de la póliza nunca disminuye y el costo nunca aumenta siempre y cuando las primas se paguen a tiempo. Esta póliza también incluye un beneficio de atención a largo plazo que brinda apoyo financiero para cubrir el costo del cuidado prolongado que pueda necesitar mientras aún esté vivo, como resultado de un accidente, una enfermedad o el natural envejecimiento Este beneficio pagará un porcentaje definido de manera mensual, hasta un número determinado de meses, para ayudar a cubrir sus necesidades de atención a largo plazo que estén cubiertas por la póliza. Esta póliza no se coordina con ninguna otra cobertura, por lo que aún puede recibir beneficios además de cualquier otro seguro de vida que posea o que se le proporcione.

Así es como funciona

Se inscribe en el seguro de vida permanente completo del grupo a través de su empleador. **Los pagos de la prima se deducen automáticamente de su salario de manera sencilla.**



Fallecimiento

Cuando usted fallezca, sus beneficiarios recibirán el monto del beneficio por fallecimiento como un pago único en efectivo.



Atención a largo plazo

Si en algún momento requiere atención a largo plazo, puede comenzar a retirar fondos del beneficio por fallecimiento para recibir un pago mensual que puede utilizarse para cubrir



Emergencia financiera

Si tiene una emergencia financiera y necesita efectivo, puede acceder a los fondos del saldo en efectivo.

¿Cuánto es el beneficio de atención a largo plazo?

- El **6%** del **beneficio por fallecimiento**
- Pagadero todos los meses durante un máximo de **34 meses**

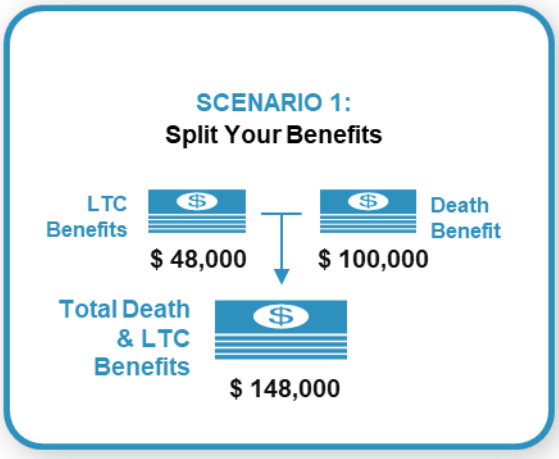
¿Qué sucede con el beneficio por fallecimiento?

- Se **RESTAURA** al valor nominal original de la póliza, independientemente del monto de los beneficios de atención a largo plazo (long term care, LTC) pagados.

Ejemplo con una póliza de $100,000

A los 46 años, John necesita 8 meses de atención médica domiciliaria debido a un accidente.

- **Beneficios de atención a largo plazo** (8 meses) = $48,000
  - $6,000 x 8 meses
- **Beneficio por fallecimiento restante=** $100,000
- **Beneficios totales** = $148,000



Nota importante

- Comuníquese con los asesores de beneficios para obtener más información sobre los detalles del plan y las tarifas.

Seguro voluntario por accidente | BlueCross BlueShield

Debido a que los accidentes pueden suceder en cualquier momento, es importante estar preparado para los imprevistos. El seguro de accidentes puede ayudar a cubrir los gastos de bolsillo asociados con un accidente, dado que proporciona un beneficio por cada una de las lesiones cubiertas que sufra y por el tratamiento que reciba. Esta póliza no se coordina con ninguna otra cobertura, por lo que puede recibir beneficios adicionales a los de su plan médico. Consulte la hoja de resumen del plan para conocer los detalles específicos de la cobertura.

Los pagos se realizan directamente a usted para que los utilice como lo considere conveniente. Se pueden utilizar para pagar los deducibles y copagos del plan médico (si corresponde), tratamientos fuera de la red, los gastos de vida diarios de su familia o cualquier otra cosa que necesite mientras se recupera de un accidente. A continuación se presentan algunas, pero no todas, de las formas de activar un pago de la póliza de accidentes:

- **Servicios de bienestar:** el plan paga un monto de beneficio específico por asistir a una consulta de atención preventiva, como un examen físico anual.
- **Tratamiento:** el plan paga un monto de beneficio específico por tratamientos brindados en la sala de emergencias, radiografías, exámenes de diagnóstico, fisioterapia y tratamiento de seguimiento.
- **Ambulancia:** el plan paga un monto de beneficio específico para el transporte en ambulancia terrestre o aérea a un hospital debido a lesiones sufridas en un accidente cubierto.
- **Varios:** el plan paga un monto de beneficio específico por conmociones cerebrales, fracturas, esguinces, quemaduras, dislocaciones, laceraciones y más.

Tenga en cuenta que esta cobertura se aplica a accidentes que ocurren dentro o fuera del trabajo.

Seguro voluntario por enfermedad crítica | BlueCross BlueShield

El seguro por enfermedad crítica protege a su familia cuando se le diagnostica una afección cubierta inesperada proporcionándole un beneficio en efectivo único en caso de que a usted o a un miembro de su familia asegurado se le diagnostique una afección cubierta. Esta póliza no se coordina con ninguna otra cobertura, por lo que puede recibir beneficios adicionales a los de su plan médico. Este plan también paga un monto de beneficio específico por asistir a una consulta de atención preventiva, como un examen físico anual. Consulte la hoja de resumen del plan para conocer los detalles específicos de la cobertura.

Monto de la cobertura	
Monto de cobertura del empleado	$5,000 - $20,000 en incrementos de $5,000
Monto de cobertura del cónyuge	$2,500 - $10,000 en incrementos de $2,500, sin superar el 100% del monto del beneficio del empleado
Monto de cobertura de los hijos	$2,500 - $10,000 en incrementos de $2,500, sin superar el 100% del monto del beneficio del empleado

Seguro voluntario de indemnización | BlueCross BlueShield por hospitalización

El seguro de indemnización hospitalaria protege a su familia durante su estancia en un hospital o una unidad de cuidados intensivos (UCI). Esta póliza brinda protección financiera mediante el pago de un beneficio para el ingreso al hospital, la internación y la atención en la UCI. Los beneficios se pagan según el ingreso y la duración de la estancia por un número determinado de días. Esta póliza no se coordina con ninguna otra cobertura, por lo que puede recibir beneficios adicionales a los de su plan médico.

		Cobertura del plan
Ingreso al hospital	Hasta 1 día al año	$1,000
Internación diaria (más de 2 días)	Hasta 30 días al año	$100 por día
Ingreso en la UCI	Hasta 1 día al año	$1,000
Internación diaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (más de 2 días)	Hasta 10 días al año	$100 por día

Programa de Ayuda para Empleados (EAP)

El Programa de Ayuda para Empleados (Employee Assistance Program, EAP) proporcionado por AllOne Health ofrece ayuda profesional y empática para tratar una variedad de problemas, como manejo del estrés, depresión y ansiedad, conflictos familiares o interpersonales, conflictos en el lugar de trabajo, dificultades legales o financieras y consumo de drogas o alcohol. Los servicios son confidenciales: ni su empleador ni sus compañeros de trabajo sabrán de su solicitud de ayuda. Los servicios del EAP están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para usted y sus dependientes elegibles. No tiene ningún costo; está disponible cuando lo necesite.

Para obtener más información llame al (800) 451-1834.

Además, puede visitar allonehealth.com/portal e iniciar sesión con las siguientes credenciales de cuenta para obtener más información:

Inicio de sesión: LIN500

Entre los posibles motivos para llamar se encuentran los siguientes:

- Estrés y depresión
- Momentos de transición
- Duelo y pérdida de seres queridos
- Crianza y cuidado de niños
- Derivaciones para el cuidado de personas mayores
- Violencia doméstica
- Conflictos en el lugar de trabajo
- Equilibrio entre la vida personal y laboral
- Adicción y recuperación
- Problemas financieros
- Asistencia legal
- Y más

Servicios Globales | Assist America

El programa global de asistencia de emergencia proporcionado por Assist America® lo conecta con proveedores de atención médica, hospitales, farmacias y otros servicios calificados si experimenta una emergencia mientras viaja a 100 millas de su hogar o fuera del país por hasta 90 días consecutivos.

Asistencia de Emergencia Médica

Consulta médica, evaluación y referencias
El Centro de Operaciones 24 horas al día, 7 días a la semana de Assist America cuenta con personal de asistencia multilingüe para brindar apoyo inmediato con recomendaciones para cualquier emergencia.

Monitoreo Médico
El equipo de apoyo de Assist America supervisará de cerca el curso del tratamiento y mantendrá una comunicación regular con los pacientes, sus familias y el personal médico asociado.

Evacuación médica de emergencia
Si no se dispone de la atención adecuada, Assist America evacuará de forma segura al miembro al centro médico calificado más cercano.

Asistencia de admisión a hospitales extranjeros
Assist America fomenta la pronta admisión hospitalaria validando el seguro médico del miembro según sea necesario en el hospital. El miembro debe reembolsar los fondos dentro de los 45 días.

Repatriación Médica
Cuando se confirma que es médicamente necesario, Assist America proporciona transporte comercial al hogar del miembro o al centro de rehabilitación cercano a su residencia, con un acompañante médico o no médico, según sea necesario.

Asistencia con recetas
Cuando una receta se pierde o se olvida, Assist America se comunicará con el médico que la receta y trabajará con una farmacia local para reemplazar el medicamento del miembro. El costo de la receta es responsabilidad del miembro.

Asistencia de emergencia en viajes

Cuidado de niños menores
Si un miembro lesionado tiene hijos menores de edad que quedan desatendidos, Assist America pagará para que regresen a casa con un miembro de la familia o se encargará del cuidado de los niños en casa.

Visita compasiva
Si el miembro viaja solo y se espera que esté hospitalizado por más de siete días, Assist America organizará y pagará para que un familiar o amigo seleccionado acompañe al paciente.

Translado de Vehiculo
Assist America organizará y pagará el traslado del vehículo a su lugar de residencia cuando un miembro sufre una emergencia médica y se encuentra viajando solo sin poder regresarlo.

El regreso de los restos mortales
En caso de que un miembro fallezca, Assist America organizará y pagará los documentos requeridos, la preparación y el transporte de los restos a una funeraria cerca del lugar de residencia del miembro.

Información previa al viaje
Los miembros pueden revisar los perfiles de los países, los requisitos de visa, las regulaciones de vacunación y los avisos de seguridad directamente desde el sitio web y la aplicación móvil de Assist America, así como llamar a nuestro Centro de Operaciones para obtener asistencia adicional.

Otros servicios de asistencia de emergencia incluyen: **Asistencia con Perdida de Equipaje y Documentos, Referencias Legales y de Intérpretes, Información Previa al Viaje, Transmisión de Mensajes de Emergencia, Asesoramiento de Emergencia Sobre Traumas y Coordinación de Emergencia en Efectivo y Fianzas.**

Cómo activar servicios

Para activar los servicios, comuníquese con Assist America al:

- Utilice **el botón Tocar para obtener ayuda en la aplicación móvil**
- **1-800-872-1414** (Dentro de los Estados Unidos)
- **1-609-986-1234** (Fuera de los Estados Unidos)
- Correo electrónico **medservices@assistamerica.com**

Su número de referencia de Assist America es:

01-AA-SUL-100101

Disponible en Google Play y App Store

Protección de Identidad | Assist America

Servicios de protección de identidad

Assist America ofrece herramientas de prevención y resolución para salvaguardar sus datos y restaurar su integridad si se utilizan de manera fraudulenta. Estos servicios incluyen:

Acceso 24 horas al día, 7 días a la semana a expertos en protección de identidad

Tiene acceso de emergencia directo las 24 horas, los 7 días de la semana, a expertos en protección contra robo de identidad que pueden brindarle orientación para abordar problemas de fraude de identidad.

Registro de tarjetas y documentos de crédito

Registre sus datos utilizando nuestro sitio web seguro para almacenar información de tarjetas de crédito, bancos y otros documentos importantes en una ubicación única, centralizada y segura.

Asistencia con tarjeta perdida y robada

Assist America organiza la notificación a los emisores de tarjetas de crédito y débito sobre la pérdida o el robo de una tarjeta, para todos los emisores que acepten notificaciones de terceros. Este Servicio requiere el registro previo de hasta diez (10) tarjetas de débito o crédito por parte del miembro.

Soporte de fraude de identidad 24 horas al día, 7 días a la semana

Si es víctima de un fraude de identidad, un experto en protección contra el robo de identidad le guiará para mitigar las consecuencias del fraude. Su trabajadora social también notificará a los emisores de tarjetas de crédito y débito si sus tarjetas de crédito o débito se pierden o se las roban.

1-877-409-9597 (Dentro de los Estados Unidos)
1-816-396-9192 (Fuera de los Estados Unidos)

Código de acceso: 18327

Cómo activar servicios

Para activar los servicios, comuníquese con Assist America al:

- Utilice **el botón Tocar para obtener ayuda en la aplicación móvil**
- **1-800-872-1414** (Dentro de los Estados Unidos)
- **1-609-986-1234** (Fuera de los Estados Unidos)
- Correo electrónico **medservices@assistamerica.com**

Su número de referencia de Assist America es:

01-AA-SUL-100101

Descarga la aplicación móvil

Acceda a una amplia gama de servicios globales de asistencia de emergencia desde su teléfono descargando la aplicación móvil Assist America. Ingrese su número de referencia de Assist America para configurar la aplicación:

01-AA-SUL-100101

Disponible en Google Play y App Store

Seguro para mascotas | Pet Partners

¿Qué es el seguro para mascotas?

El seguro para mascotas es un seguro de salud para perros y gatos. Obtenga un reembolso por las costosas facturas veterinarias y concéntrese más en la salud de sus mascotas y menos en cómo va a pagarlas. Los planes incluyen cobertura de accidentes, enfermedades y lesiones, incluido el tratamiento contra el cáncer.

Cómo funciona:

- Inscríbase en el seguro para mascotas.
- Pague los gastos a su veterinario.
- Presente una reclamación junto con la factura del veterinario.
- Obtenga un reembolso por los gastos elegibles.

Inscríbase:

https://www.petpartners.com/enroll?p=LAA

La cobertura contempla lo siguiente:

- Enfermedades comunes
- Medicamentos recetados
- Intoxicación
- Tratamientos alternativos
- Problemas de comportamiento
- Atención preventiva
- Problemas digestivos
- Servicios de diagnóstico
- Tratamiento del cáncer
- Fractura de huesos
- Internación
- Cirugía

Cuenta de gastos flexibles | HealthEquity

Las cuentas de gastos flexibles (Flexible Spending Accounts, FSA) le permiten reservar dinero para pagar ciertos gastos elegibles durante el año. El dinero se deduce de la nómina antes de impuestos, lo que reduce su ingreso tributable. El año del plan de la FSA se alinea con el año calendario y va del 1 de enero al 31 de diciembre. Las FSA tienen una regla de "úselo o piérdalo", por lo que conviene ser prudente al decidir el monto de sus contribuciones. Hay tres tipos de FSA disponibles:

FSA para atención médica

La cuenta de gastos flexibles para atención médica (Health Care FSA, HCFSA) le permite contribuir con dinero antes de impuestos para los gastos de atención médica calificados que usted, su cónyuge o sus hijos dependientes pueden tener durante el año del plan. Usted o sus dependientes no necesitan estar inscritos en una cobertura médica, dental u oftalmológica a través del distrito para inscribirse en la HCFSA. Puede contribuir hasta $3,400 para el año del plan 2026.

Los gastos elegibles para reembolso incluyen deducibles, copagos y coseguro de los planes médico, dental y oftalmológico (si corresponde), gastos de ortodoncia no cubiertos por su plan dental, medicamentos recetados, anteojos y lentes de contacto recetados, cirugía ocular Lasik y más. Si quedan fondos en su HCFSA al final del año del plan, puede transferir hasta $680 al siguiente año del plan. Cualquier monto restante que supere los $680 se perderá.

FSA de propósito limitado

La FSA de propósito limitado (Limited Purpose FSA, LPFSA) le permite contribuir con dinero antes de impuestos para gastos no médicos elegibles, como deducibles, copagos y coseguros de planes dentales y oftalmológicos. La LPFSA se puede elegir junto con un pan HDHP (y una HSA). Puede contribuir hasta $3,400 para el año del plan 2026. Si quedan fondos en su LPFSA al final del año del plan, puede transferir hasta $680 al siguiente año del plan. Cualquier monto restante que supere los $680 se perderá.

FSA para atención médica de dependientes

La cuenta de gastos flexibles para atención médica de dependientes (Dependent Care FSA, DCFSA) le permite contribuir con dinero antes de impuestos para recibir servicios de atención médica para dependientes elegibles de modo que usted pueda seguir trabajando. Los gastos elegibles incluyen guardería, cuidado antes y después de la escuela, niñeras para niños menores de 13 años y más. Puede contribuir hasta $7,500 para el año del plan 2026. Todos los gastos de la FSA de atención médica para dependientes deben efectuarse durante el año del plan. Los fondos no utilizados se perderán.

Presentación de reclamaciones

A medida que efectúa gastos elegibles, debe presentar un formulario de reclamo simple (junto con copias de sus recibos) y se le reembolsarán dichos gastos desde la cuenta. Los empleados que se inscriban en una HCFSA o LPFSA por primera vez recibirán una tarjeta de débito de la FSA para pagar compras calificadas, por lo que no será necesario presentar una reclamación en papel y esperar el reembolso. Si anteriormente se inscribió en una HCFSA o LPFSA, puede continuar usando su tarjeta de débito hasta la fecha de vencimiento de la tarjeta.

Para obtener una lista completa de gastos elegibles, visite https://www.healthequity.com/fsa-qme

Beneficios de transporte | HealthEquity

Estos beneficios le permiten apartar dinero libre de impuestos para pagar gastos elegibles que realice como parte de su traslado desde y hacia el trabajo.

Usted controla las contribuciones mes a mes. Puede contribuir hasta $340 por mes en 2026, deducidos de sus ingresos brutos, para cubrir el costo del transporte público, como autobús o tren (los gastos de estacionamiento no son elegibles).

Información sobre tarifas

HMO 3 con tarifa de bienestar

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$62.93 / $52.45
Empleado y cónyuge	$130.46 / $108.72
Empleado e hijos	$124.76 / $103.97
Grupo familiar	$200.03 / $166.69

HMO 3 sin tarifa de bienestar

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$75.43 / $62.86
Empleado y cónyuge	$142.96 / $119.14
Empleado e hijos	$137.26 / $114.38
Grupo familiar	$212.53 / $177.11

HMO 4 con tarifa de bienestar

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$53.93 / $44.95
Empleado y cónyuge	$117.86 / $98.22
Empleado e hijos	$112.79 / $93.99
Grupo familiar	$181.31 / $151.09

HMO 4 sin tarifa de bienestar

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$66.43 / $55.36
Empleado y cónyuge	$130.36 / $108.64
Empleado e hijos	$125.29 / $104.41
Grupo familiar	$193.81 / $161.51

BCO PPO con tarifa de bienestar

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$129.42 / $107.85
Empleado y cónyuge	$288.77 / $240.64
Empleado e hijos	$276.72 / $230.60
Grupo familiar	$435.01 / $362.51

BCO PPO sin tarifa de bienestar

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$141.92 / $118.27
Empleado y cónyuge	$301.27 / $251.06
Empleado e hijos	$289.22 / $241.02
Grupo familiar	$447.51 / $372.93

PPO HDHP con tarifa de bienestar

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$73.92 / $61.60
Empleado y cónyuge	$170.61 / $142.18
Empleado e hijos	$163.23 / $136.02
Grupo familiar	$259.60 / $216.33

PPO HDHP sin tarifa de bienestar

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$86.42 / $72.01
Empleado y cónyuge	$183.11 / $152.59
Empleado e hijos	$175.73 / $146.44
Grupo familiar	$272.10 / $226.75

Plan dental

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$0.00 / $0.00
Empleado + 1 dependiente	$50.71 / $42.26
Grupo familiar	$79.93 / $66.61

Plan oftalmológico

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$3.10 / $2.58
Empleado y cónyuge	$4.49 / $3.74
Empleado e hijos	$4.87 / $4.06
Grupo familiar	$8.05 / $6.71

** Si está inscrito en un plan médico de distrito, usted y sus dependientes cubiertos quedan inscritos automáticamente en el plan oftalmológico sin costo adicional.*

Información sobre tarifas

Seguro de vida voluntario
Tarifa por cada $1,000 de cobertura

Edad del empleado	20 / 24 pagos de nómina
<25	**$0.036 / $0.030**
25-29	**$0.036 / $0.030**
30-34	**$0.048 / $0.040**
35-39	**$0.054 / $0.045**
40-44	**$0.066 / $0.055**
45-49	**$0.096 / $0.080**
50-54	**$0.168 / $0.140**
55-59	**$0.270 / $0.225**
60-64	**$0.420 / $0.350**
65-69	**$0.804 / $0.670**
Más de 70	**$1.302 / $1.085**
Hijos	**$0.054 / $0.045**

Tarifa para cónyuge según la edad del empleado

Seguro voluntario por AD&D
Tarifa por cada $1,000 de cobertura

	20 / 24 pagos de nómina
Empleado	**$0.006 / $0.005**
Cónyuge	**$0.012 / $0.010**
Hijos	**$0.006 / $0.005**

La cobertura de AD&D no puede elegirse sin un seguro de vida voluntario

Cómo calcular su costo:

_____ / 1000 = _____ x _____

Monto de cobertura deseado

Tarifa basada en la edad (incluye el costo de la cobertura

Ejemplo: Un empleado de 38 años elige un seguro voluntario de seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) de $100,000 solo para él.

100 x $0.05 = $5.00 por cheque de pago

Información sobre tarifas

Accidente

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$3.80 / $3.17
Empleado y cónyuge	$6.38 / $5.32
Empleado e hijos	$7.13 / $5.95
Grupo familiar	$11.29 / $9.41

Indemnización hospitalaria

Montos de la prima:	20 / 24 pagos de nómina
Solo el empleado	$9.12 / $7.60
Empleado y cónyuge	$18.94 / $15.78
Empleado e hijos	$18.38 / $15.32
Grupo familiar	$30.67 / $25.56

Enfermedad crítica

Montos de la prima para empleados con 20 / 24 pagos de nómina

Monto del beneficio elegido:	Edad 0-29 años	Edad 30-39 años	Edad 40-49 años	Edad 50-59 años	Edad 60-64 años	Más de 65 años
$5,000	$1.23 / $1.03	$1.83 / $1.53	$3.38 / $2.82	$6.27 / $5.23	$9.92 / $8.27	$14.69 / $12.25
$10,000	$2.45 / $2.05	$3.65 / $3.05	$6.75 / $5.63	$12.53 / $10.45	$19.83 / $16.53	$29.38 / $24.49
$15,000	$3.68 / $3.07	$5.48 / $4.57	$10.13 / $8.44	$18.80 / $15.67	$29.75 / $24.79	$44.08 / $36.73
$20,000	$4.91 / $4.09	$7.31 / $6.09	$13.50 / $11.25	$25.07 / $20.89	$39.66 / $33.05	$58.76 / $48.97

Montos de la prima para cónyuges de empleados con 20 / 24 pagos de nómina

Monto del beneficio elegido:	Edad 0-29 años	Edad 30-39 años	Edad 40-49 años	Edad 50-59 años	Edad 60-64 años	Más de 65 años
$2,500	$0.94 / $0.79	$1.26 / $1.05	$2.06 / $1.72	$3.52 / $2.94	$5.35 / $4.46	$7.99 / $6.66
$5,000	$1.89 / $1.58	$2.53 / $2.11	$4.12 / $3.43	$7.04 / $5.87	$10.70 / $8.92	$15.98 / $13.32
$7,500	$2.83 / $2.36	$3.79 / $3.16	$6.17 / $5.15	$10.56 / $8.80	$16.05 / $13.38	$23.97 / $19.98
$10,000	$3.77 / $3.15	$5.05 / $4.21	$8.23 / $6.86	$14.08 / $11.74	$21.40 / $17.84	$31.96 / $26.63

Montos de la prima para hijos de empleados con 20 / 24 pagos de nómina

Monto del beneficio elegido:	20 / 24 pagos de nómina
$2,500	$0.31 / $0.26
$5,000	$0.62 / $0.52
$7,500	$0.92 / $0.77
$10,000	$1.23 / $1.03

Información de contacto importante

Departamento de Beneficios	
Contacto	Lupita Tellez, coordinador de beneficios
Dirección de correo electrónico	ltellez@d181.org
Número de teléfono	630-861-4901

Información de contacto de la compañía aseguradora				
Plan médico HMO	BCBS of IL	www.bcbsil.com	800.892.2803	Número de póliza: B14332/B01776
Plan médico PPO HDHP	BCBS of IL	www.bcbsil.com	800.828.3116	Número de póliza: 294492/294504
Plan dental PPO	BCBS of IL	www.bcbsil.com	800.367.6401	Número de póliza: 308195
Plan oftalmológico	VSP	www.vsp.com	800.877.7195	Número de póliza: 12019596
Seguro de vida básico y por AD&D	SunLife	www.sunlife.com/us/en/	800.247.6875	Número de póliza: 910421
Seguro de vida voluntario y por AD&D	SunLife	www.sunlife.com/us/en/	800.247.6875	Número de póliza: 910421
Seguro de vida permanente con atención a largo plazo	Allstate	www.allstate.com	800.521.3535	
Seguro por discapacidad a largo plazo	SunLife	www.sunlife.com/us/en/	800.247.6875	Número de póliza: 910421
Asistencia de emergencia global	Assist America	www.assistamerica.com	800.872.1414	Número de referencia: 01-AA-SUL-100101
Protección contra el robo de identidad	Assist America	www.assistamerica.com	877.409.9597 Código de acceso: 18327	Número de referencia: 01-AA-SUL-100101
Seguro voluntario por accidente	BCBS of IL	Service.ancillary.bcbsil.com	800.367.6401	Número de póliza: F022645
Seguro voluntario por enfermedad crítica	BCBS of IL	Service.ancillary.bcbsil.com	800.367.6401	Número de póliza: F022645
Seguro voluntario de indemnización por hospitalización	BCBS of IL	Service.ancillary.bcbsil.com	800.367.6401	Número de póliza: F022645
Programa de Asistencia para Empleados	AllOne Health	allonehealth.com/portal Usuario: LIN500	800.451.1834	
Cuenta de ahorros para la salud	HealthEquity	www.healthequity.com/Learn	866.346.5800	
Seguro para mascotas	Pet Partners	www.petpartners.com/enroll?p=LAA	866.774.1113	
Cuenta de gastos flexibles	HealthEquity	www.healthequity.com/Learn	866.346.5800	
Beneficios de transporte	HealthEquity	www.healthequity.com/Learn	866.346.5800	



IMPORTANTE: Este Resumen de beneficios tiene por finalidad ofrecer una breve descripción de los programas de beneficios para el personal de la empresa. El personal debe consultar el manual del empleado de la empresa y los documentos reales del plan para conocer los términos exactos de estos programas. En caso de que existan discrepancias entre este Resumen de beneficios y los mencionados documentos normativos, prevalecerán los segundos. La empresa se reserva la única y absoluta discreción y el derecho a interpretar, aplicar, modificar, interrumpir o finalizar, sin previo aviso, todos y cada uno de los programas de beneficios a los que se hace referencia en el presente documento. Los planes voluntarios son pólizas individuales y no se consideran planes patrocinados o avalados por su empleador. Si desea obtener un presupuesto personalizado para cualquier programa de beneficios adicional, consulte a un asesor de beneficios.