



El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach

GUÍA PARA EMPLEADOS ACTIVOS DE 2026

SU EXPERIENCIA DE BENEFICIOS

VISIÓN



DENTALES



MÉDICOS



Mensaje del superintendente

Estimado equipo de Palm Beach:

Me complace anunciarles un beneficio de salud nuevo y valioso para ustedes y sus familias. A partir del 1 de enero de 2026, todos los empleados elegibles y sus dependientes tendrán acceso a PeopleOne Health, un programa de atención médica galardonado, proporcionado por el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach.

Tengan en cuenta que se trata de un beneficio totalmente voluntario que se ofrece además de su plan actual de UnitedHealthcare y no lo reemplaza.

Con este programa sin costo, disfrutarán de acceso ilimitado a un equipo de atención especializado que incluye médicos de cabecera, dietistas registrados, especialistas en salud conductual y asesores de salud. No hay copagos, ni deducibles, ni facturas sorpresa por los servicios prestados, incluidos los análisis de laboratorio y los diagnósticos.

Las características principales de su beneficio

PeopleOne Health son:

- Cero gastos de bolsillo: todas las visitas, análisis de laboratorio y servicios a través de PeopleOne están cubiertos al 100 %.
- Equipo de atención completo: acceda a una gama completa de expertos en salud y bienestar proactivos.
- Acceso inigualable: programe citas para el mismo día o el día siguiente y comuníquese con un proveedor las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Atención personalizada: los médicos de PeopleOne atienden a menos pacientes, lo que se traduce en visitas más largas, relaciones más sólidas y mejores resultados de salud para usted.

Para que la atención sea más cómoda, PeopleOne Health va a abrir cuatro centros de salud especializados en el condado de Palm Beach, situados en Boynton Beach, Boca Ratón, West Palm Beach y Wellington.

Este programa es nuestra inversión en su bienestar. Cuando nos sentimos bien, podemos dar lo mejor de nosotros mismos a nuestros estudiantes y a nuestra comunidad.

La inscripción ya está abierta y puede optar por unirse en cualquier momento del año. Para garantizar su membresía, solo tiene que programar una visita inicial con su equipo de atención médica en los primeros seis meses.

No pierdan esta oportunidad de experimentar un nuevo tipo de atención médica, una atención totalmente adaptada a sus necesidades.

Atentamente,

Mike Burke, superintendente



Mike Burke, Superintendent

Sedes de PeopleOne

PeopleOne Health Wellington | 937-552-5270

1397 Medical Park Blvd, Suite 220, Wellington, FL

Lunes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

Martes y jueves, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Miércoles, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Viernes, de 7:00 a. m. a 4:00 p. m.

PeopleOne Health West Palm Beach | 937-552-5270

4601 N Congress Ave Suite 107, West Palm Beach, FL

Lunes, martes y jueves: 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Miércoles y viernes: 7:00 a. m. a 4:00 p. m.

PeopleOne Health Boynton Beach | 937-552-5270

10075 S Jog Road Suite 101, Boynton Beach, FL

Lunes, martes y jueves: de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Miércoles: de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Viernes, de 7:00 a. m. a 4:00 p. m.

PeopleOne Health Boca Raton | 937-552-5270

21065 Powerline Road A2, Boca Raton, FL

Lunes, martes y jueves, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Miércoles, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m.

Viernes, de 7:00 a. m. a 4:00 p. m.

Nuevo sitio web de beneficios



Para obtener información detallada sobre los beneficios, las opciones de planes y los recursos de Palm Beach, visite el sitio web de beneficios del distrito en sdpbcbenefits.com.

Declaración de no discriminación del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach

La Junta Escolar del Condado de Palm Beach, Florida, prohíbe la discriminación en la admisión, el acceso o el empleo en sus programas y actividades por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo u orientación sexual, estado civil, edad, religión, discapacidad, información genética, identidad o expresión de género, o cualquier otra característica prohibida por la ley. La Junta Escolar también ofrece igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach ofrece los siguientes programas profesionales y técnicos, incluidas academias profesionales en las que los estudiantes pueden obtener certificaciones industriales. Visite la página Programas de estudio para obtener más información, así como una lista de clases. La falta de conocimientos de inglés no será un obstáculo para la admisión y la participación. El distrito puede evaluar la capacidad de cada estudiante para aprovechar los programas específicos mediante pruebas de nivel y asesoramiento y, si es necesario, proporcionará servicios o remisiones para preparar mejor a los estudiantes para una participación satisfactoria.



Índice

Mensaje del superintendente	2	Beneficios oftalmológicos	44
Nuevo sitio web de beneficios	3	Bienestar de los empleados	49
Directorio de beneficios	5	Servicios de bienestar	50
Requisitos de elegibilidad	6	Programa de asistencia al empleado (EAP)	51
Guía de verificación de dependientes	7	Cuentas de gastos flexibles (FSA)	53
Unión doméstica	9	FSA de atención de salud	55
Información importante sobre la inscripción	10	FSA de cuidado de dependientes	56
Cómo inscribirse	13	Plan especial de jubilación	57
Responsabilidades de los empleados	14	Protección de ingresos por incapacidad	58
Resumen de las contribuciones	15	Seguro de vida básico	63
Cambiar su cobertura	16	Seguro de vida temporal colectivo	64
Beneficios por licencia	18	Planes de inversión para la jubilación	68
Otra cobertura por licencia	19	Plan de protección contra el robo de identidad	69
Finalización de la cobertura	21	Beneficios especiales de Trustmark	70
Jubilación o desvinculación	22	Notificación de COBRA	72
Crédito de recompensas de salud	23	Más allá de sus beneficios	75
Clínica del distrito en el lugar de trabajo	24	Parte D de Medicare	76
Clínicas PeopleOne Health	25	“Mi página de inicio” de PeopleSoft	77
Costo del plan médico	26	Proceso de apelaciones	78
Naviguard	31		
2nd MD	32		
Level2	33		
Planes médicos	27		
Médicos de atención	34		
Herramientas digitales para su plan de salud	36		

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 76 para obtener más detalles.

Directorio de beneficios

Gestión de Riesgos y Beneficios del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach

Teléfono: 561-434-8580
Fax: 561-434-8103
<http://l.sdpbc.net/6meurf>

Médicos y de farmacia

UnitedHealthcare® (UHC)
N.º de grupo: **704471**
www.myuhc.com

Servicios para miembros
(888) 380-0389

Gerentes de cuenta dedicados al servicio in situ:

A-K: (561) 434-8092
L-Z: (561) 357-7564

Level2 - Programa para la diabetes tipo 1
(844) 302-2821
mylevel2.com/care

Real Appeal
(844) 344-REAL (7325)
www.member.realappeal.com

Dentales

Humana
N.º de grupo: **830206**
(800) 233-4013 Planes DHMO y PPO
www.myhumana.com

Búsqueda de proveedores dentales
- DHMO: <http://l.sdpbc.net/me0w5>
- PPO: <http://l.sdpbc.net/rcb7o>

Oftalmológicos

EyeMed Vision Care
N.º de grupo: **9705435**
Buscador de proveedores
(866) 299-1358
www.eyemed.com

Servicio al cliente
(866) 939-3633
www.eyemed.com

Centro de atención telefónica para reclamaciones por incapacidad

Metropolitan Life Insurance Company (MetLife)
N.º de grupo: **106456-1-G**
(800) 300-4296
www.MetLife.com/MyBenefits

Vida y declaración de salud

Metropolitan Life Insurance Company (MetLife)
N.º de grupo: **106456-1-G**
(800) 638-6420
www.MetLife.com/MyBenefits

Cuentas de gastos

Cuenta de ahorros de salud (HSA)

Atención al cliente de Optum Bank
(800) 791-9361
www.optumbank.com

Cuentas de gastos flexibles

Inspira Financial
PO Box 8396
Omaha, NE 68108
(844) 729-3539
mybenefits.inspirafinancial.com/

Clínica local del Distrito

3300 Forest Hill Blvd
Building E
West Palm Beach, FL 33406
(Parte trasera de Fulton-Holland)

Horario de la clínica

Lun., mié. y vie.: de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
Mar. y jue.: de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.
Cerrado todos los días de 12:00 p. m. a 1:00 p. m.
(561) 899-0758

Regístrese en: my.marathon-health.com/login

PeopleOne Health Centers

PeopleOne Health Wellington
1397 Medical Park Blvd, Suite 220,
Wellington, FL 33414
(937) 552-5270

PeopleOne Health West Palm Beach
4601 N Congress Ave Suite 107, West Palm Beach, FL, 33407
(937) 552-5270

PeopleOne Health Boynton Beach
10075 S Jog Road Suite 101, Boynton Beach, FL, 33437
(937) 552-5270

PeopleOne Health Boca Raton
21065 Powerline Road A2, Boca Raton, FL 33433
(937) 552-5270
Regístrese en:
<https://www.peopleonehealth.com/sdpbc>

Planes de ahorro para la jubilación

Administrador del Plan Especial de Jubilación 401(a)

Servicios administrativos de BENCOR
(866) 296-9712
N.º de ID del Plan: 100260
www.bencorplans.com

Correo: questions@bencorservices.com
403(b) Plan Administrator TSA Consulting Group, Inc.

Transacciones de los participantes
28 Ferry Road SE
Fort Walton Beach, FL 32548
Teléfono: (888) 796-3786
Fax: (866) 741-0645
www.tsacg.com

Programa de asistencia al empleado

Optum Emotional Wellbeing Solution Services

Planes complementarios

Seguro de vida universal
Seguro de accidentes
Critical HealthEvents Insurance
Hospital StayPay Insurance
Trustmark Insurance Company
(866) 636-5525
www.trustmarkvb.com
Correo: pbsd@trustmarkins.com

ID Commander de Ocenture
(855) 592-7941 / (561) 434-7442
www.idcommander.com/pbcs
Representante in situ de FBMC
(561) 434-7442

COBRA

Médicos, dentales y oftalmológicos

Benefits Outsource, Inc. (BOI)
5599 S. University Drive, Suite 201
Davie, FL 33328
(888) 877-2780
www.boibenefits.com

FSA de atención de salud

Inspira Financial
PO Box 8396
Omaha, NE 68108
(844) 729-3539
mybenefits.inspirafinancial.com/

Requisitos de elegibilidad



Información sobre la inscripción para nuevos beneficiarios

Nos complace ofrecerle acceso en línea para completar su inscripción en los beneficios, que debe realizarse en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de inicio de su puesto o de su traslado a un puesto con derecho a beneficios. Se le concede este tiempo para que revise la documentación sobre los beneficios. Las instrucciones para acceder al sistema de inscripción en línea figuran en la página 13.

Revise cuidadosamente la información sobre la inscripción y seleccione las opciones que mejor se adapten a sus necesidades de seguro. Tenga en cuenta que las opciones que elija seguirán vigentes hasta el final del año del plan. Las elecciones se consideran irrevocables y están sujetas a la Sección 125 del Código de Rentas Internas (IRC).

¿Quién es elegible?

Como empleado del Distrito, podrá inscribirse en los planes dentales y oftalmológicos como empleado O como dependiente elegible de otro empleado. No podrá inscribirse en ningún plan como empleado y como dependiente. Si usted y otro miembro de su familia trabajan para el Distrito, ninguno de los dos podrá cubrir al otro miembro de la familia como dependiente en los planes médicos o de seguro de vida.

Los dólares 401(a) se aportan a un plan de jubilación especial para cualquier empleado con derecho a beneficios que renuncie a la cobertura médica. Para renunciar a la cobertura médica del Distrito, su cobertura médica no puede ser un plan proporcionado por el Distrito.

Si usted y su cónyuge/pareja de hecho trabajan para el Distrito, solo uno de ustedes podrá cubrir a sus hijos dependientes elegibles. Los empleados del Distrito no pueden estar cubiertos como dependientes en el plan médico de otro empleado del Distrito. Cada miembro de la familia debe inscribirse de forma independiente en el plan médico.

Un empleado fijo a tiempo completo con derecho a beneficios se define como un empleado que está en situación remunerada y trabaja seis o más horas al día (7.5 horas al día para los que pertenecen al grupo de negociación de la CTA). En determinados casos, un empleado cubierto, su cónyuge y sus dependientes pueden tener derecho a la continuación de la cobertura del plan de salud colectivo en virtud de la ley COBRA. Consulte la sección sobre COBRA que comienza en la página 72.

Un empleado fijo a tiempo parcial con derecho a beneficios se define como un empleado en situación remunerada y cubierto por la unidad de negociación de la CTA que trabaja 3,75 horas al día; o un empleado en situación remunerada contratado antes del 31 de diciembre de 2011 y que sigue en situación activa remunerada a tiempo parcial trabajando entre cuatro y menos de seis horas al día.

Cualquier empleado que no pertenezca a la CTA no tiene derecho a beneficios si es contratado o recontratado para un puesto a tiempo parcial o si se traslada de un puesto a tiempo completo a uno a tiempo parcial.

Si es un empleado recién contratado o recontratado, su período de cobertura comienza el primer día del mes siguiente a los 30 días calendario de empleo continuo en un puesto con beneficios. Durante un mínimo de 18 meses, sus opciones de plan médico incluyen la Opción Baja HMO, el Plan de Salud de Surest, el Plan de Salud Orientado al Consumidor (CDHP) o la Renuncia (optar por no tener cobertura). Para renunciar a su cobertura médica es necesario que esté inscrito en un plan médico ofrecido fuera del Distrito.

Requisitos para 2026

Elegibilidad de dependientes



En 2022, la Oficina del Inspector General realizó una auditoría de elegibilidad de dependientes que reveló la necesidad de realizar una auditoría más completa de todos los dependientes cubiertos. También se recomendó que los documentos requeridos no solo confirmaran la existencia de una relación válida, sino también que dicha relación fuera actual para permitir la continuidad de la cobertura del seguro.

La Política 3.78 de la Junta es la política aprobada en relación con los requisitos de verificación de dependientes.

Verificación de la auditoría de dependientes

Cualquier dependiente que se inscriba por primera vez en planes médicos, dentales u oftalmológicos, o que haya tenido una interrupción en la cobertura, deberá someterse a una verificación completa. Consulte la página 8 para obtener la lista completa de los documentos necesarios para verificar a su dependiente.

Durante el período de inscripción, debe enviar los documentos (suficientes para verificar la elegibilidad) a dependentverification@palmbeachschools.org o enviar los documentos por fax al 561.434.8103. Los documentos deben enviarse dentro del período de inscripción.

No olvide inscribir a su(s) dependiente(s).

Inscríbase en línea para obtener beneficios para parejas de hecho

Debe inscribirse en la cobertura solo para empleados en la sección de cobertura médica, dental u oftalmológica y, luego desplazarse hacia abajo hasta la sección de cobertura médica, dental u oftalmológica para parejas de hecho para inscribir a su pareja de hecho y a sus hijos en los planes después de impuestos. Recuerde proporcionar los documentos necesarios a Gestión de Riesgos y Beneficios para finalizar sus elecciones.

Elegibilidad de dependientes

Con sujeción a la documentación de verificación de los dependientes, un dependiente elegible incluye a su cónyuge legal, pareja doméstica (sujeta a criterios de elegibilidad adicionales) o un hijo dependiente. El término “hijo” se define como:

- Hijo biológico/adoptado menor de 26 años.
- Hijastro.
- Hijo de una pareja doméstica cubierta.
- Hijo acogido en su hogar en espera de adopción.
- Hijo bajo tutela legal.
- Hijo recién nacido de un familiar cubierto (desde el nacimiento hasta los 18 meses).

NOTA: si un familiar cubierto deja de ser elegible para la cobertura, su hijo (recién nacido - 18 meses) también perderá la cobertura al final del mes en el que el familiar (padre o madre del niño) deje de ser elegible.

La definición de “hijo” elegible está sujeta a las siguientes condiciones y limitaciones:

- Hijo dependiente menor de 26 años.
- Se requerirá documentación de respaldo, como un acta de nacimiento, para verificar la dependencia.

Los empleados del distrito no pueden incluir a otro empleado del distrito como dependiente en los planes de seguro médico o de vida.

Hijos adultos mayores de edad

(F.S. 627.6562) Solteros de entre 26 y 30 años

Se requiere una inscripción y una contribución por separado para inscribir a un hijo adulto mayor de edad soltero en el mismo plan médico en el que usted está inscrito. Los criterios de elegibilidad son que el hijo adulto mayor de edad:

- sea soltero y no tenga dependientes propios.
- no cuente con otro seguro médico importante (no puede tener otra opción de cobertura disponible)
- viva en Florida o ser estudiante en otro estado (se requiere constancia de residencia o de condición de estudiante).
- haya estado asegurado de manera continua (se requiere certificado de cobertura acreditable).

La solicitud para este tipo de cobertura está disponible en <http://l.sdpbc.net/6z9hq>

Hijos solteros con incapacidades

La cobertura para un hijo dependiente soltero inscrito que no pueda mantener un empleo por sí mismo debido a una incapacidad intelectual o física se extenderá más allá de la edad límite especificada, siempre que el hijo haya estado discapacitado antes de alcanzar dicha edad límite y dependa principalmente de usted para su manutención y apoyo.

Le solicitamos que proporcione documentación de la Administración del Seguro Social que indique que su hijo ha sido declarado discapacitado. La constancia debe proporcionarse 30 días calendario antes de que su hijo ya no cumpla con la definición de edad de elegibilidad o en el momento inicial de la inscripción

Los técnicos de beneficios son responsables de verificar los documentos enviados por correo electrónico a dependentverification@palmbeachschools.org o por fax al (561) 434-8103. No son responsables de añadir dependientes a ningún plan. El empleado es responsable de añadir a sus dependientes a cada plan y de proporcionar los documentos necesarios de manera oportuna.

Guía de verificación de dependientes

Envíe sus documentos a Gestión de Riesgos y Beneficios por correo electrónico:
dependentverification@palmbeachschools.org o por fax al **(561) 434-8103**

DEPENDIENTE CUBIERTO ELEGIBLE	DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR	REQUISITOS ADICIONALES
Cónyuge legal (casado menos de 1 año)	Certificado de matrimonio expedido por el gobierno	Ninguno
Cónyuge legal (casado 1 año o más) NOTA: El divorcio DEBE comunicarse en un plazo de 30 días y el excónyuge debe ser eliminado de todos los planes..	Certificado de matrimonio expedido por el gobierno MÁS requisitos adicionales (La información financiera debe ser censurada para proteger su privacidad)	- Formulario 1040 de impuestos del año actual o anterior que muestre el estado civil casado O - Constancia de residencia común Y - Constancia de interdependencia financiera reciente (ejemplos: estado de cuenta bancaria conjunta, seguro de auto conjunto, facturas de servicios públicos con fecha de los últimos 60 días).
Pareja de hecho (menos de 1 año)	Certificado de unión doméstica registrada y recibo, y declaración jurada de pareja doméstica de SDPBC	Ninguno
Pareja de hecho (1 año o más)	Certificado de unión doméstica registrada y recibo, declaración jurada de SDPBC MÁS los requisitos adicionales	- Constancia de residencia común actual (escritura; contrato de alquiler; hipoteca; facturas de servicios públicos que muestren ambos nombres/la misma dirección) - Constancia de interdependencia financiera actual (préstamo actual; extracto bancario a nombre de ambos)
Hijo biológico o adoptado de hasta 26 años	Certificado de nacimiento expedido por el gobierno o sentencia/certificado de adopción definitivo	Ninguno
Hijo bajo tutela legal de hasta 26 años	Documentos judiciales en los que se le nombra a usted o a su cónyuge legal como tutor del niño	Actualizaciones periódicas previa solicitud
Hijo acogido en su hogar en espera de adopción de hasta 26 años	Documento judicial por el que se le asigna el niño a su hogar	Actualizaciones periódicas previa solicitud
Hijastro de hasta 26 años	Certificado de nacimiento expedido por el gobierno Certificado de matrimonio expedido por el gobierno (La información financiera debe ser censurada para proteger su privacidad)	Si lleva menos de un año casado: ninguna Si lleva un año o más casado, lo siguiente: - Declaración de impuestos federales actual O - Constancia de residencia común Y - Constancia de interdependencia financiera
Hijo de pareja de hecho cubierta de hasta 26 años	Certificado de nacimiento expedido por el gobierno	Constancia de pareja de hecho de lo anterior, ya que la pareja de hecho también debe estar inscrita
Hijo discapacitado (considerado discapacitado antes de los 26 años - Incapaz de mantenerse por sí mismo y ser independiente económicamente	Certificado de nacimiento expedido por el gobierno Carta de la Administración del Seguro Social en la que se considera al niño discapacitado antes de que el niño cumpla 26 años.	Prueba periódica de incapacidad sostenida y dependencia financiera
Hijo recién nacido de un familiar cubierto (hasta un máximo de 18 meses)	Certificado de nacimiento expedido por el gobierno si el padre del recién nacido está inscrito	Su familiar (el padre o la madre) también debe estar asegurado y ser elegible según el plan o planes.
Hijo adulto mayor de edad (26-30 años); el hijo adulto no discapacitado debe: - No estar casado - No tener hijos propios - No tener otro seguro médico importante disponible	- Identificación estatal como constancia de residencia en Florida - Inscripción escolar actual - Prueba de seguro continuo - Cumplir con el Estatuto 627.6562 de Florida	Solicitud médica fuera del límite de edad

Notas:

- 1. Los empleados del distrito no pueden incluir a otro empleado del distrito como dependiente en su seguro médico o de vida
- 2. Los hijos con incapacidad deben contar con evidencia médica actual que verifique el estado de incapacidad sostenida
- 3. Tache los datos relativos al número de seguro social y la información financiera detallada antes de enviarlo para proteger su privacidad

Pareja de hecho

Beneficios para parejas de hecho

Las directrices relativas al beneficio para parejas de hecho se pueden consultar en esta página y en la página de Gestión de Riesgos y Beneficios en: <http://l.sdpbc.net/8vigi>. Se trata de un beneficio después de impuestos.

- Las elecciones solo se pueden realizar o modificar durante un período de inscripción abierta o de nueva contratación.
- Los residentes de los condados de Palm Beach, Broward o Miami-Dade deben enviar una declaración jurada de pareja de hecho completa y un comprobante de registro e inscripción como pareja de hecho en el condado en el que residen.

En el momento de la publicación de esta guía, la información sobre cómo registrarse en el condado de Palm Beach se puede encontrar en:

<https://www.mypalmbeachclerk.com/services/domestic-partnership>

- Las personas que no sean residentes del área de los tres condados deben presentar una declaración jurada de pareja de hecho completa y los comprobantes que se indican en la sección para no residentes de la declaración jurada.
- Todos los documentos deben enviarse a Gestión de Riesgos y Beneficios.
- **Inscripción abierta:** la declaración jurada de pareja de hecho y cualquier otro documento requerido deben enviarse antes de que finalice el plazo de inscripción.
- **Nuevos empleados:** la declaración jurada de pareja de hecho y cualquier otro documento requerido deben enviarse en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de contratación.

Cómo inscribirse en línea para obtener los beneficios para parejas de hecho

Debe inscribirse en la cobertura solo para empleados en los planes médicos, dentales u oftalmológicos, y luego desplazarse hacia abajo hasta la sección de pareja de hecho médica, dental u oftalmológica para inscribir a su pareja de hecho y a sus hijos en los planes después de impuestos. Para inscribirse, debe proporcionar lo siguiente:

Unión de menos de 1 año

- Declaración jurada completada
- Certificado de pareja de hecho del condado
- Recibo de pago de la tasa del condado

Unión de 1 año o más

- Declaración jurada completa
- Certificado de pareja de hecho del condado
- Recibo de pago de la tasa del condado
- Constancia de **residencia conjunta actual**
- Y
- Constancia de **interdependencia financiera**.
 - **Constancia de residencia conjunta actual:** copia de una escritura, contrato de arrendamiento, hipoteca o factura de servicios públicos con ambos nombres y la misma dirección.
 - **Constancia de interdependencia financiera:** copia de un préstamo conjunto actual o estado de cuenta bancario con ambos nombres y la misma dirección (la información financiera debe ocultarse)).

Elegibilidad de la pareja de hecho

Todos los empleados fijos que sean elegibles para recibir beneficios médicos pueden inscribir a su pareja de hecho en los planes médicos, dentales u oftalmológicos. Puede inscribirse en un plazo de 30 días como nuevo empleado o solo durante el período de inscripción abierta.

Los empleados y sus parejas de hecho deben cumplir los siguientes requisitos para poder inscribirse en un plan médico:

- Ambos deben ser mayores de 18 años y estar en pleno uso de sus facultades mentales.
- No deben tener un parentesco consanguíneo que impida el matrimonio según la legislación del estado de Florida.
- Deben considerarse la pareja de hecho exclusiva del otro y no estar casados ni tener pareja con ningún otro cónyuge, equivalente a cónyuge o pareja de hecho.
- Deben haber compartido la misma residencia habitual y permanente en una relación estable durante al menos un año y tener la intención de hacerlo de forma indefinida.
- Ambas partes deben aceptar la responsabilidad conjunta de la alimentación básica, la vivienda y las necesidades comunes de la vida y el bienestar de la otra persona.
- Ninguna de las partes puede haber tenido otra pareja de hecho en ningún momento durante los 12 meses anteriores a esta inscripción.

Se requerirá una declaración jurada firmada que certifique lo anterior por parte de ambos cónyuges, así como constancia de que ambos son económicamente interdependientes y viven juntos. (Consulte la página 8 para conocer los documentos requeridos.)

Ingresos imputados

El Distrito subvenciona los costos reales del plan, por lo que usted solo paga los montos que se indican a partir de la página 26. Sin embargo, debido a las regulaciones del IRS, el monto pagado por el Distrito se considerará como ingresos imputados y usted deberá pagar impuestos sobre ese monto.

Recuerde que debe proporcionar los documentos requeridos a Gestión de Riesgos y Beneficios para finalizar sus elecciones.

Es obligatorio proporcionar documentación de apoyo para los dependientes inscritos que se añaden a los planes médicos, dentales u oftalmológicos.

Si no se proporciona la documentación, esos dependientes no tendrán cobertura.

La inscripción de cualquier hijo y pareja de hecho será equivalente al nivel familiar. Las deducciones se reflejarán como la tasa antes de impuestos correspondiente solo al empleado. El saldo de la deducción se aplicará después de impuestos.

Información importante sobre la inscripción



Para inscribirse en línea

- Visite www.mysdpbc.org
- Ingrese su nombre de usuario y contraseña del Distrito
- Haga clic en el ícono de PeopleSoft
- Haga clic en “Mis beneficios/Inscripción de beneficios” o “Inscripción abierta”
- Realice sus selecciones y envíelas

Empleados actuales

Los empleados actuales pueden realizar cambios en sus beneficios una vez al año durante el período de inscripción abierta. Realice los cambios necesarios durante el período de inscripción abierta, que será del **5 al 19 de noviembre de 2025**.

Empleados que regresan de una licencia

Regresar al trabajo puede ser emocionante y estresante. En un plazo de 30 días calendario desde su regreso de una licencia, es fundamental que se comunique con Gestión de Riesgos y Beneficios para realizar sus elecciones. Deberá completar un formulario de inscripción impreso. En este momento, las elecciones derivadas de un regreso de licencia no se pueden procesar en línea.

Si no completa un formulario de cambio de beneficios en un plazo de 30 días calendario desde su regreso de la licencia, quedará inscrito en el plan médico HMO de opción baja predeterminado con cobertura solo para empleados. (Para obtener información adicional sobre sus beneficios durante la licencia, consulte la información sobre licencias que comienza en la página 18).

Inscripción abierta

Durante la inscripción abierta, puede inscribirse en línea de forma independiente:

Puede inscribirse o cambiar cualquier beneficio durante el período de inscripción abierta. A partir de entonces, solo se permiten cambios durante el año si se produce un evento válido de cambio de situación (consulte la página 16 de esta guía para obtener más información sobre los cambios permitidos en las elecciones a mitad del año del plan).

Nuevos empleados

Como nuevo empleado, usted tiene derecho a inscribirse en una amplia variedad de beneficios.

El Distrito subvenciona su seguro médico, lo que se traduce en una reducción considerable de las primas que debe pagar.

Los empleados a tiempo completo también tienen derecho a una cobertura de seguro de vida básico de \$20,000 sin costo alguno. También puede contratar seguros de vida temporales con límites más altos, así como planes dentales, oftalmológicos y de incapacidad, a tarifas colectivas negociadas.

En esta guía encontrará información sobre todas las diversas opciones de beneficios. Esperamos que esté satisfecho con la selección disponible.

No olvide inscribirse en un plazo de 30 días a partir de su fecha de inicio; de lo contrario, quedará inscrito automáticamente en el plan médico HMO Opción Baja y en el seguro de vida temporal básico, exclusivos para empleados. (Consulte la página 13 para obtener información sobre cómo inscribirse.)

Si usted es un empleado recién contratado o recontratado, su período de cobertura comienza el primer día del mes siguiente a 30 días calendario de empleo continuo en un puesto con beneficios. Durante un mínimo de 18 meses, sus opciones de plan médico incluyen el HMO Opción Baja, el Plan de Salud de Surest, el Plan de Salud Orientado al Consumidor (CDHP) o la Renuncia (optar por no tener cobertura). Se permite renunciar a la cobertura médica siempre y cuando esté inscrito en un plan médico ofrecido fuera del Distrito.

Cambio de situación

Los cambios de situación solo tendrán efecto de forma prospectiva (futura). Esto significa que, cuando presente una solicitud a tiempo, la fecha de entrada en vigor será el primer día del mes siguiente a la recepción de todos los documentos necesarios para aprobar su cambio de situación elegible. La única excepción a la regla del cambio prospectivo será en el caso de cambios realizados debido a un nacimiento o una adopción. La fecha de entrada en vigor será la fecha real del nacimiento o la colocación/adopción, siempre y cuando se hayan presentado todos los documentos necesarios en un plazo de 60 días calendario a partir del nacimiento o la colocación/adopción.

Información importante sobre la inscripción

Inscripción en el plan predeterminado

Los empleados recién elegibles que no realicen elecciones de inscripción quedarán inscritos automáticamente en la cobertura exclusiva para empleados del plan médico HMO Opción Baja y en el seguro de vida temporal básico. Se renunciará a todas las demás opciones del plan para ese año.

Elegibilidad de dependientes

Prevía verificación de los dependientes, puede inscribir a los dependientes elegibles en la mayoría de los planes en los que decida inscribirse. Sin embargo, si tanto usted como su dependiente elegible están empleados y tienen derecho a beneficios a través del Distrito, tenga en cuenta que solo puede inscribirse en un producto determinado como empleado o como dependiente, pero no como ambos. La inscripción de la pareja de hecho se limita a los planes médicos, dentales y oftalmológicos.

Prevía verificación de la documentación de los dependientes, un dependiente elegible incluye a su cónyuge legal, pareja de hecho (sujeto a criterios de elegibilidad adicionales) o un hijo dependiente. El término “hijo” se define como:

- Hijo nacido de usted o legalmente adoptado por usted
- Hijastro
- Hijo de una pareja de hecho cubierta
- Hijo acogido en su hogar en espera de adopción
- Hijos cuya tutela o custodia legal se le haya otorgado a usted o a su cónyuge
- Nietos añadidos como recién nacidos hasta un máximo de 18 meses de edad. La continuación de la cobertura más allá de los 18 meses de edad no está disponible para los nietos

NOTA: si el padre o la madre del nieto (su hijo o hija) deja de ser elegible, la cobertura para el nieto y el padre o la madre del nieto finalizará al final del mes en el que no se cumplan los criterios de elegibilidad.

La definición de “hijo” elegible está sujeta a las siguientes condiciones y limitaciones:

- Hijo dependiente menor de 26 años.
- Se requerirá documentación de respaldo, como un acta de nacimiento, para verificar la dependencia.

Los empleados del distrito no pueden incluir a otro empleado del distrito como dependiente en los planes de seguro médico o de vida.

Verificación de la auditoría de dependientes

Durante el período de inscripción abierta, debe presentar los documentos certificados por el gobierno y los documentos adicionales que se le soliciten (para verificar su relación). Envíe los documentos a Gestión de Riesgos y Beneficios por fax o correo electrónico. Envíe los documentos por fax al **(561) 434.8103** o por correo electrónico a

dependentverification@palmbeachschools.org.

Se requieren documentos para cualquier dependiente recién inscrito y para los dependientes que se inscriban tras una interrupción de la cobertura.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

- Las FSA no se renuevan de un año para otro. Debe elegir cada año si desea tener una FSA en el nuevo año del plan. Consulte a un experto en impuestos para que lo ayude a determinar los máximos familiares para las FSA.
- La cuenta FSA para gastos médicos tiene un mínimo anual de \$300 y un máximo anual de \$3,400.
- La cuenta FSA para el cuidado de dependientes tiene un mínimo anual de \$300 y un máximo anual de \$7,500.

Inscripción en la cuenta de gastos flexibles

Debe volver a inscribirse en las cuentas de gastos flexibles (FSA) cada año. Las deducciones de la FSA comienzan el mes en que la FSA entra en vigor. Si no realiza el proceso de inscripción, sus beneficios de la FSA no continuarán para el nuevo año del plan 2026.

Antes del último día del período de elección, asegúrese de confirmar que sus opciones de beneficios sean correctas y precisas.

Si ya tiene seguro

- Renunciar a la cobertura médica solo es una opción para quienes tienen cobertura médica proporcionada por otro empleador o un plan individual.
- Renunciar a la cobertura médica requiere que se realice una elección. De lo contrario, se procesará la inscripción predeterminada en la cobertura individual HMO de opción baja.

Información importante sobre la inscripción

Es importante que revise sus opciones de inscripción durante este período de inscripción abierta

Revise sus opciones y la información actual

Es importante que confirme sus elecciones y entradas antes de que finalice el período de inscripción.

Una vez que se haya cerrado y procesado la inscripción abierta, desplácese desde la página del portal a través de PeopleSoft hasta Mis beneficios

Ingrese 01/01/2026 y actualice para ver sus elecciones de beneficios para 2026

Las elecciones realizadas durante el período de inscripción abierta son definitivas y deben revisarse cuidadosamente antes de que finalice el período de elección. Esta es su única oportunidad para tomar decisiones sobre sus elecciones.

¡No olvide verificar bien!

El costo de los servicios médicos puede variar mucho en función únicamente del lugar donde se soliciten los servicios. A la hora de atender sus necesidades de salud que no sean de emergencia, vale la pena ser un consumidor informado.

Mientras revisa sus opciones de inscripción, compruebe cuidadosamente cada plan, incluidos el nivel de cobertura y la deducción de nómina.

Tipo de plan: ¿Qué plan médico eligió: HMO de opción baja, HMO de opción alta, Plan de Salud de Surest o CDHP? ¿Qué plan dental eligió: DHMO o PPO?

Nivel de cobertura: ¿Elegió cobertura solo para usted o incluyó a su cónyuge y/o hijos dependientes?

Sección de dependientes: ¿Enumeró a todos los dependientes que desea cubrir? Confirme que la fecha de nacimiento y la información del seguro social estén ingresadas correctamente.

Cuentas de gastos flexibles (FSA): es importante que revise su elección de FSA. No se permite la transferencia de fondos entre cuentas FSA. Tampoco se permite cambiar de la FSA de atención de salud a la FSA de cuidado de dependientes.

FSA de atención de salud: gastos médicos, dentales y oftalmológicos para usted y sus dependientes elegibles (el máximo anual se basa en el máximo del IRS).

FSA para el cuidado de dependientes: cubre los gastos de cuidado infantil y de cuidado de personas mayores que cumplan los requisitos. No puede utilizar la DCFSA para los gastos médicos de su cónyuge o hijos.

Deducción de nómina: revise sus cheques de enero para asegurarse de que las deducciones de nómina coincidan con el plan y el nivel de cobertura.

Cuenta de ahorros para gastos médicos: si se inscribió en el plan médico CDHP, puede ser elegible para inscribirse y activar una cuenta HSA. Las contribuciones a la cuenta HSA (del empleado y/o del Distrito) solo se pueden realizar con una elección HSA activa.

Todas las cuentas de gastos: las cuentas FSA para gastos médicos y FSA para cuidados de dependientes no se transfieren automáticamente al nuevo año del plan. ¡Se requieren elecciones activas!

Cómo inscribirse



El proceso de inscripción

Nuevos empleados/Nuevos elegibles

Nos complace ofrecer a nuestros nuevos empleados y a los nuevos elegibles un proceso en línea para realizar su inscripción en los beneficios. La inscripción en el plan médico por un mínimo de 18 meses incluye: HMO de opción baja, plan de salud de Surest, plan de salud orientado al consumidor (plan con deducible alto) o renuncia a los beneficios médicos (si está cubierto por un plan médico no ofrecido por el Distrito). La inscripción en el plan HMO de opción alta se convertirá en una opción durante el período de inscripción abierta tras completar un mínimo de 18 meses de empleo continuo en un puesto con derecho a beneficios.

¡Siempre hay ayuda disponible para la inscripción en los beneficios!

Visite el HUB para encontrar instrucciones paso a paso que lo ayudarán a utilizar PeopleSoft.

Para obtener más información sobre sus beneficios en Palm Beach, las opciones de planes y los recursos, visite el sitio web de beneficios del distrito en sdpbcbenefits.com.

Inscripción en línea para beneficios: ¡Segura, privada y sin necesidad de cita previa!

Inscripción en línea

- Visite: www.mysdpbc.org
- Inicie sesión en "PeopleSoft/ Inscripción abierta"
- Necesitará su ID de usuario y contraseña para inscribirse
 - Información segura y codificada
 - Conveniente: inscribese las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 - Permite que su cónyuge participe con usted
 - Enlace a recursos y proveedores
 - Permite la verificación en línea de la elección de beneficios

Cómo obtener su ID de usuario y contraseña

(NOTA: si ya tiene acceso a PeopleSoft o al correo electrónico del distrito, utilice su ID de usuario y contraseña actuales).

- Inicie sesión en el portal del distrito en <https://www.mysdpbc.org>
- Haga clic en:
 - El ícono de perfil se encuentra en la esquina superior derecha, luego...
 - "Perfil", luego...
 - "Métodos de autenticación", luego...
 - "Editar" junto a la opción "Cambiar contraseña"
- Siga las instrucciones y haga clic en "Cambiar contraseña"
- Se le pedirá al personal docente que cambie su contraseña cada 90 días.
- Se le pedirá al personal no docente que cambie su contraseña cada 60 días.

Inicie sesión en PeopleSoft

- Haga clic en "Mis beneficios"
- Luego, haga clic en "Inscripción en beneficios"

Responsabilidades del empleado

Las contribuciones salariales comenzarán en el mes en que entre en vigor la cobertura.

Responsabilidades durante el período de inscripción abierta Responsabilidades para mantener los beneficios

- Usted tiene la responsabilidad de participar en el proceso de inscripción abierta.
Usted tiene la responsabilidad de participar y completar el proceso de inscripción en línea. Puede hacerlo por su cuenta. Revise cuidadosamente sus datos para asegurarse de que la información que figura en el sistema es la que usted ha elegido.
- Usted tiene la responsabilidad de revisar minuciosamente sus elecciones durante la inscripción en línea y antes de enviar sus elecciones.
- Usted tiene la responsabilidad de ingresar sus datos de inscripción, incluidos sus dependientes, las fechas de nacimiento de sus dependientes y su información del Seguro Social dentro de los plazos de inscripción establecidos.
- Usted tiene la responsabilidad de actualizar la documentación requerida para cumplir con los criterios de elegibilidad de todos los dependientes inscritos.
- Verifique que la información completa y precisa se refleje correctamente para sus dependientes. De lo contrario, se cancelará la cobertura de sus dependientes.
- Usted tiene la responsabilidad de proporcionar su situación respecto al consumo de tabaco.
- Revise la información sobre su elección de plan, incluidos los dependientes que haya añadido a un plan de beneficios, para garantizar que la inscripción sea correcta.
- Usted tiene la responsabilidad de mantener su información personal en PeopleSoft.
- Revise sus datos personales, como la dirección postal y las fechas de nacimiento, tanto las suyas como las de sus dependientes cubiertos. Puede actualizar su información personal mediante la herramienta “Mi información personal” de PeopleSoft.
- Una vez que sus beneficios entren en vigor, revise su recibo de sueldo en línea. Este sirve como confirmación oficial de su inscripción y verifica las deducciones de nómina correspondientes a los beneficios que ha seleccionado.
- Usted es responsable de notificar de inmediato a Gestión de Riesgos y Beneficios (en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de entrada en vigor de sus beneficios) si se realizan deducciones de su nómina por opciones que usted no ha elegido o si no se deducen de su salario las contribuciones obligatorias.
- Usted tiene la responsabilidad de notificar de inmediato a Gestión de Riesgos y Beneficios (en un plazo máximo de 60 días calendario) cuando un dependiente cubierto ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad definidos en la página 8.
- Las elecciones de beneficios son irrevocables durante el año del plan, a menos que experimente un cambio válido en su situación (consulte la página 17) y proporcione documentación escrita del acontecimiento. Sus deducciones de beneficios antes de impuestos aprobadas comenzarán el primer día del mes siguiente a la presentación de su formulario de cambio completo y la documentación requerida. Esta documentación debe mostrar claramente que su solicitud se debe a un acontecimiento vital que cumple los requisitos.
- Las apelaciones de inscripción se conceden en circunstancias muy limitadas y, por lo general, no se permiten en caso de inscripción accidental en un plan o de añadir/eliminar a un dependiente por error.



Esta Guía de referencia de beneficios proporciona información general y no contiene todos los términos y condiciones aplicables de los distintos planes de beneficios mencionados. Consulte el documento específico del plan para obtener información detallada sobre los beneficios, las exclusiones y las limitaciones del plan. Todas las actualizaciones y cambios se realizarán en el documento en línea según se considere necesario.

Encuentre la información más actualizada iniciando sesión en: <http://l.sdpbc.net/6meuf> y seleccionando el enlace Guía de referencia de beneficios.

Resumen de contribuciones

Contribuciones salariales de los empleados

Su parte del costo de los beneficios se deducirá de su nómina durante 22 o 24 períodos de pago, dependiendo de su calendario de nóminas. Los cambios en su calendario de nóminas afectarán los montos de sus contribuciones de manera correspondiente. Algunas primas del plan se basan en su edad o sus ingresos. Las primas de estos planes también están sujetas a cambios.

La inscripción de cualquier hijo o hijos y de la pareja de hecho será equivalente a la tarifa familiar. Las deducciones se reflejarán como la tarifa antes de impuestos solo para el empleado y el saldo de la deducción se aplicará después de impuestos. Las parejas de hecho deben estar cubiertas para que sus hijos también lo estén.

NOTA IMPORTANTE: a los empleados que reciben 26 cheques de pago se les aplicarán deducciones solo dos veces durante los meses en los que se emiten tres cheques. Los costos del plan que se muestran en esta guía pueden variar ligeramente de sus deducciones salariales reales debido al redondeo.

Niveles de cobertura

Podrá adquirir beneficios médicos, dentales y oftalmológicos en los siguientes niveles:

- 1. Solo empleado
- 2. Empleado + hijo(s)
- 3. Empleado + cónyuge
- 4. Empleado + familia
- 5. Empleado + pareja de hecho
- 6. Empleado + pareja de hecho + hijos (hijos de la pareja y/o hijos del empleado)

Esto le brinda la máxima flexibilidad para personalizar su plan de beneficios. Puede seleccionar la cobertura médica, dental y oftalmológica por separado. Por ejemplo, es posible que necesite cobertura médica solo para usted, pero cobertura dental para usted y su familia.

Hijos adultos mayores

Se requiere una solicitud y una contribución por separado para inscribir a los hijos adultos elegibles que cumplan con los requisitos del estado y tengan entre 26 y 30 años.

Dólares del plan 401(a)

Cuando un empleado elegible renuncia a la cobertura médica, el Distrito aportará la cantidad en dólares especificada en la siguiente tabla a un Plan de Jubilación Especial 401(a) a su nombre. El Plan de Jubilación Especial 401(a) es administrado por Bencor.

Usted es elegible para recibir dólares del plan 401(a) si renuncia a la cobertura médica como empleado y no está inscrito como dependiente en un plan médico del Distrito.

Si tiene cobertura médica distinta al plan del Distrito (es decir, a través del plan de otro empleador), puede renunciar a la cobertura médica del Distrito Escolar y recibir dólares del plan 401(a) por un valor de \$100 al mes (\$50 al mes si es un empleado a tiempo parcial con derecho a ello). Sin embargo, una vez que sea elegible para el seguro médico como empleado, no podrá ser cubierto como dependiente en un plan médico del Distrito por otro empleado del Distrito ni renunciar a la cobertura médica.

PLAN	DÓLARES 401(A) MENSUALES	
	TIEMPO COMPLETO	TIEMPO PARCIAL
Renuncia médica	\$100	\$50

Cómo cambiar su cobertura

¿Cuál es mi período de cobertura?

Su período de cobertura es su período de elegibilidad (por ejemplo, del 1 de enero al 31 de diciembre), a menos que realice un cambio permitido a mitad del año del plan.

¿Puedo realizar cambios en mi elección a mitad del año del plan?

Sí, en circunstancias específicas. Los planes del Distrito y el IRS pueden permitirle realizar un cambio en su elección a mitad del año del plan con carácter prospectivo (futuro), o variar el monto de la reducción salarial, dependiendo del acontecimiento que lo justifique y del cambio solicitado.

Realizar un cambio de forma prospectiva significa que el Distrito procesará todos los cambios aprobados a mitad de año el primer día del mes siguiente a la elección del cambio de estatus (CIS) y la presentación de toda la documentación necesaria que respalde su solicitud. Cuando inscriba con éxito a un nuevo bebé a través de un acontecimiento vital, su cobertura será retroactiva a la fecha de nacimiento. Se aplicarán las primas o contribuciones correspondientes a ese período, lo que puede dar lugar a un ajuste en su próximo sueldo.

¿Cómo un cambio afectará mi FSA?

En el caso de una FSA para gastos médicos, un cambio de elección a mitad del año del plan dará lugar a períodos de cobertura divididos, lo que creará más de un período de cobertura dentro de un año del plan con gastos reembolsados del período de cobertura correspondiente. El dinero de un período de cobertura anterior se puede combinar con los montos después de un cambio de elección permitido a mitad del año del plan.

Sin embargo, los gastos incurridos antes del cambio permitido en la elección solo se pueden reembolsar con el saldo presente en la FSA para gastos médicos antes del cambio. Los cambios en la elección a mitad del año del plan solo se aprueban si las circunstancias atenuantes y la documentación justificativa se ajustan al plan FSA para gastos médicos del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach y a las normas del IRS que rigen el plan.

Los períodos de cobertura divididos no se aplican a la FSA para cuidados de dependientes.

Cómo realizar un cambio con un acontecimiento calificado

En un plazo de 60 días naturales a partir de un acontecimiento que sea coherente con uno de los acontecimientos permitidos en el diseño del plan del distrito, póngase en contacto con su técnico de beneficios. También debe proporcionar constancias que respalden su solicitud de cambio. Su técnico revisará su solicitud y la documentación. Si se considera que se trata de un acontecimiento vital válido, se creará un acontecimiento en Mis beneficios de PeopleSoft para que pueda enviar sus cambios.

Se requiere documentación que respalde su solicitud de cambio de elección. Una vez que se haya revisado, aprobado y procesado su solicitud, sus elecciones y el monto de su contribución actuales cambiarán (según corresponda). Los cambios aprobados entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la recepción del cambio de elección y de toda la documentación requerida. Se deberá pagar la prima completa correspondiente al período que incluye esa fecha. Si se rechaza su solicitud de cambio de elección de FSA, tendrá 30 días calendario a partir de la fecha en que reciba el rechazo para presentar una apelación por escrito ante FBMC. Para obtener más información, consulte el proceso de apelaciones en la página 78.

Para cambios por acontecimientos importantes en la vida, comuníquese con el Departamento de Beneficios al (561) 434-8580 o Benefits@palmbeachschools.org.

Cómo cambiar su cobertura

ACONTECIMIENTO	CAMBIOS PERMITIDOS	DOCUMENTOS NECESARIOS
Nuevo matrimonio	- Añadir cónyuge. - Añadir hijos del cónyuge. - Añadir hijos que antes eran elegibles si se añade al cónyuge o pareja. - Se puede renunciar a la cobertura	- Certificado de matrimonio - Certificado de nacimiento, documentación de adopción o tutela legal - Número de Seguro Social de todos los inscritos - Se debe proporcionar constancia de otra cobertura colectiva
Separación legal o divorcio	- Eliminar cónyuge. - Inscribirse en planes solo si usted o sus dependientes han perdido otra cobertura. - Se deben eliminar los hijastros o los hijos de la expareja	- Copia de la sentencia definitiva o - Copia de la notificación de separación legal - Constancia de pérdida de otra cobertura colectiva
Nuevo bebé; un niño en adopción, nuevos hijastros o tutela legal	- Añadir un nuevo dependiente elegible. - Añadir dependientes que antes eran elegibles, pero que aún no se han inscrito	- Certificado de nacimiento, documentación de adopción o tutela legal. - Número de Seguro Social de todos los inscritos NOTA: si no se dispone del número de Seguro Social, inscriba al niño y proporciónelo más tarde
Pérdida de un dependiente: el hijo cumple 26 años, fin de la tutela legal, pérdida de hijastros debido al divorcio, fallecimiento	- Eliminar dependiente. - Se deben mantener inscritos todos los demás dependientes que actualmente están cubiertos	Constancia del cambio en la relación proporcionada por un tribunal
El empleado o sus dependientes obtienen otra cobertura colectiva	Eliminar a sí mismo o al cónyuge y a los dependientes	Constancia de otra cobertura colectiva para cada persona que se elimina
El empleado o sus dependientes pierden otra cobertura colectiva	- Añadir a sí mismo/cónyuge/dependiente que haya perdido la cobertura - Añadir dependientes que antes eran elegible	- Constancia de pérdida de cobertura colectiva - Verificación de dependientes para los dependientes recién inscritos. - Números de Seguro Social de todos los inscritos
Orden de manutención médica calificada (QMSO)	- Añadir a sí mismo si antes se renunció a la cobertura - Añadir dependientes por orden judicial - La selección del plan se determinará por orden judicial; si no se ordena, el empleado puede seleccionar un plan; si no se realiza ninguna selección, se aplicará el plan predeterminado	- Copia de la orden de manutención médica calificada (QMSO) - Certificado de nacimiento, documentación de adopción o tutela legal - Número de Seguro Social de todos los inscritos NOTA: si el empleado ha renunciado a la cobertura, se añadirá al empleado Y al niño (incluso si no se proporciona el certificado de nacimiento, etc.)
Cambio de residencia del dependiente fuera del área de servicio.	- Eliminar al dependiente que se ha mudado - No se pueden eliminar otros dependientes	Constancia del traslado (p. ej., factura de servicios públicos a nombre del dependiente, nueva licencia de conducir, etc.)
Cambio de residencia del dependiente dentro del área de servicio	- Añadir al dependiente que se ha mudado - Añadir a todos los demás dependientes que antes eran elegibles - No se pueden eliminar otros dependientes	- Constancia del traslado (p. ej., nueva licencia de conducir, etc.) - Verificación de los dependientes recién inscritos - Número de Seguro Social de todos los inscritos
Inscripción en Medicare	Eliminar a sí mismo/dependientes que obtienen cobertura	Constancia de cobertura de las personas que se eliminarán
Pérdida de Medicare	- Añadir a sí mismo o a los dependientes que pierden la cobertura - Añadir dependientes que antes eran elegibles	- Constancia de pérdida de cobertura. - Certificado de nacimiento, documentación de adopción o tutela legal. - Certificado de matrimonio. - Números de Seguro Social de todos los inscritos
Evento de inscripción especial de la HIPAA: obtención o pérdida de Medi-Cal o SCHIP	- Añadir o eliminar a sí mismo y a los dependientes (deben tener otra cobertura) - Añadir dependientes que antes eran elegibles, pero que aún no se han inscrito	- Constancia de pérdida de cobertura. - Constancia de obtención de cobertura. - Certificado de nacimiento, documentación de adopción o tutela legal

***Los empleados tienen hasta 60 días para notificar al Departamento de Beneficios y presentar los documentos correspondientes a un cambio en su situación personal.**

Beneficios de la licencia

¿Cuándo debe solicitar una licencia?

Para proteger sus beneficios, debe solicitar una licencia siempre que se encuentre en situación de no remuneración. Si se ausenta por enfermedad o vacaciones durante más de 10 días consecutivos, debe solicitar una licencia. Si falta al trabajo como consecuencia de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, debe solicitar una licencia incluso si recibe una indemnización por accidente laboral. Tenga en cuenta que para tener derecho a los beneficios es necesario que trabaje la mayor parte de sus días laborables. Por lo tanto, siempre que se encuentre en situación de no remuneración, la solicitud de una licencia le permite conservar su acceso a los beneficios. Es importante que notifique y mantenga informado a su supervisor sobre todas las ausencias. No presentarse al trabajo durante la mayor parte de sus días laborables podría dar lugar a la pérdida de beneficios, así como a un proceso por abandono del trabajo.

Empleados en licencia

Su período de cobertura activa terminará el último día del mes en el que:

- A. Usted se encuentre físicamente en el trabajo.
- B. Usted se encuentre en situación remunerada utilizando días por enfermedad o días anuales.
- C. Su licencia FMLA aprobada expire.
- D. Se apliquen los pagos.

Sin embargo, en la mayoría de los casos, su seguro de vida temporal cesa al final del mes en el que deja de estar activo en el trabajo. Consulte su póliza para conocer las normas detalladas de cobertura, los derechos de conversión y los plazos de solicitud. Si no paga las contribuciones obligatorias mientras está de licencia, su cobertura finalizará y deberá volver a cumplir con los requisitos de elegibilidad cuando regrese a su estado activo, salvo que la ley disponga lo contrario. Si está de licencia por motivos distintos a una enfermedad personal o maternidad, no podrá continuar con la protección de ingresos.

Licencia médica aprobada (FMLA)

Puede continuar con sus beneficios mientras se encuentre en estado FMLA aprobado. El Distrito realizará su contribución en su nombre para los beneficios pagados por el Distrito. Usted deberá hacerse cargo de sus contribuciones habituales. Comuníquese con nosotros al **(561) 434-7478** o al **(561) 434-8668** si no recibe su estado de cuenta mensual. La cobertura se cancelará por falta de pago si no se reciben los pagos de las primas en un plazo de 30 días a partir de la fecha de vencimiento.

Licencia no FMLA

Para que sus beneficios continúen sin interrupción, debe regresar físicamente al trabajo en un puesto con beneficios y haber pagado todas las contribuciones obligatorias antes del último día laboral del mes en el que finaliza su licencia.

La continuación de COBRA se extenderá una vez que se haya agotado su estado FMLA o una vez que se hayan cancelado sus beneficios debido a que se encuentra en un estado no remunerado por cualquier motivo, incluida una licencia no remunerada o un estado no remunerado durante más de 10 días laborables. Tendrá derecho a continuar con sus beneficios médicos, dentales u oftalmológicos si elige y paga las primas de COBRA. Puede continuar con su cuenta de gastos flexibles para la atención médica. Consulte la página 18 para obtener más información. Si su cuenta FSA queda cancelada, comuníquese directamente con Inspira para obtener más información.

Protección de vida/ingresos por enfermedad personal

A los empleados que estén inscritos en planes de incapacidad a corto o largo plazo y se encuentren de licencia por enfermedad personal o maternidad se les facturarán dichos planes desde el primer día de la licencia hasta la fecha en que se espera que comiencen los beneficios por incapacidad. El período de eliminación múltiple para estos planes se describe en la sección de incapacidad de esta guía. El incumplimiento en el pago de las primas puede dar lugar al rechazo de las reclamaciones por incapacidad. Los empleados que se encuentren con licencia por motivos distintos a una enfermedad personal o maternidad no tienen derecho a continuar con los planes de incapacidad a corto o largo plazo una vez que dejen de recibir ingresos del Distrito. Las primas de estos planes no deben aparecer en ningún estado de cuenta recibido.

Debe comunicarse con Recursos Humanos cuando necesite tomarse un tiempo de forma esporádica. Es posible que tenga derecho a una licencia FMLA intermitente.

El motivo de su licencia también afecta su cobertura de seguro de vida. Si estaba trabajando activamente inmediatamente antes de su licencia, sus beneficios de seguro de vida continuarán hasta el último día de su licencia FMLA aprobada, siempre y cuando se paguen las primas obligatorias.

Si tiene una incapacidad total y permanente, puede seguir pagando las primas durante un máximo de 12 semanas a partir de la fecha en que se encontraba en situación remunerada. Transcurridas las 12 semanas, deberá convertir su póliza en una póliza individual o solicitar la protección continua (exención de primas) directamente al proveedor del seguro de vida. Debe solicitar la protección continua (exención de primas) en un plazo de nueve meses a partir de la fecha de la incapacidad. Durante el proceso de exención de primas, no se deberá pagar ninguna prima. Se le concederá el derecho a cambiar su póliza si se rechaza su solicitud de protección continua (exención de primas). Dispondrá de 31 días a partir de la fecha del rechazo de la exención de primas para cambiar a una póliza individual.

Otras licencias: no aptas para continuar con los planes de protección de vida e ingresos

Lamentablemente, los empleados que se encuentran de licencia por motivos distintos a enfermedad personal o maternidad no son elegibles para continuar con los planes de seguro de vida colectivo más allá de una licencia FMLA aprobada. La cobertura de este tipo de planes finalizará en la fecha posterior entre el último día del mes en que usted esté trabajando activamente o el último día del mes de una licencia aprobada FMLA aprobada. Los cargos por seguro de vida, incapacidad a corto o largo plazo no deben pagarse ni aparecer en sus estados de cuenta.

Licencia no remunerada aprobada

Puede seguir recibiendo cobertura para determinados beneficios mientras dure su licencia si opta por la continuación de COBRA. Algunos beneficios, como los de incapacidad a corto y largo plazo, los productos de seguro de vida y la cuenta de gastos flexibles (FSA) para el cuidado de dependientes, no pueden continuar mientras se encuentre de licencia no remunerada. Los beneficios de seguro de vida y de incapacidad solo pueden continuar si el motivo de su licencia no remunerada es su propia enfermedad, lesión o maternidad. Puede comunicarse con los representantes de Gestión de Riesgos y Beneficios para obtener información sobre las primas que debe pagar por estos beneficios.

Cobertura de otras licencias

Otros beneficios afectados por una licencia no remunerada

Le recomendamos que se comunique con los proveedores o administradores de seguros si está inscrito en algún plan de vida colectivo, plan de MetLife, plan de Trustmark o cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica. Ellos podrán brindarle asistencia para comprender cómo su licencia afectará su cobertura en estos planes. Comuníquese con:

- Trustmark directamente al **(866) 636-5525** para obtener información sobre el pago de primas si tenía una póliza de vida universal, accidentes, protección contra el cáncer o enfermedades graves de Trustmark.
- El representante de FBMC en el lugar de trabajo directamente al **(561) 434-7442** para obtener información sobre la continuación de su FSA de atención de salud después de impuestos.
- Llame a MetLife al **(800) 638-6420** para obtener información sobre la protección continua (exención de primas) o al **(877) ASK-MET7** para hablar con un agente de MetLife sobre cómo convertir su póliza.

Cuentas de gastos flexibles (FSA) durante una licencia

Solo se considerará el reembolso de las FSA si los gastos se incurrieron durante el período en el que usted realizó contribuciones. No se realizará ningún reembolso por los gastos incurridos durante una licencia no remunerada si usted no continuó realizando contribuciones. Puede comunicarse con el representante de FBMC en el lugar de trabajo al **561-434-7442** para coordinar la continuación del pago de su FSA para atención médica. Los pagos de la FSA por licencia deben hacerse directamente a FBMC. Debe continuar con su contribución mensual si desea solicitar el reembolso por el período en que se encuentra de licencia.

No se pueden hacer contribuciones a la FSA para el cuidado de dependientes mientras se está de licencia no remunerada.

Para continuar con su FSA de atención de salud mientras está de licencia, envíe su cheque o giro postal a:

**FBMC Benefits Management
ATTN: Benefits Administration
P. O. Box 1878
Tallahassee, FL 32302-1878**

Haga su cheque pagadero a **"The School District of Palm Beach County"**. (FBMC no puede aceptar pagos en línea). Escriba su número de miembro de FBMC de 16 dígitos en

- Incluya una nota en la que indique que es empleado del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach de licencia y que desea seguir realizando contribuciones a su FSA para gastos médicos.
- Si tiene alguna pregunta sobre cómo continuar con su FSA para gastos médicos mientras está de baja, comuníquese con el representante de FBMC en el lugar de trabajo al **(561) 434-7442**.

Beneficios pagados por el distrito mientras se encuentra en situación de no remuneración

Debe solicitar una licencia aprobada para continuar recibiendo sus beneficios. Una vez que no reciba remuneración por la mayoría de sus días laborables en un mes determinado (incluso si no está de licencia), dejará de tener derecho a los beneficios. Si no realiza los pagos suficientes para continuar con los beneficios, la cobertura finalizará al final del mes en el que tenía derecho a ellos. La duración de su licencia puede afectar la fecha de vigencia de sus beneficios.

su cheque o giro postal. Comuníquese con el representante de FBMC en el lugar para obtener su número de miembro de FBMC de 16 dígitos.

Situación de no remuneración, sin licencia aprobada

Si no se encuentra en situación de remuneración, sus beneficios finalizarán al final del mes en el que comenzó la situación de no remuneración. Si no se le realizan deducciones salariales durante cualquier período, la cobertura se dará por finalizada de forma retroactiva al final del mes en el que se recibieron por última vez los pagos de las primas.

Reinscripción al regresar de la licencia

Los empleados con una licencia FMLA aprobada pueden realizar cambios en sus beneficios durante el período de inscripción abierta en PeopleSoft en sus cuentas médicas, dentales, oftalmológicas y de gastos flexibles. Los empleados con una licencia no FMLA pueden realizar cambios cuando regresen al servicio activo. Recuerde que los dólares del plan 401(a) no estarán disponibles hasta el primer día del mes siguiente a su regreso a la situación de asalariado, más cualquier período de espera aplicable si no continuó con sus beneficios durante la licencia.

Los cambios en cualquier otro beneficio o la continuación o restablecimiento de cualquier beneficio pueden realizarse en un plazo de 30 días calendario a partir de su regreso al trabajo. La duración de su licencia puede afectar la fecha de vigencia de sus beneficios.

Si no se comunica con Gestión de Riesgos y Beneficios para completar un formulario de cambio de beneficios en un plazo de 30 días calendario a partir de su regreso al trabajo, quedará inscrito en el plan médico predeterminado y es posible que se eliminen otros beneficios voluntarios. Los beneficios que se cancelaron durante la licencia (incapacidad a corto plazo, incapacidad a largo plazo) no se restablecerán automáticamente. Complete un formulario de cambio de beneficios en un plazo de 30 días calendario a partir de su regreso para volver a elegir estos tipos de planes.

Comuníquese con Gestión de Riesgos y Beneficios en un plazo de 30 días naturales a partir de su regreso al trabajo. Si su apellido comienza con A-J, llame al (561) 434-7478. Si su apellido comienza con K-Z, llame al (561) 434-8668.

Inscripción en el plan predeterminado e inscripción abierta

Si no se comunica con Gestión de Riesgos y Beneficios al regresar de su licencia, se le inscribirá automáticamente en el plan médico HMO Opción Baja solo para empleados y en el seguro de vida básico. No habrá otros beneficios disponibles.

La inscripción abierta estará disponible para los empleados con licencia FMLA aprobada. Si completó la inscripción, pero no es elegible para recibir beneficios el primer día hábil de 2026, su elección no se procesará. La cobertura de ciertos beneficios no puede continuar mientras esté en licencia no remunerada.

Cobertura de otras licencias

Preguntas frecuentes

P. ¿Puedo continuar con mi cuenta de gastos médicos flexibles (FSA) mientras estoy en licencia (LOA)?

R. Puede mantener su cuenta activa o revocar su elección mientras esté de licencia. Si decide mantener su cuenta activa, puede seguir realizando pagos a su FSA para gastos médicos (HCFSA) después de impuestos mientras esté de licencia. Aunque perderá el beneficio del ahorro fiscal, este enfoque mantendrá activo el período de cobertura de su HCFSA y cualquier gasto elegible en el que incurra mientras esté de licencia podrá presentarse y reembolsarse mientras aún esté de licencia.

También puede mantener su cuenta activa llegando a un acuerdo con el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach para ajustar su contribución a su regreso. El departamento de nóminas tomará el saldo de su promesa de contribución a la FSA para el año calendario y lo dividirá entre las fechas de pago restantes, distribuyendo el saldo entre el resto de sus cheques salariales del año. Una vez más, se pagarán todos los gastos elegibles en los que incurra durante la licencia. Este enfoque le ofrece todas las ventajas fiscales, pero deberá esperar hasta que regrese de la licencia y el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach notifique a FBMC/Inspira que usted se encuentra nuevamente activo, antes de que se le puedan reembolsar los gastos incurridos.

P. ¿Qué sucede con mi FSA para atención médica mientras estoy de licencia?

R. Se suspenderá su contribución salarial. Puede comunicarse con FBMC para continuar con las contribuciones después de impuestos. De lo contrario, tendrá una interrupción en la cobertura. Los gastos incurridos durante la licencia no serán reembolsables. Si regresa durante el año del plan, su compromiso con la FSA se reanudará y el saldo pendiente de la contribución se deducirá de los cheques salariales restantes.

P. ¿Cómo puedo continuar con mi FSA para gastos médicos mientras estoy de licencia?

R. Una vez que se vaya de licencia, realice los pagos de su contribución a la FSA para gastos médicos a nombre de "the School District of Palm Beach County" y envíe su cheque o giro postal a:

FBMC Benefits Management, Inc.
ATTN: Benefits Administration
P. O. Box 1878
Tallahassee, FL 32302-1878
Teléfono: 561-434-7442
(No envíe dinero en efectivo.)

P. ¿Qué pasa si no quiero continuar con mi FSA para atención médica cuando regrese de mi licencia?

R. Debido a que su elección de FSA es para todo el año, el Distrito reanudará las deducciones salariales hasta el final del año calendario, a menos que tenga un acontecimiento válido de cambio de situación. Sin embargo, siempre puede optar por no volver a inscribirse en una FSA durante el próximo período de inscripción abierta.

P. ¿Puedo continuar con mi FSA para el cuidado de dependientes mientras estoy de licencia?

R. No. La FSA para el cuidado de dependientes se utiliza para reembolsar a los participantes los gastos relacionados con el trabajo por el cuidado infantil y de personas mayores que les permiten trabajar, buscar trabajo o asistir a la escuela. Mientras esté de licencia, se le considera "no activo en el trabajo" y, por lo tanto, no es elegible para participar.

P. ¿Cuándo terminará mi FSA para el cuidado de dependientes si tomo una licencia?

R. Terminará el último día del mes en el que comience su licencia. Los empleados pueden volver a inscribirse en la FSA para el cuidado de dependientes en un plazo de 30 días a partir de su regreso de la licencia.

Finalización de la cobertura

Employee Coverage

During the plan year, except as otherwise provided by law and in accordance with the School District of Palm Beach County's plan(s), terminating employees are covered as follows:

Through the last day of the month:

- In which employment ends (all interim positions and 12-month employees are in this category).
- In which a leave of absence without pay begins.
- In which suspension without pay begins.
- In which you cease being in a benefits eligible position.
- For which required employee contributions are made.
- In which you do not work the majority of your duty days.
- In which you are in an unpaid status without an approved leave.

Exceptions:

Your position is continued and you qualify for the Family and Medical Leave Act (FMLA). In that case, coverage will end the last day of the month in which eligibility for FMLA ends, as long as required employee contributions are made.

You are a regular, but less than a 12-month employee, and you are in paid status through the last day of your contract period. In this case, coverage ends the last day of the month for which the required employee contributions are made. Exception: Term Life and/or income protection coverage may end as early as June 30 but will not continue beyond the period for which contributions are made.

Change in Status Termination Requests

You are permitted to make changes to your pre-tax benefit elections during the plan year only for legitimate Change in Status (CIS) events. The request may be granted if the life event is "on account of and corresponding with a valid CIS that affects eligibility for coverage." If you experience a qualifying CIS event, the election changes must be requested and submitted with proper documentation within 60 calendar days of the qualifying event and the change must be consistent with the type of event.

Termination Due to Change in Status

Requests to terminate coverage for you and/or a dependent based upon an approved Change in Status (CIS) event will be effective the last day of the month after receipt of a completed Change in Status election and supporting documents.

Retirement

Your benefits as an active employee end on the last day of the month in which you retire. However, for all employees (with the exception of 12-month employees) who retire at the end of a school year and work through their contract period, coverage will end on July 31 of that year. As a retiree of the School District of Palm Beach County, you are eligible to continue your health, dental and vision coverage if you pay the monthly premium in full if you are not Medicare eligible. If you are Medicare eligible, coverage will be offered through FSRBC.

PLEASE Note: Your retirement date must be in a month in which you are covered under the District's benefits plan in order to continue benefits as a retiree.

If you are eligible for Medicare upon retirement, Medicare will become the primary payer on the first month following your retirement date, regardless of your coverage through the District. The Florida School Retiree Benefit Consortium (FSRBC) will extend plans including medical, dental and vision to all Medicare eligible employees and eligible dependents. In order to be eligible to continue the health insurance benefits, you have to be pre-Medicare eligible, retired, up to date on insurance premium payments while you were actively employed and receiving monthly payments from FRS. Please refer to School Board Policy 3.79 for more information.

Termination or Change to Non-Benefited Position

If you terminate employment or have a change in your employment status that results in you becoming ineligible for benefits, your coverage will remain in effect until the last day of that month in which the termination or Change in Status occurred.

Termination followed by rehire within 30 days

If you terminate employment and are rehired within 30 calendar days or less after your termination date, the following rules apply:

1. Automatic Re-enrollment. Default Enrollment: We will automatically re-enroll you in the exact same benefit plans (including Medical, Dental, Vision, and your Health Care FSA) that you had in place before your termination.

2. Health Care FSA Balance. Full Access Restored: Your Health Care FSA balance will be fully restored. You will have access to the full annual limit for eligible expenses incurred after your return, minus any amounts you were reimbursed prior to termination.

3. Coverage Break and Waiting Periods:

--Break in Coverage: You may experience a short break in coverage between your termination date and your rehire date.

--New Waiting Periods: You will be subject to new waiting periods for certain benefits (e.g., Short-Term Disability), as if you were a new employee.

Termination followed by rehire after 30 days

If you terminate employment and are rehired 30 days or more after termination, you will be permitted to make a new election or you may enroll into the benefit plan(s) you had prior to termination. You will experience a break in coverage and will be subject to new waiting periods and the plan choices offered during the initial 18 months of employment.

Dependent Coverage

Your dependent's coverage will terminate on:

The last day of the month in which they meet the definition of eligible dependent. Maximum age for dependent coverage is 25 years of age. Coverage terminates on the last day of the calendar month in which they turn 26 years old.

The date employee coverage ends.

The end of the month before coverage begins as a District employee.

EXCEPTIONS: If your child is disabled and you have provided documentation prior to termination of benefits or you have applied for coverage under the over-age adult child provision, or COBRA continuation is elected and premium payments are made. Trustmark voluntary insurance termination provisions may vary by product. Please consult your policy.

En un plazo de 30 días a partir de la fecha de finalización de su empleo, comuníquese con:

- **Gestión de Riesgos y Beneficios** si no ha recibido información sobre las opciones COBRA o los beneficios para jubilados, o para solicitar una póliza de conversión para la cobertura de vida temporal opcional.
- Llame directamente al número gratuito de **Trustmark** 866-636-5525 para obtener información sobre el pago de primas si tenía una póliza Trustmark Universal Life, Cancer Protector o de enfermedades graves.
- **Cuenta de gastos flexibles (salud):** llame al representante de FBMC en el (561) 434-7442 para solicitar la continuación de COBRA sobre una base después de impuestos de su cuenta de gastos flexibles de atención médica (FSA).
- Servicio al cliente de **Ocenture** directamente al número gratuito (855) 592-7941 para continuar con su plan de protección contra el robo de identidad ID Commander.

Jubilación o desvinculación

En caso de jubilación o desvinculación

Abandonar el Distrito puede suceder por muchas razones, como encontrar un nuevo trabajo, mudarse a otro estado, perder un empleo, reducir las horas de trabajo o decidir jubilarse. En cualquier caso, se le ofrecerá una forma de continuar con los beneficios del Distrito.

Tenga en cuenta que es posible que tenga que tomar decisiones sobre lo que más le conviene en función de sus necesidades individuales con respecto al seguro médico.

El costo de continuar con la cobertura aumentará sin duda y algunas opciones pueden verse afectadas por su elegibilidad e inscripción en otros tipos de planes, como la Parte B de Medicare, o su inscripción en beneficios como parte de sus derechos COBRA.

Coordinación de beneficios o desvinculación

Tenga en cuenta que, una vez que se vaya del Distrito, el pago de las reclamaciones puede verse afectado por las normas de coordinación. Le sugerimos que, antes de tomar una decisión sobre cómo seguirá estando asegurado, consulte todas sus opciones.

Ser elegible para Medicare puede cambiar en gran medida la forma en que este plan reembolsa las reclamaciones.

Del mismo modo, los pagos de reclamaciones en virtud de este plan pueden variar si usted es elegible para Medicare y decide continuar con la cobertura a través de COBRA.

Le sugerimos que, antes de decidir continuar con los planes médicos del Distrito, se tome el tiempo necesario para leer la información de Medicare sobre “Quién paga primero” y la sección específica sobre coordinación de beneficios del documento del plan médico.

Para su comodidad, puede encontrar información importante sobre Medicare en www.medicare.gov. Los documentos de su plan médico se encuentran en la página web Riesgos y beneficios, en la sección de beneficios para empleados.

Si es elegible para Medicare al jubilarse, Medicare se convertirá en el pagador principal el primer día del mes siguiente a su fecha de jubilación, independientemente de la cobertura que tenga a través del Distrito.

Algunos planes son transferibles, lo que significa que puede continuar con el mismo plan con las mismas tarifas de prima. Otros planes pueden convertirse en una póliza individual, lo que puede dar lugar a cambios en el diseño del plan y a un aumento de las tarifas de las primas. Sus beneficios como empleado activo finalizan el último día del mes en el que se jubila. Sin embargo, para todos los empleados (excepto los empleados de 12 meses) que se jubilan al final del año escolar y trabajan durante el período de su contrato, la cobertura finalizará el 31 de julio de ese año.

Como jubilado del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach, tiene derecho a continuar con su cobertura médica, dental y oftalmológica si paga el costo mensual completo y no tiene derecho a Medicare. Si tiene derecho a Medicare cuando se jubile, FSRBC le ofrecerá cobertura.

NOTA: Su fecha de jubilación debe ser en un mes en el que esté cubierto por el plan de beneficios del Distrito para poder continuar con los beneficios como jubilado. Por ejemplo, en el caso de los empleados con contrato de 12 meses, los beneficios se ofrecen a los empleados activos hasta el final del mes en el que se jubilan, siempre que hayan trabajado efectivamente durante ese mes. En el caso de los empleados con contrato de menos de 12 meses, se aplican las mismas reglas, excepto que, al final del año escolar, si completan su contrato, la mayoría de los beneficios se mantendrán hasta finales de julio.

Si no regresa físicamente al trabajo en agosto, sus beneficios finalizarán en julio, por lo que su fecha de jubilación debe ser en julio. Siguiendo con este ejemplo, si elige una fecha de jubilación en agosto, no tendrá derecho a continuar recibiendo los beneficios como jubilado. Para obtener más información sobre sus opciones de beneficios para jubilados, visite: https://www.palmbeachschools.org/careers/benefits/retiree_health_benefits

El analista de beneficios para jubilados está disponible para responder a cualquier pregunta que pueda tener sobre los beneficios.

Cuando falten menos de 30 días para su fecha de jubilación, programe una cita con un analista de beneficios para jubilados para analizar sus opciones. Llame al (561) 434-8673 para obtener más información.

Miriam Morales / Correo: Miriam.Morales@palmbeachschools.org

Consulte la sección *Finalización de la cobertura* para obtener más información.

Preguntas y respuestas para jubilados

¿Qué debo hacer cuando me jubile?

La continuación del seguro médico en el momento de la jubilación puede seguir dos caminos distintos.

Las personas con planes previos a Medicare (menores de 65 años) seguirán recibiendo beneficios administrados por Gestión de Riesgos y Beneficios.

Elegibles para Medicare (65 años o más)

El Consorcio de Beneficios para Jubilados Escolares de Florida (FSRBC) ofrece planes médicos, dentales y oftalmológicos de Medicare completos y competitivos, diseñados especialmente para personas de 65 años o más que se han jubilado del sistema escolar público de Florida.

Las opciones de pago del plan FSRBC varían en función de la opción de inscripción que haya elegido.

Durante los 90 días previos a la fecha prevista para su jubilación, comuníquese con el analista de jubilados de Gestión de Riesgos y Beneficios, al **561-434-8673**, en cualquier momento, si tiene preguntas sobre la continuación de los beneficios para jubilados.

Consideraciones especiales para el seguro de vida temporal

Consulte la cláusula de conversión en las páginas del seguro de vida temporal colectivo, así como su certificado de póliza, para conocer los plazos y los requisitos de solicitud.

Cuando me jubile, ¿a quién debo enviar los pagos?

Los jubilados que sean elegibles para Medicare (menores de 65 años) pueden continuar con sus planes de salud, dentales u oftalmológicos a través de los planes colectivos del distrito. Pueden optar por pagar la totalidad de sus primas mediante deducciones del Sistema de Jubilación de Florida o autorizar al distrito a realizar deducciones automáticas (ACH) de su cuenta bancaria. Hasta que comiencen las deducciones del FRS o ACH, se requiere el pago mediante cheque personal o giro postal.

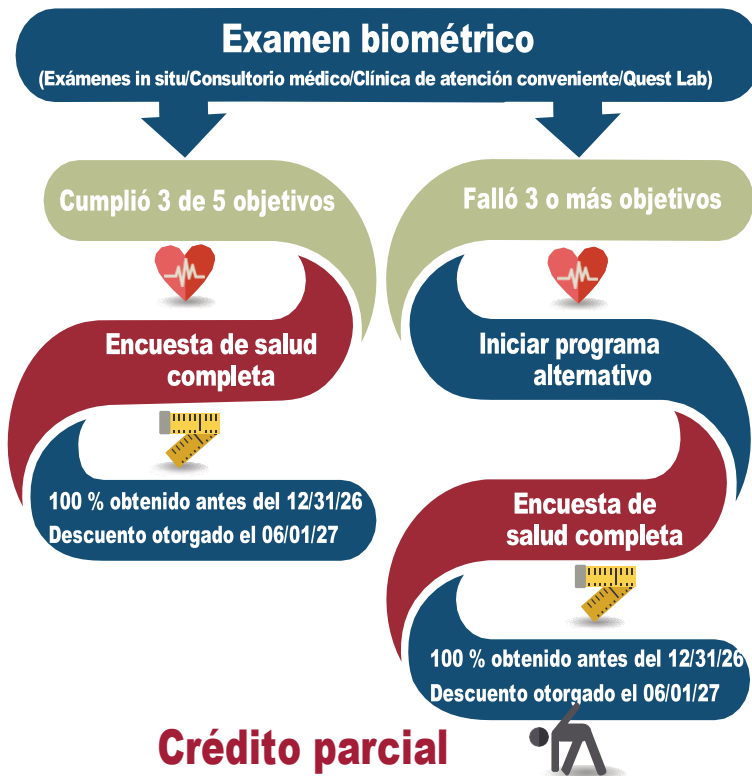
Jubilados elegibles para Medicare (mayores de 65 años)

El consorcio de Beneficios para Jubilados Escolares de Florida (FSRBC) se encargará de gestionar su elección de continuar con los servicios de salud, dentales u oftalmológicos. Las opciones de pago varían en función de la elección de inscripción en el plan. Para obtener más información, visite www.myfsrbc.com o llame al (833) 686-0983 (TTY 711).

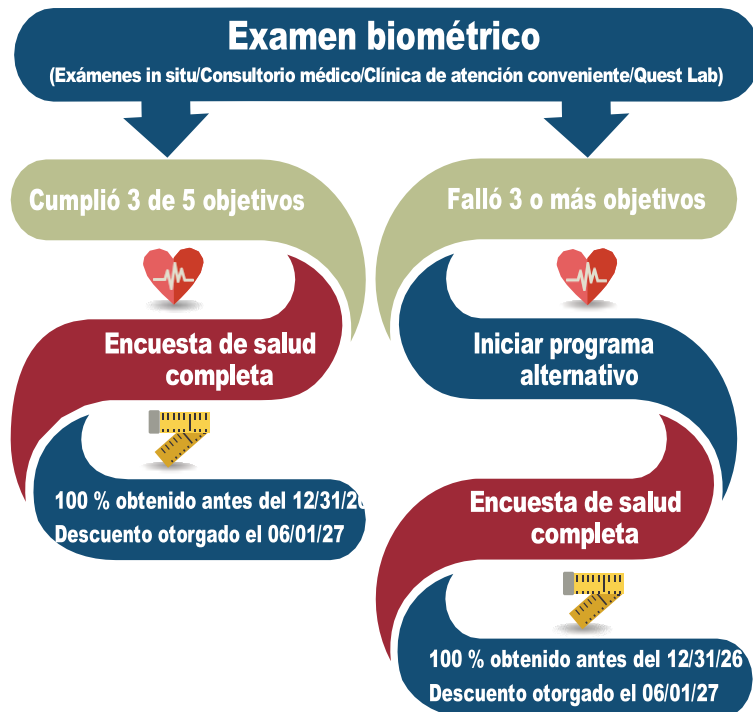
Crédito de Recompensas de Salud



Crédito total



Crédito parcial



Prepárese ahora y obtenga un crédito de \$50 al mes en la prima médica en 2027

Obtenga hasta \$600 en créditos para primas participando activamente en el Programa de Recompensas de Salud. Complete las actividades requeridas entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2026 para obtener el crédito total a partir del 1 de enero de 2027.

Complete las actividades requeridas antes del 31 de diciembre de 2026 y recibirá un crédito parcial (hasta \$350 al año) a partir de la primera prima que venza el 1 de junio de 2027 o después.

Cualquier empleado y cónyuge/pareja de hecho participante en un plan médico del Distrito es elegible para participar en el Programa de Recompensas de Salud. Cada participante debe obtener el 100 % en su panel de control de Optum Engage para cumplir con los requisitos. El incentivo de crédito de prima se reflejará en el sueldo del empleado para cualquier persona cubierta por ese plan que obtenga el crédito.

Es importante que cada participante del plan asuma toda la responsabilidad de realizar un seguimiento de su progreso. Quienes utilicen el formulario de resultados médicos deben tener en cuenta que solo se aplicará el primer formulario enviado. El participante es responsable de enviar por fax o cargar ese formulario.

- Complete la encuesta de salud confidencial en línea, disponible en www.myuhc.com.
- Realice un examen biométrico (se aplicarán los primeros datos del examen presentados en 2026).
- Cumpla con tres de los cinco marcadores biométricos.
- Si tres o más de sus medidas biométricas no se encuentran dentro de los rangos establecidos, podrá seguir obteniendo porcentajes de recompensa participando en uno de los programas de acción alternativos. Estos programas lo ayudarán a encaminarse, brindándole educación y orientación sobre comportamientos saludables.

Para obtener más información sobre el Programa de Recompensas de Salud, visite:

<http://l.sdpbc.net/r007h>

El consumo de tabaco tiene un recargo: deje de fumar para cuidar su salud y ahorrar dinero en el futuro

Se añadirá un recargo de \$50 al mes por consumo de tabaco a la prima médica de los empleados que consuman productos de tabaco.*

Inicie sesión en: <http://l.sdpbc.net/aorzj> para acceder a los recursos disponibles que lo ayudarán a dejar de fumar y ahorrar dinero.

*Según la información proporcionada por los propios usuarios en PeopleSoft. El recargo por consumo de tabaco se aplica a los consumidores de tabaco o a los empleados que no indiquen su estado en la página "Bienestar y recargos".

Nota: el participante es responsable de realizar un seguimiento del progreso y enviar el formulario de resultados médicos

Clínica local del Distrito (DOC)

La clínica local del Distrito



Servicios disponibles

Exámenes

- Exámenes anuales
- Presión arterial
- Índice de masa corporal
- Colesterol
- Glucosa
- Exámenes físicos para la escuela, campamentos y deportes

Asesoramiento

- Nutrición
- Actividad física
- Dejar de fumar
- Control del estrés
- Pérdida de peso
- Consultas con dietista registrado

Tratamiento de afección crónicas

- Artritis
- Asma
- EPOC
- Depresión
- Diabetes
- Salud cardíaca
- Dolor lumbar
- Apnea del sueño
- Ofertas educativas

Atención aguda (enfermedades)

- Resfriado común
- Estreñimiento
- Tos
- Diarrea
- Infecciones oculares
- Dolor de cabeza
- Dolor articular
- Náuseas/vómitos
- Hemorragia nasal
- Infecciones sinusales
- Infecciones cutáneas
- Faringitis estreptocócica

Exámenes de laboratorio

Entre los análisis de sangre y pruebas de laboratorio que se realizan en el centro se incluyen hemoglobina A1C, perfil lipídico, glucosa, estreptococo rápido, mononucleosis, análisis de orina, saturación de oxígeno y embarazo. Se pueden realizar pruebas de laboratorio adicionales y enviarlas a un laboratorio externo.

Medicamentos

Medicamentos de uso común que se dispensan en el centro, incluidos medicamentos para enfermedades agudas/antibióticos, para alergias y de mantenimiento para enfermedades crónicas.

La clínica local del Distrito

3300 Forest Hill Blvd., Building E West
Palm Beach, FL

33406 561-899-0758

Lun., mié. y vie.: de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

Mar. y jue.: de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.



Marathon
Health.

Clínicas PeopleOne Health



Beneficios de salud galardonados

100 % gratis con sus beneficios de SDPBC, cuando esté inscrito en una opción de plan de salud

A partir del 1 de enero, tendrá acceso a beneficios de salud galardonados con uno de los índices de satisfacción del cliente más altos del país, ofrecidos por el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach, disponibles a través de sus beneficios medicos.

\$0 de gastos de bolsillo

Visitas ilimitadas de atención primaria para usted y sus dependientes elegibles

Consultas el mismo día o al día siguiente

Proveedores disponibles las 24 h

Net Promoter Score 90+: ¡a nuestros pacientes les encantan nuestros servicios!

Puede inscribirse en cualquier momento del año*

*Para seguir en el programa, los miembros deben reunirse con su equipo de atención en un plazo de seis meses, ya que la membresía es limitada



¡Comience con PeopleOne Health!



(937) 552-5270



peopleonehealth.com/sdpbc



Costo del plan médico



Contribuciones médicas por período de pago de los empleados en 2026

Las deducciones antes de impuestos por período de pago son las siguientes:	TIEMPO COMPLETO				TIEMPO PARCIAL **			
	24 DEDUCCIONES		22 DEDUCCIONES		24 DEDUCCIONES		22 DEDUCCIONES	
EE = EMPLOYEE	Contribución del Distrito	Deducciones del empleado	Contribución del Distrito	Deducciones del empleado	Contribución del Distrito	Deducciones del empleado	Contribución del Distrito	Deducciones del empleado
HMO Opción Baja								
Solo empleado	\$335.00	\$71.00	\$365.42	\$77.45	\$335.00	\$71.00	\$365.42	\$77.45
E + niño(s)	\$470.00	\$114.00	\$512.68	\$124.35	\$455.00	\$129.00	\$496.31	\$140.71
E + cónyuge	\$507.50	\$135.00	\$553.58	\$147.26	\$492.50	\$150.00	\$537.22	\$163.62
E + familia	\$580.50	\$197.00	\$633.21	\$214.89	\$565.50	\$212.00	\$616.85	\$231.25
HMO Opción Alta								
Solo empleado	\$360.00	\$91.00	\$392.69	\$99.26	\$310.00	\$141.00	\$338.15	\$153.80
E + niño(s)	\$495.00	\$181.00	\$539.95	\$197.43	\$430.00	\$246.00	\$469.04	\$268.34
E + cónyuge	\$530.00	\$206.00	\$578.12	\$224.70	\$465.00	\$271.00	\$507.22	\$295.61
E + familia	\$630.00	\$276.00	\$687.20	\$301.06	\$565.00	\$341.00	\$616.30	\$371.96
CDHP MÉDICO								
Solo empleado	\$275.00	\$76.00	\$299.97	\$82.90	\$275.00	\$76.00	\$299.97	\$82.90
E + niño(s)	\$405.00	\$124.00	\$441.77	\$135.26	\$390.00	\$139.00	\$425.41	\$151.62
E + cónyuge	\$425.00	\$145.00	\$463.59	\$158.17	\$410.00	\$160.00	\$447.23	\$174.53
E + familia	\$495.00	\$212.00	\$539.95	\$231.25	\$480.00	\$227.00	\$523.58	\$247.61
PLAN DE SALUD DE SUREST								
Solo empleado	\$275.00	\$76.00	\$299.97	\$82.90	\$275.00	\$76.00	\$299.97	\$82.90
E + niño(s)	\$405.00	\$124.00	\$441.77	\$135.26	\$390.00	\$139.00	\$425.41	\$151.62
E + cónyuge	\$425.00	\$145.00	\$463.59	\$158.17	\$410.00	\$160.00	\$447.23	\$174.53
E + familia	\$495.00	\$212.00	\$539.95	\$231.25	\$480.00	\$227.00	\$523.58	\$247.61

Los montos reflejados en los cheques de pago pueden variar ligeramente por redondeo. Las tarifas anteriores no incluyen el descuento de Health Rewards ni los recargos por consumo de tabaco.
 **Se aplica a las unidades de negociación de CTA o a quienes tengan estatus de medio tiempo al 31/12/2011.

La inscripción de una pareja de hecho o de una pareja de hecho y sus hijos será equivalente a las tarifas anteriores. Las deducciones se reflejarán como la tarifa antes de impuestos solo para el empleado y el saldo de la deducción se aplicará después de impuestos.

A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios enumerados son válidos solo para los servicios de salud recibidos a través de proveedores participantes o con la aprobación del plan. Es posible que se requiera notificar los servicios.

Este resumen informativo está sujeto a cambios. Los miembros o solicitantes no deben basarse únicamente en este resumen. Si existe alguna discrepancia entre este resumen y la descripción resumida del plan (SPD), prevalecerá la información que se encuentra en la SPD.

Planes médicos

Resumen de beneficios • UnitedHealthcare: HMO de opción baja (Red Choice)

Este plan le ofrece la libertad de consultar a cualquier médico u otro profesional de la salud de nuestra red nacional, incluidos especialistas, sin necesidad de remisión. Además, no tiene que preocuparse por los formularios de reclamación ni las facturas.

PAGO DEL MIEMBRO	SOLO DENTRO DE LA RED
Deducible anual por gastos médicos	\$500 individual / \$1,000 familia
Gasto máximo anual de bolsillo	\$6,000 individual / \$12,000 familia
Coseguro/Coseguro por hospitalización	20 % de los gastos elegibles tras deducible
Médico de atención primaria Consulte el directorio de proveedores de United antes de tomar una decisión sobre su proveedor de atención médica	Elija cualquier médico del Directorio de Acceso Abierto de United. Puede acudir a cualquier especialista participante sin necesidad de remisión médica.
Atención preventiva	Sin cargo
Visita al consultorio (atención primaria)	\$30 de copago por médico de atención premium de nivel 1 de UHC / \$40 de copago por médico que no sea de atención premium / No se aplica deducible
Visita al consultorio de un especialista	\$55 de copago por médico de atención premium de nivel 1 de UHC / \$60 de copago por médico que no sea de atención premium / No se aplica deducible. No se necesita remisión.
Servicios hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios, rayos X, otros servicios de diagnóstico (IRM, tomografía computarizada, pruebas de lab., etc.)	20 % de los gastos elegibles tras deducible
Terapia de rehabilitación ambulatoria	\$35 de copago por visita ¹ No se aplica deducible
Equipo médico duradero aprobado	20 % de los gastos elegibles tras deducible
Traslado en ambulancia de emergencia	\$150 de copago por viaje
Requisitos previos al ingreso hospitalario	Su médico se encargará de todos los requisitos de notificación previa.
Atención en la sala de emergencias	\$250 de copago (exento en caso de ingreso hospitalario)
Copago por atención de urgencia	\$75 de copago: no se aplica el deducible
Clínica de atención conveniente - Consultas virtuales	\$40 de copago: no se aplica deducible \$25 de copago: no se aplica deducible
Consulta en la clínica del distrito	\$10 de copago
Servicios ambulatorios de salud mental y consumo de sustancias - Los servicios de telemedicina incluyen asesoramiento sobre salud mental y abuso de sustancias	\$35 individual / \$25 familia No se aplica deducible

Red www.myuhc.com. Nombre de la red: "UnitedHealthcare Choice". Esta red es tanto para HMO de opción baja como alta.

¹ 20 visitas de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia pulmonar y terapia del habla por año calendario, por tipo de terapia; 36 visitas al año para terapia cardíaca.

	MINORISTA	PEDIDO POR CORREO
DED	\$100 Individual / \$200 Family	No Deductible
Nivel 1	\$10 de copago tras deducible	\$25 de copago
Nivel 2	\$30 de copago tras deducible	\$75 de copago
Nivel 3	\$60 de copago tras deducible	\$150 de copago
Nivel 4	\$100 de copago tras ded.	\$250 de copago

Medicamentos recetados

(NOTA: Walgreens no es una farmacia participante)

- Suministro para 30 días por receta médica en farmacias participantes
- Pedido por correo postal de un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento incluidos en el formulario por receta médica

Planes médicos

Resumen de beneficios • UnitedHealthcare: Opción alta (Red Choice)

Este plan le da la libertad de consultar a cualquier médico u otro profesional de la salud de nuestra red nacional, incluidos especialistas, sin necesidad de una remisión. Además, no tiene que preocuparse por ningún formulario de reclamación ni facturas. Este plan estará disponible durante el período de inscripción abierta, una vez que haya sido elegible para recibir beneficios durante 18 meses sin interrupción en el servicio.

PAGOS DEL MIEMBRO	SOLO DENTRO DE LA RED
Deducible anual por gastos médicos	\$400 individual/ \$800 familia
Gasto máximo anual de bolsillo	\$4,000 individual/ \$8,000 familia
Coseguro/Coseguro por hospitalización	10 % de los gastos elegibles tras deducible
Coseguro para la sala de emergencias	15 % de los gastos elegibles tras deducible
Médico de atención primaria Consulte el directorio de proveedores de United antes de tomar una decisión sobre su proveedor de atención médica	Elija cualquier médico del Directorio de Acceso Abierto de United. Puede acudir a cualquier especialista participante sin necesidad de remisión médica.
Atención preventiva	Sin cargo
Visita al consultorio (atención primaria)	\$30 de copago para médicos de atención premium de nivel 1 de UHC / \$40 de copago para médicos que no sean de atención premium / No se aplica deducible
Visita al consultorio de un especialista	\$40 de copago para médicos de atención premium de nivel 1 de UHC / \$50 de copago para médicos que no sean de atención premium / No se aplica deducible. No se necesita remisión.
Servicios hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios, rayos X, otros servicios de diagnóstico (IRM, tomografía computarizada, pruebas de lab., etc.)	10 % de los gastos elegibles tras deducible
Terapia de rehabilitación ambulatoria	\$20 de copago por visita ¹ No se aplica deducible
Equipo médico duradero aprobado	10 % de los gastos elegibles tras deducible
Traslado en ambulancia de emergencia	10 % de los gastos elegibles tras deducible
Requisitos previos al ingreso hospitalario	Su médico se encargará de todos los requisitos de notificación previa.
Atención en la sala de emergencias	15 % de los gastos elegibles después del deducible
Copago por atención de urgencia	\$50 de copago No se aplica deducible
Clínica de atención conveniente - Consultas virtuales	\$25 de copago: no se aplica deducible \$25 de copago: no se aplica deducible
DOC Consulta en la clínica del distrito	\$10 de copago
Servicios ambulatorios de salud mental y consumo de sustancias - Los servicios de telemedicina incluyen asesoramiento sobre salud mental y abuso de sustancias	\$20 individual / \$15 grupo No se aplica deducible

Red www.myuhc.com. Nombre de la red: "UnitedHealthcare Choice". Esta red es tanto para HMO de opción baja como alta.

¹ 20 visitas de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia pulmonar y terapia del habla por año calendario, por tipo de terapia; 36 visitas al año para terapia cardíaca.

	MINORISTA	PEDIDO POR CORREO
DED	\$100 individual / \$200 familia	Sin deducible
Nivel 1	\$10 de copago tras deducible	\$25 de copago
Nivel 2	\$30 de copago tras deducible	\$75 de copago
Nivel 3	\$60 de copago tras deducible	\$150 de copago
Nivel 4	\$100 de copago tras ded.	\$250 de copago

Medicamentos recetados

(NOTA: Walgreens no es una farmacia participante)

- Suministro para 30 días por receta médica en farmacias participantes
- Pedido por correo postal de un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento incluidos en el formulario por receta médica

Planes médicos

Resumen de beneficios • UnitedHealthcare: CDHP con una HSA* (Red Choice Plus)

El Plan de Salud Orientado al Consumidor (CDHP) con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) le permite controlar sus gastos médicos y le brinda la posibilidad de ahorrar dinero en su HSA para futuras necesidades de atención médica. **El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach depositará mensualmente los siguientes montos en su cuenta HSA: \$60 para solo el empleado, \$90 para el empleado + hijos, \$90 para el empleado + cónyuge y \$120 para el empleado + familia.** Este plan le brinda la libertad de consultar a cualquier médico u otro profesional de la salud de nuestra red nacional, incluidos especialistas, sin necesidad de una remisión. Con este plan, recibirá el nivel más alto de beneficios al buscar atención de un médico, centro u otro profesional de la salud de la red. También puede optar por buscar atención fuera de la red sin una remisión. Sin embargo, debe saber que la atención recibida de un médico, centro u otro profesional de la salud que no pertenezca a la red implica un deducible y un copago más altos.

PAGOS DEL MIEMBRO	SOLO DENTRO DE LA RED	SOLO FUERA DE LA RED
Deducible anual por gastos médicos	\$3,000 individual / \$6,000 familia	\$4,500 individual \$9,000 familia
Gasto máximo anual de bolsillo	\$6,350 individual / \$12,700 familia	\$10,000 individual \$20,000 familia
Coseguro/Coseguro por hospitalización	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	40 % de los gastos elegibles tras deducible
Médico de atención primaria	Elija cualquier médico de la red "UnitedHealthcare Choice Plus". Acceda a cualquier especialista participante sin necesidad de remisión	Elija cualquier médico autorizado
Atención preventiva - Visita al consultorio - Mamografía de rutina**	Sin cargo Sin cargo	40 % de los gastos elegibles tras ded. 40 % de los gastos elegibles tras ded.
Visita al consultorio (atención primaria)	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	40 % de los gastos elegibles tras deducible
Visita al consultorio de un especialista	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	40 % de los gastos elegibles tras deducible
Servicios hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios, rayos X, otros servicios de diagnóstico (IRM, tomografía computarizada, pruebas de lab., etc.)	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	40 % de los gastos elegibles tras deducible
Terapia de rehab. ambulatoria ¹	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	40 % de los gastos elegibles tras deducible
Equipo médico duradero aprobado	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	40 % de los gastos elegibles tras deducible
Traslado en ambulancia de emergencia	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	30 % de los gastos elegibles tras deducible
Requisitos previos al ingreso hospitalario	Su médico se encargará de la notificación previa	Su responsabilidad es asegurarse de que su médico se encargue de la notificación previa
Atención en la sala de emergencias	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	30 % de los gastos elegibles tras deducible
Copago por atención de urgencia	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	40 % de los gastos elegibles tras deducible
Clínica de atención conveniente - Consultas virtuales	30 % de la tarifa contratada tras el ded. \$50 y luego el 30 % de la tarifa contratada tras el deducible	40 % de los gastos elegibles tras ded. N/A
DOC Consulta en la clínica del distrito	\$25 de copago	
Servicios ambulatorios de salud mental y consumo de sustancias	30 % de la tarifa contratada tras el ded.	40 % de los gastos elegibles tras deducible

Red www.myuhc.com. Nombre de la red: "UnitedHealthcare Choice". Esta red es tanto para HMO de opción baja como alta.

¹ 20 visitas de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia pulmonar y terapia del habla por año calendario, por tipo de terapia; 36 visitas al año para terapia cardíaca.

	MINORISTA	PEDIDO POR CORREO
DED	Sujeto a deducible	Sujeto a deducible
Tier 1	\$10 de copago tras deducible	\$25 de copago tras deducible
Tier 2	\$30 de copago tras deducible	\$75 de copago tras deducible
Tier 3	\$60 de copago tras deducible	\$150 de copago tras ded.
Tier 4	\$100 copay after deductible	\$250 copay after deductible

Medicamentos recetados

Suministro para 30 días por receta médica en farmacias participantes

- Pedido por correo postal de un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento incluidos en el formulario por receta médica

Resumen de beneficios de Surest

Plan de Surest

Resumen de beneficios medicos de UnitedHealthcare

Prepárese para un plan de salud distinto con Surest®. Este plan rediseñado le permite controlar su experiencia de atención médica, con oportunidades de ahorro y beneficios diseñados para ser fáciles de entender, con precios claros desde el principio. Surest es una solución de plan de salud que cumple con la ACA y cubre lo que usted esperaría de un seguro médico, como atención preventiva, medicamentos recetados, atención primaria y especializada, servicios de urgencia y emergencia, y más.

PAGOS DEL MIEMBRO	SOLO DENTRO DE LA RED
Deducible anual por gastos médicos	\$0
Gasto máximo anual de bolsillo	\$6,500 por persona/\$13,000 por familia
Hospitalización	\$2,750
Médico de atención primaria: consulte el directorio de proveedores de United antes de tomar una decisión sobre su proveedor de atención médica	Elija cualquier médico del directorio United Open Access. Puede acudir a cualquier especialista participante sin necesidad de remisión.
Atención preventiva	Sin cargo
Visita al consultorio médico (atención primaria)	\$25 a \$130
Visita al consultorio de un especialista	\$25 a \$130
Servicios hospitalarios y quirúrgicos ambulatorios: Rayos X, otros servicios de diagnóstico (IRM, tomografía computarizada, etc.), laboratorio	\$40 a \$3,500
Terapia de rehabilitación ambulatoria	\$15 a \$170
Equipo médico duradero aprobado	\$0 a \$1,000
Traslado en ambulancia de emergencia	\$500
Requisitos previos al ingreso hospitalario	Su médico se encargará de todos los requisitos de notificación previa.
Atención en la sala de emergencias	\$900
Atención de urgencia	\$80
Visita a la clínica local del distrito	\$10 de copago
Clínica de atención conveniente	\$80
Consultas virtuales	\$0 a \$130
Servicios ambulatorios de salud mental y consumo de sustancias	\$25 a \$130
Proveedor de medicamentos recetados - Optum Rx	Sin deducible
Suministro para 30 días por receta en farmacias participantes. Beneficios de recetas proporcionados por Optum Rx.	\$10 Nivel 1, \$30 Nivel 2, \$60 Nivel 3
Pedido por correo postal de un suministro para 90 días de medicamentos de mantenimiento incluidos en el formulario por receta médica	\$25 Nivel 1, \$75 Nivel 2, \$150 Nivel 3

Red médica www.myuhc.com. Nombre de la red: "UnitedHealthcare Choice". Esta red es tanto para HMO de opción baja como alta y Plan de Surest.

Haga clic [aquí](#) para obtener más información sobre el Plan de Surest.



Experiencia de miembros de Naviguard

Cómo funciona Naviguard para los miembros.

Podemos ayudar a resolver facturas médicas inesperadas negociando directamente con los proveedores.* Los servicios de Naviguard® están disponibles sin costo adicional para los miembros de los planes participantes de Naviguard a través de los beneficios de su plan de salud administrado por UnitedHealthcare.

Estaremos con usted en cada paso del proceso.



1. Llame

Cuando un miembro tiene un servicio fuera de la red (OON) que no está cubierto por la Ley de Sorpresas Desagradables (NSA), recibe un EOB y luego una factura por el saldo. Llama a los servicios para miembros de UHC para comenzar con Naviguard.



2. Conéctese

El miembro se conecta con un asesor dedicado de Naviguard. El miembro se reúne con su asesor para compartir su historial, cargar su factura OON y firmar algunos formularios para que podamos comenzar a negociar en su nombre.



3. Negocie

Su asesor dedicado de Naviguard inicia las negociaciones con el proveedor fuera de la red y mantiene al miembro informado sobre el progreso.



4. Resultado

El asesor de Naviguard del miembro le envía un registro del proceso y el resultado final de las negociaciones. También se puede enviar un nuevo EOB.

*En situaciones en las que se factura al miembro por encima de un monto determinado.
Servicios administrativos proporcionados por United HealthCare Services, Inc. o sus afiliadas. NVG22-10014-003 03/22 © 2022 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Planes médicos



NOS ESPECIALIZAMOS EN SEGURIDAD MÉDICA

A través de su empleador, usted tiene una membresía exclusiva en 2nd.MD, un servicio virtual de consulta médica y orientación con expertos. Le ponemos en contacto con un especialista de élite certificado para que le ofrezca una consulta médica virtual por teléfono o video desde la comodidad de su hogar.

2nd.MD se especializa en la certeza médica al proporcionar acceso a especialistas de élite para preguntas sobre:

- Enfermedades, cáncer o afecciones crónicas
- Cirugías o procedimientos
- Medicamentos y planes de tratamiento

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

2nd.MD es confidencial, rápido y sin costo adicional para usted y sus dependientes cubiertos por el plan médico de UnitedHealthcare.

COMIENCE HOY MISMO

Llame al 1.866.269.3534

Visite www.2nd.MD/activate o descargue nuestra aplicación 2nd.MD



Apple, el logotipo de Apple, iPhone y iPad son marcas comerciales de Apple Inc., registradas en Estados Unidos y otros países y regiones. App Store es una marca de servicio de Apple Inc. Google Play y el logotipo de Google Play son marcas comerciales de Google LLC.

LLAME AL 911 DE INMEDIATO SI TIENE UNA EMERGENCIA MÉDICA. 2nd.MD no es un servicio de emergencias. 2nd.MD es un recurso independiente que lo ayuda a recibir información de especialistas médicos expertos. 2nd.MD no practica la medicina ni brinda atención al paciente, y es independiente de los especialistas que brindan las consultas médicas expertas.

La información proporcionada a través de 2nd.MD no constituye asesoramiento médico y no diagnostica, trata ni prescribe el tratamiento de afecciones médicas. Toda la información proporcionada en relación con 2nd.MD tiene fines exclusivamente informativos y no crea una relación médico-paciente. La información proporcionada a través de 2nd.MD no sustituye el diagnóstico o tratamiento médico de su médico tratante, y usted debe hablar con su médico tratante sobre la información proporcionada antes de tomar cualquier decisión. Es posible que el servicio 2nd.MD no esté disponible en todos los estados o para todos los tamaños de grupos y está sujeto a cambios. Pueden aplicarse exclusiones y limitaciones de cobertura.

22-674 © 2022 2nd.MD. Todos los derechos reservados.



CÓMO FUNCIONA: 3 pasos sencillos

- 1. ACTIVE SU CUENTA Y SOLICITE UNA CONSULTA**
Visite www.2nd.MD/activate, descargue nuestra aplicación o llámenos al 1.866.269.3534
- 2. HABLE CON UNA ENFERMERA**
Explique sus problemas médicos y una enfermera con experiencia se encargará del resto, incluidas la recopilación de los registros médicos y la puesta en contacto con un especialista líder experto en su afección.
- 3. CONSULTE CON UN ESPECIALISTA LÍDER**
Obtenga información sobre su diagnóstico, plan de tratamiento y próximos pasos en la atención con un especialista reconocido a nivel nacional. Consulte por video o teléfono en el momento que más le convenga, ¡incluso en las noches y fines de semana!

DESPUÉS DE SU CONSULTA

Recibirá un resumen por escrito de su consulta para que esté preparado para hablar con su médico tratante o para que podamos remitirlo a otro médico de la red en su zona.

Descubra cómo una de nuestras afiliadas evitó una cirugía innecesaria y aprendió a controlar su rara enfermedad.



Diabetes – Atención especializada Level2



Atención especializada Level2 para la diabetes tipo 2

Incluida en su plan de salud, sin costo adicional

Acerca del programa

Level2 es un programa de atención especializada para la diabetes diseñado para brindarle más que solo el control de la diabetes tipo 2. Le proporciona herramientas y apoyo para que pueda mejorar su control de la glucosa y su salud en general.

Cuando se inscriba, recibirá un monitor continuo de glucosa (MCG) sin costo adicional. Este dispositivo le permite realizar un seguimiento de su glucosa en tiempo real, sin necesidad de pincharse los dedos. También tendrá acceso a un equipo de atención dedicado compuesto por proveedores, asesores, dietistas y otros expertos que lo guiarán en cada paso del proceso.

¿Por qué inscribirse?

Controlar la diabetes puede resultar agobiante en ocasiones. Tal vez esté cansado de pincharse los dedos, no sepa qué comer o le cueste mantener la motivación. Level2 está aquí para facilitarle las cosas y ayudarlo a recuperar el control de su salud.

Con orientación y herramientas personalizadas, Level2 lo ayuda a comprender qué factores afectan sus niveles de glucosa para que pueda realizar cambios duraderos y saludables.

Cómo funciona

Unirse a Level2 es muy sencillo. Primero, se inscribe en el programa, lo cual es rápido y fácil. Una vez que se confirme su elegibilidad, se le enviará directamente un medidor continuo de glucosa (MCG).

A partir de ahí, se pondrá en contacto con su equipo de atención para crear un plan personalizado para mejorar su control de la glucosa. A medida que avance en el programa, obtendrá información en tiempo real sobre cómo sus acciones afectan su glucosa y aprenderá a realizar cambios positivos.

La participación y la disponibilidad del MCG dependen del plan de salud y de los criterios de elegibilidad clínica.

Costo

Level2 está incluido en determinados planes de UnitedHealthcare. No hay ningún costo adicional además de la prima habitual de su plan de salud.

Más información e inscripción

Visite mylevel2.com/care o llame al 1-844-302-2821 (TTY 711) para obtener más información y empezar.

Nota importante

Level2 no puede garantizar resultados de salud específicos. Hable con su médico para determinar si Level2 es adecuado para usted. El acceso al MCG y al programa se basa en su plan de salud y en su elegibilidad clínica.

The poster features a purple and blue gradient background. At the top left is the Level2 logo. The main headline reads "Do type 2 differently." in large white letters. To the right, a smaller text says "Go beyond just managing type 2 diabetes with Level2 Specialty Care. You can work to improve your type 2." Below this, a section titled "Here's how it works:" lists three components: "Insights" (with a glucose monitor icon), "Care Team" (with a group of people icon), and "Level2 Method" (with a circular arrow icon). Each component has a brief description. At the bottom, there is a "FREE" badge, a QR code, and contact information: "Access to Level2 is included in your health plan at no additional cost. Included with select UHC health plans." and "Learn more and join at mylevel2.com/care Or talk to an expert at 1-844-302-2821 (TTY 711)". Fine print at the very bottom explains that participation is not a guarantee and is subject to certain health plan and clinical eligibility criteria.

Médicos



UnitedHealthcare se complace de que el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach nos haya elegido como proveedor de planes de salud para usted y su familia.

Bienvenido, nos alegra que esté aquí

Aunque nadie puede predecir el futuro, usted puede prepararse para él. Sus beneficios de UnitedHealthcare le brindan acceso a personas, recursos y herramientas que le ayudarán cuando no se sienta bien. También hemos creado programas únicos para ayudarlo a mejorar su salud y bienestar. Creemos que el conocimiento es la base de su atención médica, por lo que queremos brindarle recursos que lo ayuden a:

- Mantenerse activo con su atención médica
- Tomar decisiones saludables
- Encontrar respuestas
- Ahorrar dinero
- Hacerse cargo de su salud

Beneficios que le encantarán

Es probable que su médico ya forme parte de nuestra red. Ya sea que esté en casa, de viaje o tenga un hijo cubierto que estudia fuera del estado, es probable que haya un médico u hospital de la red cerca. Además, no se requieren remisiones. Puede consultar al especialista que desee.

Las emergencias están cubiertas en cualquier parte del mundo y, por lo general, no tiene que preocuparse por los trámites de reclamación cuando recibe atención dentro de la red.

Encuentre un médico u hospital de la red

Busque por centro, ubicación, género e idiomas que se hablan.

1. www.whyUHC.com/sdpbc
2. Haga clic en “Planes de salud”
3. Elija la red de planes de salud que desea ver

Su plan de cobertura

Su plan de beneficios es una parte importante de su vida diaria, incluso si no necesita servicios todos los días. Lo protege y lo ayuda a administrar mejor su salud. Este es el momento perfecto para informarse todo lo que pueda sobre su cobertura antes de necesitarla, especialmente cómo funciona y dónde acudir para recibir atención médica.

Lleve siempre su tarjeta de identificación

Su tarjeta de identificación contiene información importante sobre usted y su cobertura. Guarde su tarjeta en su billetera o cartera para no olvidarla.

Cuando vaya al consultorio del médico, a la farmacia o al hospital, muéstrela para asegurarse de que no le cobren innecesariamente. También es posible que le pidan que muestre un documento de identidad con fotografía, como su licencia de conducir u otra tarjeta de identificación oficial con fotografía, así que asegúrese de llevarla. También puede acceder a una copia electrónica de su tarjeta de identificación mediante la aplicación myUHC.

Médicos

Características adicionales de cada plan

Cuando se inscriba en un plan de salud de UnitedHealthcare, no solo tendrá la libertad de acudir a cualquier médico u hospital de nuestra red nacional, incluidos especialistas, sino que también podrá aprovechar muchos programas y servicios valiosos que le facilitarán su experiencia de atención médica.

Los asesores de salud ofrecen apoyo telefónico y en línea para ayudarlo a perder peso, dejar de fumar, controlar la diabetes y mucho más.

Los programas de salud y bienestar pueden ayudarlo a comer bien, dejar de fumar y relajarse. Puede participar en línea o por teléfono, desde la comodidad de su hogar.

Otras herramientas útiles son:

- Estimador de costos de atención médica
- Búsqueda de médicos
- Comparación de hospitales

UnitedHealth Premium® Care Physician: encuentre médicos y hospitales reconocidos en la red

Con el programa de designación UnitedHealth Premium Nivel 1*, le ayudamos a:

- Encontrar médicos y hospitales en su área que cumplan con los criterios de calidad y rentabilidad
- Encuentre médicos a los que puede llamar directamente, sin necesidad de aprobación previa
- Obtenga nombres rápidamente en línea
Acceda a 27 especialidades, entre ellas atención primaria, cardiología y ortopedia, así como a centros especializados en:
 - cardiopatías congénitas
 - atención cardíaca
 - reemplazo total de articulaciones
 - cirugía de columna

Encontrar un médico de UnitedHealth Premium® Care

Visite el sitio web para miembros, myuhc.com, para buscar en el directorio y busque este símbolo junto a los resultados.



*UnitedHealth Premium Nivel 1 no está disponible en todas las ubicaciones geográficas. Para obtener una descripción completa del programa de designación UnitedHealth Premium Nivel 1, incluidos detalles sobre la metodología utilizada, la disponibilidad geográfica y las limitaciones del programa, visite myuhc.com.

Los criterios para la designación provienen de estándares de calidad reconocidos a nivel nacional y estándares de eficiencia de costos basados en el mercado. Para nuestros miembros con problemas médicos especiales, también proporcionamos información del Programa de Reconocimiento de Médicos del Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA).

Consejos para que su visita al médico valga la pena

Antes de su cita:

1. Haga una lista con todas las preguntas para su doctor, enfermera o farmacéuta.
2. Anote los medicamentos que toma actualmente, incluidos los recetados, los de venta libre y los suplementos a de hierbas.
3. Si le cuesta recordar lo que le dice su médico, lleve a un familiar o amigo a la consulta.

Durante su cita:

1. Informe a su médico si a algún miembro de su familia le han diagnosticado una enfermedad o afección grave. Indique también si ha viajado o va a viajar fuera del país.
2. Pídale a su médico en cada visita que envíe cualquier prueba de laboratorio a un centro de la red.
3. Antes de irse, asegúrese de poder leer o entender las instrucciones de su médico o farmacéuta. En caso contrario, no dude en pedirles que se las expliquen hasta que las entienda.

Herramientas digitales para su plan de salud



Aproveche al máximo los beneficios de su plan de salud con estas dos prácticas herramientas digitales



La aplicación UnitedHealthcare® y myuhc.com®

Ya sea que esté fuera de casa o en línea, tendrá acceso a recursos creados para ayudarlo a:

- Ver información sobre beneficios, detalles de reclamaciones y saldos de cuentas
- Buscar proveedores y centros de la red para el tipo de atención que pueda necesitar
- Comparar rápidamente los costos estimados antes de recibir atención
- Obtener información sobre la atención preventiva cubierta
- Acceder a su tarjeta de identificación del plan de salud y añadir los detalles de su plan a la billetera digital de su teléfono inteligente

Regístrese una vez para acceder a ambas herramientas

Comience por descargar la aplicación UnitedHealthcare o ir a myuhc.com y luego:

- Toque **Registrarse ahora** en la aplicación o seleccione **Registrarse** en el sitio web
- Rellene los campos obligatorios y cree su nombre de usuario y contraseña
- Introduzca su información de contacto y seleccione SMS o llamada telefónica para la autenticación de dos factores; después, acepte los términos y condiciones
- Active la entrega sin papel en sus preferencias de comunicación

Ahora ya está registrado y conectado a la aplicación y al sitio web.

Conéctese



Escanee este código para descargar la aplicación y registrarse, o visite myuhc.com

United
Healthcare

Ciertos artículos y servicios de atención preventiva, incluidos las vacunas, se proporcionan según lo especificado por la ley aplicable, incluida la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable (ACA), sin costo compartido para usted. Estos servicios pueden variar según su edad y otros factores de salud. Es posible que su plan cubra otros servicios de rutina, y que algunos planes requieran copagos, coseguros o deducibles para estos beneficios. Revise siempre los documentos de su plan de beneficios para determinar los detalles específicos de su cobertura.

Todos los miembros de UnitedHealthcare pueden acceder a una estimación de costos en línea o en la aplicación móvil. Ninguna de las estimaciones de costos tiene por objeto garantizar sus costos o beneficios. Sus costos reales pueden variar. Cuando acceda a una estimación de costos, consulte los términos de uso del sitio web o de la aplicación móvil en la sección Buscar atención y costos. Disponible solo para planes asegurados y planes autofinanciados con beneficios de farmacia integrados de Optum Rx.

La aplicación UnitedHealthcare® está disponible para su descarga en iPhone® o Android®, iPhone es una marca registrada de Apple, Inc. Android es una marca registrada de Google LLC.

La cobertura del plan de salud es proporcionada por una empresa de UnitedHealthcare o a través de ella. La cobertura del seguro es proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company o sus filiales, o a través de ellas. Los servicios administrativos son proporcionados por United HealthCare Services, Inc. o sus filiales.

Los servicios administrativos son proporcionados por United HealthCare Services, Inc. o sus filiales, y UnitedHealthcare Service LLC en Nueva York. El seguro de limitación de pérdidas está suscrito por UnitedHealthcare Insurance Company o sus filiales, incluidas UnitedHealthcare Life Insurance Company en Nueva Jersey y UnitedHealthcare Insurance Company of New York en Nueva York.

Farmacia: medicamentos especializados

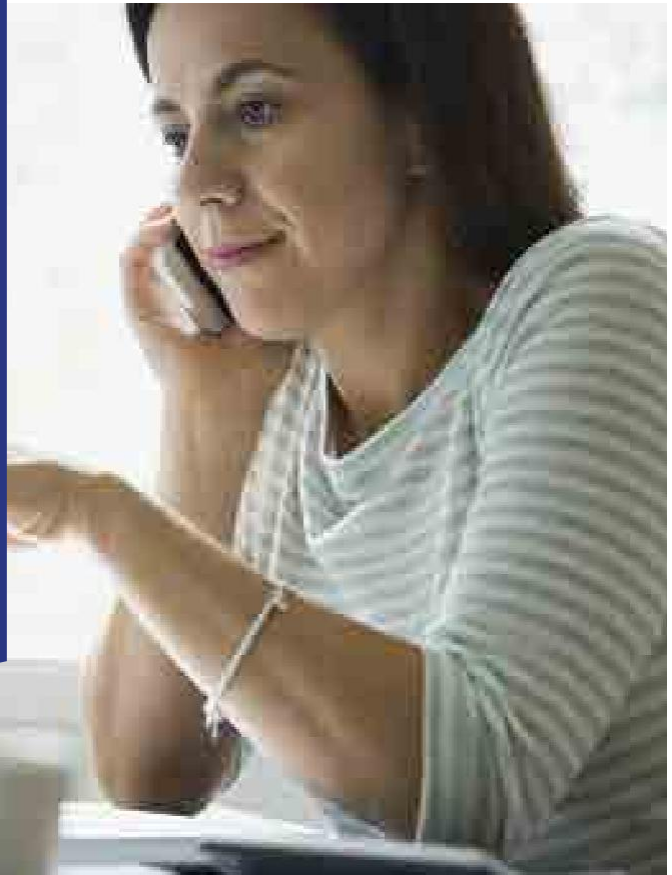


Bienvenido al programa de farmacia especializada de UnitedHealthcare

Los medicamentos especializados son importantes para mantener o mejorar su salud.

Nuestro programa de farmacia especializada cuenta con recursos y apoyo personalizado para brindarle ayuda con su afección.

Farmacia | Farmacia especializada



¿Qué es un medicamento especializado?

Un medicamento inyectable, intravenoso, oral o inhalado se define como medicamento especializado si:

- Puede requerir supervisión clínica continua y educación adicional
- Tiene necesidades específicas de almacenamiento o envío
- Puede no estar disponible en farmacias minoristas
- Puede requerir infusión o atención de enfermería a domicilio

¿Qué servicios ofrece la farmacia especializada?

UnitedHealthcare® ofrece servicios de medicamentos especializados a través de Optum® Specialty Pharmacy. Optum Specialty Pharmacy le brinda apoyo con un equipo de farmacéuticos y enfermeros especializados en su afección, sin costo adicional para usted. También tiene:

- Acceso a sus medicamentos al menor costo de su plan.
- Acceso a farmaceutas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Programas clínicos y de cumplimiento terapéutico.
- Suministros de medicamentos sin costo adicional.
- Recordatorios para reabastecimiento.
- Entrega oportuna en empaques confidenciales.

continuación

Farmacia: medicamentos especializados

Guiando su camino hacia la salud con los beneficios de farmacia

Entendemos el reto que supone vivir con una afección médica compleja y controlarla. Nuestro programa de farmacia especializada está a su disposición para ayudarlo en cada paso del proceso.



Cómo empezar

Llame al **1-855-427-4682** para inscribirse en el programa de farmacia especializada.

Los farmaceutas y coordinadores de atención al paciente están disponibles las 24 horas para ocuparse de todo, lo que incluye:

- Transferir su receta médica
- Ayudarlo a encontrar formas asequibles de obtener su medicamento
- Explicarle cómo utilizar la farmacia especializada



Asistencia personalizada

Optum Specialty Pharmacy está siempre disponible por teléfono para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre sus medicamentos, efectos secundarios y más. El apoyo personalizado no se limita a eso.

Las visitas virtuales le permiten interactuar cara a cara con su equipo de atención médica. Solicite una videoconferencia en tiempo real con un experto en su afección. Su cita personal y confidencial le brinda todo el tiempo que necesite para hacer preguntas desde la privacidad de su hogar. Incluso puede grabar su sesión para revisarla más tarde o compartirla con sus cuidadores.

Las series de videos pueden ayudar a que se sienta más conectado con otras personas que padecen la misma afección y le brindan la oportunidad de aprender más sobre su tratamiento. Escuche a otros pacientes con su misma afección hablar sobre su tratamiento y cómo les está yendo. Las bibliotecas de videos actualmente solo están disponibles para afecciones específicas.



Trabajar con su farmaceuta o enfermero

Informe a su farmaceuta o enfermero sobre cualquier cambio o complicación en su terapia, como por ejemplo:

- Efectos secundarios
- Olvidarse de tomar su medicamento

Si necesita ayuda con cualquier otro problema de salud, su farmaceuta o enfermero pueden orientarlo para encontrar programas de manejo del bienestar que lo ayuden a mantenerse en el camino correcto.



Manténgase en el camino correcto

Reabastecimiento rápido y fácil

Unos días antes de su próximo reabastecimiento, le enviaremos un recordatorio por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto. Si aún no se ha registrado para recibir mensajes de texto, puede hacerlo por teléfono.

Entrega rápida y segura

Con Optum Specialty Pharmacy, el envío de sus medicamentos es rápido, fácil y seguro. Los medicamentos refrigerados se enviarán de un día para otro a la dirección que elija en un paquete con temperatura controlada. Los demás se enviarán en un plazo de 1 a 3 días. Los suministros también se enviarán sin costo adicional.

Ahorre más dinero

Optum Specialty Pharmacy solo puede surtir sus medicamentos especializados. Use su servicio de entrega a domicilio o su farmacia minorista para sus recetas no especializadas.

Si desea ahorrar dinero en sus medicamentos, puede ser útil buscar opciones de menor costo y surtir sus recetas no especializadas por correo.

Optum Specialty Pharmacy está afiliada a OptumRx, un administrador de beneficios farmacéuticos. Es posible que no se le exija utilizar Optum Specialty Pharmacy para sus medicamentos especializados. Es posible que haya otras farmacias disponibles en su red. Llame al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro o visite el sitio web de su plan y use el localizador de farmacias para ver la lista. El recibo de esta comunicación constituye el acuse de recibo de la información proporcionada. Si tiene alguna pregunta o inquietud, puede comunicarse con el número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

UnitedHealthcare® y el logotipo dimensional U son marcas registradas propiedad de UnitedHealth Group Incorporated. Todos los medicamentos de marca son marcas comerciales o marcas registradas de sus respectivos propietarios.

Cobertura de seguro proporcionada por UnitedHealthcare Insurance Company o sus filiales. Servicios administrativos proporcionados por UnitedHealthcare Insurance Company, UnitedHealthCare Services, Inc. o sus filiales. Cobertura del plan de salud proporcionada por una empresa de UnitedHealthcare o a través de ella.

Todas las marcas comerciales de Optum® son propiedad de Optum, Inc. en Estados Unidos y otras jurisdicciones. Todos los demás nombres de marcas o productos son marcas comerciales o marcas registradas de sus respectivos propietarios.

WF5894210 02/22 © 2022 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

**United
Healthcare**

Beneficios dentales



Cómo empezar con Humana Dental

Le damos una razón para sonreír con una selección de cuatro planes dentales flexibles, pagados mediante un beneficio voluntario antes de impuestos.

Regístrese Humana.com

Como miembro de Humana, dispone de un sitio web seguro en www.Humana.com. Con una cuenta MyHumana, tiene acceso rápido y fácil a su información personalizada sobre beneficios.

Algunas de las cosas que puede hacer en MyHumana:

- **Reclamaciones:** compruebe si se ha pagado una reclamación junto con su costo estimado, si corresponde
- **Tarjetas de identificación:** vea, imprima y envíe por correo electrónico las tarjetas de identificación de miembro de Humana Dental actualizadas
- **Detalles de la cobertura:** revise los deducibles, los niveles de cobertura y los límites
- **Búsqueda de proveedores:** use “Buscar un médico” para encontrar dentistas de la red cerca de usted
- **Administrar el acceso:** otorgue permiso a otros adultos incluidos en su póliza para que accedan a su información médica
- **Actualizar sus preferencias de comunicación:** seleccione qué comunicaciones desea recibir de Humana y cómo desea recibirlas, ya sea en papel o por correo electrónico

Registrarse es fácil

- Tenga a mano su identificación de miembro de Humana o su número de Seguro Social
- Visite www.MyHumana.com
- Seleccione “Registrarse” en la parte superior de la página.
- Elija “Miembro de todos los demás tipos de planes”.
- Llene algunos datos básicos, como su número de identificación de miembro de Humana o su número del Seguro Social, su fecha de nacimiento, su código postal y su correo electrónico, y haga clic en “Siguiente”.
- Cree un nombre de usuario, una contraseña y una pregunta de seguridad, y haga clic en “Siguiente” para terminar

Además, puede descargar la aplicación móvil MyHumana desde la tienda de aplicaciones de su teléfono para acceder a la información del plan.

Acceda a su tarjeta de identificación digital y llévela siempre consigo

Podrá ver e imprimir sus tarjetas de identificación dental a través del sitio web de Humana o la aplicación móvil de Humana en un plazo de 10 días hábiles a partir de la inscripción. Aquí le indicamos cómo hacerlo:

A través del sitio web:

- Visite www.MyHumana.com e inicie sesión/regístrese en MyHumana (tenga a mano su identificación de miembro de Humana o su número de Seguro Social)
- Haga clic en “Acceder a su tarjeta de identificación» en “Herramientas y formularios”, en la parte inferior derecha de la página de inicio de MyHumana o en el pie de página, en Herramientas y recursos”
- Aparecerá una nueva ventana con enlaces a la tarjeta de identificación o la constancia de cobertura
- Imprímala si lo desea.

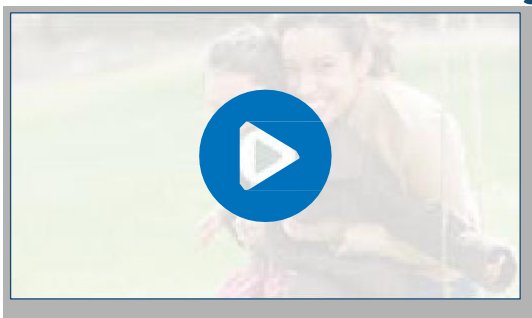
A través de la aplicación móvil:

- Descargue la aplicación MyHumana para iOS o Android
- Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña de MyHumana
- Haga clic en “Tarjetas de identificación” en el panel de control
- Se mostrará la información de su tarjeta de identificación dental y una imagen del anverso y reverso

Atención al cliente de Humana

Si necesita ayuda o más información sobre los beneficios dentales de Humana, solo tiene que llamar al 1-800-233-4013 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Este, (TDD: 1-800-325-2026) para hablar con un especialista de atención al cliente cordial y experto, o visite www.MyHumana.com

Video informativo de Humana: haga clic para ver



Beneficios dentales

Las opciones dentales que se ofrecen son:

Planes de atención administrada

La **Opción 1 (DHMO Mejorada)** y la **Opción 2 (DHMO Básica)** ofrecen una amplia variedad de beneficios a través de su dentista participante. En el momento del servicio, usted paga al dentista los copagos aplicables según su programa de beneficios.

Ambos planes incluyen:

- No es necesario seleccionar un dentista principal
- Sin límites máximos
- Sin períodos de espera
- Sin necesidad de presentar reclamaciones
- Una amplia red de proveedores para elegir dentro de la red Humana DHMO
- El mismo copago para dentistas generales o especialistas participantes
- No se necesitan remisiones para consultar a un especialista participante
- Atención pediátrica especializada para menores de 16 años
- Cobertura de implantes

Ortodoncia

Tanto el **DHMO Mejorado** como el **DHMO Básico** cubren los servicios de ortodoncia tanto para adultos como para niños. Los copagos del **DHMO Mejorado** se fijan en \$1,600 para niños y adolescentes; \$1,950 para adultos. Los copagos del **DHMO Básico** se fijan en \$2,200 para niños, \$2,250 para adolescentes y \$2,350 para adultos.

Planes PPO

La **Opción 3 (PPO Alto)** le permite a usted y a cada miembro de su familia cubierto acudir al dentista que elijan; sin embargo, recibirán un mayor nivel de cobertura si eligen un dentista participante. Hay un deducible de \$50 por persona (\$150 por familia). No hay deducible para los servicios preventivos y de diagnóstico. Este plan tiene un beneficio máximo anual de \$1,000, más un beneficio máximo anual ampliado. Este plan cubre la ortodoncia para adultos y niños de hasta 18 años. El beneficio máximo de ortodoncia de por vida es de \$1,000 para adultos y \$2,000 para niños.

La **Opción 4 (PPO Bajo)** le permite a usted y a cada miembro de su familia cubierto acudir al dentista de su elección; sin embargo, recibirá un mayor nivel de cobertura si elige un dentista participante. Hay un deducible de \$50 por persona (\$150 por familia). No hay deducible para los servicios preventivos y de diagnóstico. Este plan tiene un beneficio máximo anual de \$1,000, más un beneficio máximo anual ampliado. Este plan no cubre los servicios de ortodoncia.

Beneficio del plan DPPO Máximo anual ampliado*

Como parte de los planes dentales PPO de Humana, el máximo anual ampliado lo ayuda a ahorrar dinero al garantizarle acceso a descuentos de la red y un coseguro del 30 % en servicios preventivos, básicos y mayores, incluso después de haber alcanzado su máximo anual. Puede alcanzar y mantener su mejor estado de salud recibiendo atención dental cuando la necesite, antes de que los problemas de salud bucal puedan afectar su salud y bienestar general.

Con el máximo anual extendido de Humana, no tendrá que posponer procedimientos de atención dental importantes para usted o sus dependientes cubiertos.

*Excluye ortodoncia

Encontrar un dentista dentro de la red

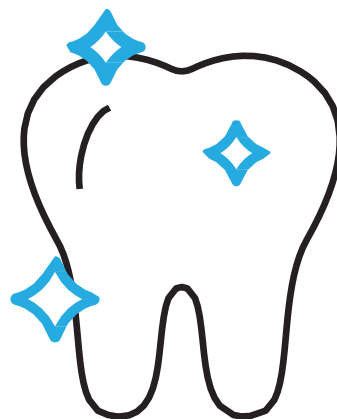
Visite <https://humana.com/findadentist> en cualquier momento para encontrar un dentista dentro de la red.

En el cuadro desplegable Red, busque un proveedor seleccionando una de las siguientes redes:

Palm Beach Schools DHMO

Palm Beach Schools PPO

También puede acceder a la lista de proveedores dentro de la red en su aplicación móvil MyHumana o llamando al 1-800-233-4013 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este (TDD: 1-800-325-2026), para hablar con un especialista de Atención al Cliente.



Beneficios dentales

Sus tarifas dentales

Las deducciones antes de impuestos por período de pago son las siguientes:

	PLANES HUMANA DHMO (Red solo de Florida)				PLANES HUMANA PPO (Redes nacionales)			
	OPCIÓN 1: DHMO MEJORADO ortodoncia		OPCIÓN 2: DHMO BÁSICO ortodoncia		OPCIÓN 3 - PPO DENTAL ALTO ortodoncia		OPCIÓN 4 - PPO DENTAL BAJO	
	24 DED	22 DED	24 DED	22 DED	24 DED	22 DED	24 DED	22 DED
Solo empleado	\$8.09	\$8.82	\$6.15	\$6.71	\$17.95	\$19.58	\$14.16	\$15.44
Empleado + niño(s)	\$17.19	\$18.75	\$13.14	\$14.34	\$49.37	\$53.85	\$38.93	\$42.47
Empleado + cónyuge*	\$14.16	\$15.44	\$10.69	\$11.66	\$43.99	\$47.99	\$34.68	\$37.83
Empleado + familia*	\$22.25	\$24.27	\$16.83	\$18.36	\$66.44	\$72.47	\$52.38	\$57.14
Pareja de hecho	\$6.07	\$6.62	\$4.54	\$4.95	\$26.04	\$28.40	\$20.53	\$22.39
Pareja de hecho + niños	\$14.16	\$15.44	\$10.68	\$11.65	\$48.48	\$52.88	\$38.23	\$41.70

* **NOTA:** las tarifas para parejas de hecho serán equivalentes a las tarifas anteriores. La deducción se reflejará como la tarifa antes de impuestos solo para el empleado y el saldo de la deducción se aplicará después de impuestos. Los montos reflejados en los cheques salariales pueden variar ligeramente debido al redondeo.

Cobertura preventiva

La detección temprana es la clave para prevenir afecciones de salud más graves, como diabetes, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares.

Los beneficios mejorados de atención preventiva de Humana cubren muchos servicios para ayudarlo a alcanzar y mantener su mejor salud bucal y ahorrar en gastos de bolsillo.

Nuestro beneficio mejorado de atención preventiva cubre cuatro limpiezas de mantenimiento periodontal, así como tres limpiezas de rutina cada año, según sea necesario, lo que le ayuda a evitar que los problemas de salud bucal se conviertan en afecciones crónicas. Con la cobertura preventiva mejorada, las limpiezas de mantenimiento periodontal están cubiertas por los servicios preventivos.

Atención preventiva adicional a través de Humana:

- Tres limpiezas de rutina al año
- Cuatro procedimientos de limpieza de mantenimiento periodontal al año, cubiertos como servicio preventivo
- Exámenes de detección de cáncer oral para miembros mayores de 40 años

Beneficios dentales

Procedimientos con cobertura habitual:

Ejemplos de códigos de procedimientos. Consulte la lista completa en: www.MyHumana.com

BENEFICIO (Redes solo de Florida)	OPCIÓN 1 - DHMO MEJORADO	OPCIÓN 2 - DHMO BÁSICA
	USTED PAGA	USTED PAGA
DEDUCIBLE		
Deducible anual	Nada	Nada
Máximo por año calendario	Nada	Nada
Formularios de reclamación	Nada	Nada
Se requiere dentista principal	Nada	Nada
PREVENTIVO Y DIAGNÓSTICO		
Visita al consultorio	Sin cargo	Sin cargo
Exámenes de rutina (2 por cada 12 meses)	Sin cargo	Sin cargo
Profilaxis (limpieza) - básica (3 por cada 12 meses)	Sin cargo	Sin cargo
Tratamiento de emergencia (paliativo)	\$20	\$20
Radiografías - serie completa, incluidas radiografías de aleta de mordida (1 cada 24 meses)	Sin cargo	Sin cargo
Aplicación de flúor (1 cada 12 meses)	\$10	\$15
PROCEDIMIENTOS BÁSICOS/RESTAURADORES		
Extracciones simples	\$10	\$20
Empastes de amalgama: 1 superficie permanente	Sin cargo	Sin cargo
Endodoncias anteriores (1 conducto)	\$100	\$110
Tratamiento endodóntico, diente premolar	\$185	\$185
Tratamiento endodóntico, diente molar	\$225	\$245
Empastes de resina compuesta	Sin cargo	Sin cargo
Selladores (hasta los 15 años)	Sin cargo	Sin cargo
SERVICIOS PRINCIPALES		
Coronas: porcelana, metal noble	\$495	\$500
Dentaduras postizas: superior/inferior	\$460 cada uno	\$525 cada uno
Puentes: porcelana, metal base	\$420	\$425
Implantes: colocación quirúrgica del cuerpo del implante	\$950	\$950
PERIODONCIA		
Mantenimiento periodontal (límite de 4 al año)	\$0	\$0
ORTODONCIA		
Visita previa al tratamiento de ortodoncia	\$0	\$35
Tratamiento integral de la dentición de transición	\$1,600	\$2,200
Tratamiento integral de la dentición de transición en adolescentes	\$1,600	\$2,250
Tratamiento integral de la dentición en adultos	\$1,950	\$2,350

Beneficios dentales

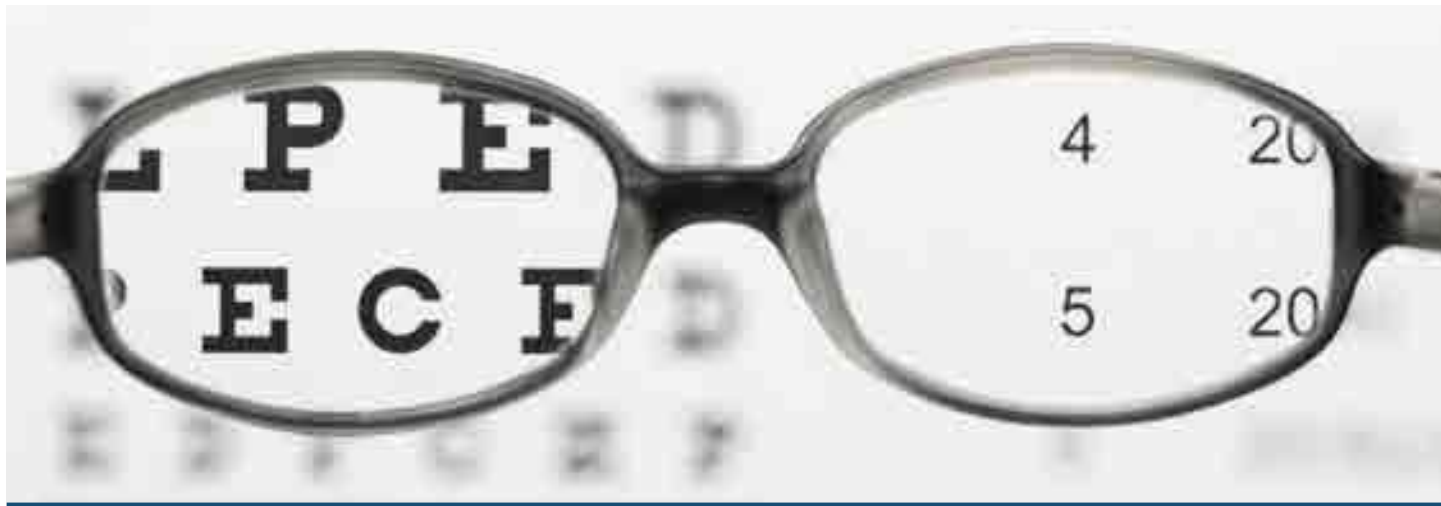
Planes PPO

Ejemplos de códigos de procedimientos. Consulte la lista completa en: www.MyHumana.com

BENEFICIO	OPCIÓN 3 - PPO ALTO		OPCIÓN 4 - PPO BAJO	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED*	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED*
DEDUCIBLE (MÁXIMO 3 POR FAMILIA) - EL AÑO CALENDARIO ES DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE				
Clase I	Nada	Nada	Nada	Nada
Clase II, III, IV	\$50 al año, individual		\$50 al año, individual	
Máximo por año calendario	\$1,000 + máximo anual ampliado		\$1,000 + máximo anual ampliado	
Máximo de por vida para ortodoncia	\$1,000 adultos / \$2,000 niños		No cubierto	No cubierto
CLASE I - PREVENTIVO Y DIAGNÓSTICO				
Examen bucal de rutina	100 %	90 %	100 %	80 %
Radiografías (diagnósticas)	100 %	90 %	100 %	80 %
Limpiezas rutinarias	100 %	90 %	100 %	80 %
Limpiezas periodontales	100 %	90 %	100 %	80 %
Tratamiento con flúor	100 %	90 %	100 %	80 %
Selladores	100 %	90 %	100 %	80 %
Mantenedores de espacio	100 %	90 %	100 %	80 %
Detección de cáncer oral (más 40 años)	100 %	90 %	100 %	80 %
Radiografías panorámicas	100 %	90 %	100 %	80 %
CLASE II – SERVICIOS BÁSICOS				
Atención de emergencia para aliviar el dolor	80 %	70 %	50 %	40 %
Empastes de amalgama/compuestos	80 %	70 %	50 %	40 %
Cirugía oral (incluye extracciones)	80 %	70 %	50 %	40 %
Aparatos para hábitos nocivos	80 %	70 %	50 %	40 %
Periodoncia	80 %	70 %	50 %	40 %
Endodoncia	80 %	70 %	50 %	40 %
CLASE III - SERVICIOS PRINCIPALES				
Incrustaciones/recubrimientos/coronas y puentes	50 %	40 %	50 %	40 %
Dentaduras postizas y otras prótesis removibles	50 %	40 %	50 %	40 %
Implantes	50 %	40 %	50 %	40 %
CLASE IV - SERVICIOS DE ORTODONCIA				
Ortodoncia	50 %	50 %	No cubierto	No cubierto

*El porcentaje fuera de la red se basa en los cargos permitidos. Red PPO de escuelas de Palm Beach

Beneficios oftalmológicos



Primas de atención oftalmológica

Las deducciones salariales antes de impuestos por período de pago son las siguientes:

A TIEMPO COMPLETO O A TIEMPO PARCIAL	EYEMED VISION	
Deducciones	24	22
Empleado	\$2.73	\$2.97
Empleado + familia*	\$7.00	\$7.64

*Los montos reflejados en los cheques salariales pueden variar ligeramente debido al redondeo.

Proveedor del plan: EyeMed Vision Care

Un examen oftalmológico es más que obtener una receta; evalúa la salud de sus ojos y es fundamental para la detección temprana de varias afecciones relacionadas con la visión y la salud, entre ellas:

- Glaucoma
- Diabetes
- Cataratas
- Hipertensión

Dado que la detección temprana es clave para el tratamiento, los exámenes oculares periódicos desempeñan un papel fundamental para garantizar la salud de sus ojos. Por eso, los proveedores de EyeMed se dedican a preservar su visión facilitándole el acceso a una atención oftalmológica de calidad.

Los exámenes oftalmológicos también son importantes para la salud y la seguridad de los niños. La Asociación Estadounidense de Optometría recomienda que los niños se sometan a su primer examen oftalmológico con un profesional de la salud ocular a partir de los seis meses de edad. Posteriormente, su proveedor le aconsejará cuándo programar el siguiente examen oftalmológico de su hijo.

Los miles de centros de EyeMed le permiten empezar a obtener un ahorro sustancial en sus necesidades de atención oftalmológica y gafas en uno de los muchos centros que hay en todo el país.

Características del plan

Puede elegir oftalmólogos, optometristas y ópticos independientes, o la comodidad de un establecimiento minorista, como LensCrafters®, la mayoría de los establecimientos Pearle Vision y los establecimientos Target Optical de su zona o de todo el país, para:

- Exámenes oculares
- Lentes de contacto
- Gafas
- Gafas de sol graduadas
- Opciones de lentes y accesorios o
- Descuentos en correcciones de la visión con láser LASIK y PRK

Formularios de reclamación

Hoy en día, con EyeMed, su explicación de beneficios (EOB) se proporciona en línea. Para acceder a su EOB, visite www.eyemed.com. Si prefiere seguir recibiendo una copia impresa de su EOB, solo tiene que iniciar sesión en el sitio web para miembros y configurar sus preferencias. También puede llamar al centro de atención al cliente al (866) 723-0514 para actualizar sus preferencias.

Opciones de lentes

Puede elegir entre una gran variedad de lentes y opciones de lentes para sus monturas en los establecimientos participantes de EyeMed. Estas son solo algunas de las opciones de lentes que puede encontrar en los establecimientos participantes:

- **Protección contra los rayos ultravioleta:** los rayos UV pueden generarse a partir del sol u otras fuentes de luz. Una exposición suficiente a estos rayos de luz puede aumentar el riesgo de sufrir cataratas y degeneración macular. La protección UV ayuda a evitar que estos rayos dañen los ojos.
- **Recubrimiento antirreflejos (AR):** este recubrimiento reduce la cantidad de luz que se refleja en los lentes. Estos lentes pueden ser particularmente útiles para conducir de noche, cuando los reflejos en los lentes pueden ser mayores que en condiciones de conducción diurna. El recubrimiento AR también permite que las personas vean sus ojos con mayor claridad, en lugar de ver el reflejo de sus lentes.
- **Recubrimiento resistente a los rayones:** cuando hay rayones en los lentes, estos pueden distorsionar o interferir con la visión. Este recubrimiento protector se añade a la superficie del lente para protegerlo de los rayones normales que se producen como resultado de los accidentes cotidianos. Es una excelente forma de prolongar la vida útil de las gafas.

Beneficios oftalmológicos

Compras adicionales y descuento por gastos de bolsillo

Recibirá un descuento del 20 % en artículos no cubiertos por el plan en los proveedores participantes, que no se puede combinar con ningún otro descuento u oferta promocional; además, el descuento no se aplica a los servicios profesionales de los proveedores de EyeMed ni a los lentes de contacto desechables. No se proporcionan beneficios por servicios o materiales derivados de: entrenamiento ortóptico o visual; ayudas visuales subnormales y cualquier prueba complementaria asociada; lentes aniseicónicas; tratamiento médico o quirúrgico de los ojos; gafas correctoras exigidas por un empleador como condición para el empleo y gafas de seguridad; servicios prestados como resultado de la ley de indemnización laboral; lentes plano sin receta y gafas de sol sin receta (excepto el descuento del 20 % de EyeMed); dos pares de gafas en lugar de bifocales; servicios o materiales proporcionados por cualquier otro beneficio colectivo que proporcione atención oftalmológica. Los subsidios de beneficios no proporcionan saldo restante para su uso futuro dentro del mismo período de beneficios. Los lentes, monturas, gafas o lentes de contacto extraviados o rotos no se reemplazarán, excepto en el siguiente período de beneficios.

Ahorros continuos en gafas: ahorros continuos en gafas: su beneficio EyeMed también le ofrece ahorro continuo gracias a nuestro plan de ahorro continuo en gafas. Una vez que haya utilizado sus beneficios iniciales, podrá obtener descuentos continuos en compras adicionales de gafas en los establecimientos proveedores de EyeMed, lo que se traduce en descuentos de hasta el 40 % sobre el precio de venta al público de compras de gafas completas, el 20 % en compras de gafas parciales y el 15 % en lentes de contacto convencionales. Consulte a su proveedor de EyeMed para obtener más detalle.

Para encontrar un proveedor de EyeMed cerca de usted:

Visite el sitio web de EyeMed en www.eyemed.com seleccione la red "Select" e ingrese su código postal para encontrar un proveedor.

La inscripción de cualquier hijo y pareja de hecho será equivalente a las tarifas anteriores. Las deducciones se reflejarán como la tarifa antes de impuestos solo para el empleado y el saldo de la deducción se aplicará después de impuestos.

Los representantes de atención al cliente están disponibles para responder a sus preguntas los siete días de la semana, incluidas las tardes. EyeMed ofrece beneficios fáciles de usar, sin necesidad de rellenar formularios de reclamación para los servicios dentro de la red.

Llame al centro de atención al cliente de EyeMed al 1-866-723-0514 y seleccione la opción automatizada "localizador de proveedores" o hable con un representante de atención al cliente durante el horario habitual de atención:

De lunes a sábado, de 7:30 a. m. a 11 p. m., EST
Domingos, de 11 a. m. a 8 p. m., EST



Cómo Encontrar un proveedor

- Visite el sitio web de EyeMed en www.eyemed.com
- Haga clic en "Encontrar un oftalmólogo"
- Ingrese su código postal para encontrar un proveedor
- Para obtener la lista más actualizada de miembros, visite nuestro sitio web en www.eyemed.com o llame al 1-866-723-0514.

Beneficios oftalmológicos

SERVICIOS DEL PLAN EYEMED	DENTRO DE LA RED Costo para los miembros	FUERA DE LA RED Reembolso máximo
Examen	\$10 de copago (\$0 para proveedores Plus)	\$35
Imágenes de la retina	Hasta \$39	N/A
OPCIONES DE EXAMEN		
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar*	Hasta \$40	N/A
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto premium**	10 % menos sobre el precio minorista	N/A
MONTURAS	\$0 de copago; \$130 de asignación; (\$180 para proveedores Plus)	\$65
LENTES DE PLÁSTICO ESTÁNDAR		
Visión simple	\$15 de copago	\$25
Bifocales	\$15 de copago	\$40
Trifocales	\$15 de copago	\$55
Progresivas estándar	\$60 de copago	\$55
Progresivas premium	\$60 de copago, 20 % de descuento sobre el precio minorista menos \$120 de asignación	\$55
OPCIONES DE LENTES (PAGADAS POR EL MIEMBRO Y AÑADIDAS AL PRECIO BASE DE LOS LENTES)		
Antirreflectantes: estándar	\$45	N/A
Fotocromáticos: sin vidrio	20 % de descuento sobre el precio minorista	No cubierto
Polycarbonato: estándar	\$35	\$3
Recubrimiento antiarañazos: estándar	\$15	N/A
Tinte (sólido y degradado)	\$12	\$2
Recubrimiento UV	\$12	\$2
Todas las demás opciones de lentes	20 % de descuento sobre el precio minorista	N/A
LENTES DE CONTACTO (INCLUYE SOLO LOS MATERIALES; EN LUGAR DE LOS LENTES)		
Convencionales	\$0 de copago; \$125 de asignación + 15 % sobre el saldo superior a \$125	\$100
Desechables	\$0 de copago; \$125 de asignación + 100 % sobre el saldo superior a \$125	\$100
Necesarias por motivos médicos	\$0 de copago, pagado en su totalidad	\$200
Contact Booster	\$0 de copago; puede recibir descuentos adicionales al comprar a través de contactsdirect.com	N/A
ATENCIÓN AUDITIVA DE LA RED AMPLIFON†	Hasta un 64 % de descuento en audífonos	N/A
PROCEDIMIENTOS DE CORRECCIÓN DE LA VISIÓN LASIK Y PRK††	15 % menos sobre el precio de venta minorista O 5 % menos sobre el precio promocional	N/A
FRECUENCIA		
Exámenes	Una vez cada año calendario	
Monturas	Una vez cada dos años calendario	
Lentes de plástico estándar o lentes de contacto	Una vez cada año calendario	

* Adaptación de lentes de contacto estándar: lentes de contacto esféricos transparentes de uso convencional y sustitución planificada (por ejemplo, desechables, de sustitución frecuente, etc.)

** Adaptación de lentes de contacto premium: todos los diseños, materiales y adaptaciones especiales de lentes distintos de los lentes de contacto estándar (por ejemplo, tóricos, multifocales, etc.)

† Llame al 1 (877) 203-0675 para obtener más información y autorización.

†† Los procedimientos de corrección LASIK y PRK son proporcionados por la red láser de EE. UU., propiedad de LCA-Vision. Primero debe llamar al 1 (800) 988-4221 para saber cuál es el centro más cercano y recibir la autorización para el descuento.

Beneficios oftalmológicos

LENSCRAFTERS



PEARLE VISION

EyeMed Vision Care ofrece muchas funciones en línea exclusivas, entre las que se incluyen las siguientes:

- Busque el proveedor más cercano a usted en www.eyemed.com y haga clic en “Seleccionar” red.
- Consulte sus beneficios, incluida la elegibilidad para el servicio y la próxima fecha de servicio.
- Tarjetas de identificación de reemplazo imprimibles.
- Estado de las reclamaciones en línea.
- Posibilidad de “prescindir del papel” y recibir la explicación de los beneficios de forma electrónica.
- Obtenga más información sobre la importancia del cuidado de la vista mediante el contenido de Vision Wellness.
- Acceda al sitio web móvil para localizar un proveedor, ver las tarjetas de identificación, los beneficios y ponerse en contacto con EyeMed.
- Aplicación móvil EyeMed disponible para iPhone, iPad y la mayoría de usuarios de dispositivos táctiles Android.
- Infórmese antes de ir: ¡la nueva función que informa a los empleados sobre el costo de sus compras con sus beneficios antes de visitar a su proveedor!

Contactsdirect.com es un beneficio en línea dentro de la red

¿Cómo funciona el programa? Tres pasos sencillos:

Use su subsidio para lentes de contacto en línea utilizando sus beneficios dentro de la red. Solo tiene que ir a www.contactsdirect.com. Seleccione sus lentes entre una amplia selección de las marcas más vendidas. Los beneficios dentro de la red se aplican al instante a su compra, y los lentes de contacto se enviarán tan pronto como se verifique la receta*, la mayoría se envían el mismo día.

1. Haga clic en “Registrarse” en la barra de navegación superior.
2. Llene el formulario de registro.
3. Marque la casilla para aplicar su seguro oftalmológico.
4. www.contactsdirect.com encontrará su plan y aplicará su seguro oftalmológico en línea, directamente en el carrito. EyeMed Vision Care ofrece lentes de contacto de repuesto por correo. ¡Esta opción de servicio está disponible para todos los miembros de EyeMed Vision Care!

* Algunos estados no exigen que el proveedor entregue la receta.

Servicios adicionales con su inscripción en el plan de visión EyeMed:

Los siguientes servicios adicionales están incluidos en su plan de visión sin costo adicional para usted.

- ContactLens Booster
- Soluciones en línea de Contactsdirect.com
- Soluciones para viajes internacionales
 - Gafas de emergencia temporales en 24 horas**
 - Asistencia 24 horas al día, 7 días a la semana, con servicios de traducción en 160 idiomas
 - Directorio en línea de proveedores de confianza en 20 países
- Ahorros y recursos adicionales
 - Opción de aplicación móvil
 - 40 % de descuento adicional por par
 - Soluciones de emergencia para viajes internacionales
 - 20 % de descuento en gafas de sol sin receta
 - 20 % de descuento en cualquier saldo restante de monturas/artículos no cubiertos
 - Eyesiteonwellness.com (recursos para el bienestar visual)

** Disponible en la mayoría de los casos. Verifique los beneficios de su plan para cerciorarse.

Beneficios oftalmológicos

RESPUESTAS INNOVADORAS PARA UNA SALUD Y UN BIENESTAR TOTALES

Escuche todos los dulces sonidos de la vida

La pérdida auditiva es más común de lo que cree. Afecta a 1 de cada 9 estadounidenses¹ y puede aparecer de forma tan gradual que es posible que ni siquiera la note. Pero la buena noticia es que el 95 % de los casos de pérdida auditiva se pueden tratar fácilmente con audífonos.¹

Por eso le ofrecemos descuentos asequibles en cuidados auditivos a través de Amplifon, la red independiente de descuentos auditivos más grande del país, para que pueda disfrutar de todas las imágenes y sonidos de la vida.

SU DESCUENTO AUDITIVO A TRAVÉS DE AMPLIFON INCLUYE:



64 % de descuento en audífonos en miles de establecimientos en todo el país²



Pilas gratuitas durante 2 años con la compra inicial



Precios fijos con descuento en miles de audífonos



3 años de garantía y cobertura por pérdida y daños



Periodo de prueba de 60 días para los audífonos sin gastos de reposición



Llame al 877.203.0675 para encontrar un proveedor de cuidados auditivos cerca de usted y programar una revisión auditiva hoy mismo.

VEA LO MEJOR

Regístrese en [eyemed.com](https://www.eyemed.com) o descargue la aplicación EyeMed (App Store o Google Play)

amplifon Hearing Health Care

¹ <https://www.amplifonusa.com/hearing-loss>

² Ahorro calculado a partir de los datos de ahorro medio de los miembros de Amplifon Hearing Health Care para 2020



Bienestar de los empleados



Bienestar de los empleados

El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach se compromete a ayudar a los empleados a adoptar un estilo de vida saludable y mejorar su calidad de vida.

Se ha demostrado que las personas que gozan de buena salud son más productivas, tienen más motivación y están más satisfechas tanto en casa como en el trabajo. Si bien nuestro objetivo es promover la salud y el bienestar del personal del Distrito Escolar mediante la educación, la modificación del comportamiento, la orientación y el apoyo, el bienestar de los empleados también genera buenos modelos a seguir para los estudiantes, al mismo tiempo que favorece el rendimiento académico.

El programa de bienestar de los empleados ofrece muchas oportunidades para mejorar la salud, como exámenes médicos en el lugar de trabajo, retos y programas de salud, educación sobre salud y beneficios, y apoyo.

Nuestra meta es mantener a las personas sanas, reducir los factores de riesgo entre los miembros en situación de riesgo y mejorar la salud de aquellos que ya padecen enfermedades crónicas, alentándolos a realizar cambios en su estilo de vida.

Para lograrlo, brindamos a los empleados un acceso fácil a los recursos necesarios para tomar decisiones bien informadas sobre su salud y su atención médica.

Visítenos en el HUB para obtener más información sobre nuestra oferta de programas, entre los que se incluyen:

- Recompensas de salud
- Próximos eventos de bienestar
- Grupos de apoyo
- Programas, recursos y apoyo

<https://employeehub.palmbeachschools.org/all-employees/employee-wellness>

Componentes clave del bienestar de los empleados

Nuestras iniciativas de promoción de la salud incluyen actividades de concientización y educación, programas para cambiar el comportamiento o el estilo de vida y la creación de entornos favorables. Las siguientes son algunas de nuestras numerosas iniciativas para brindar a los empleados las oportunidades y la información que necesitan para ser proactivos y ocuparse de su salud y bienestar:

- Opciones accesibles de actividad física y alimentación saludable
- Ayuda para promover la atención médica
- Aplicaciones: MyUHC, MyHumana, EyeMed, Headspace, Calm Health, Kaia, Talkspace y muchas más.
- Programas de control de la presión arterial.
- Participación en programas clínicos.
- Programas de prevención y control de la diabetes.
- Control de enfermedades y cuidados.
- Programa de asistencia al empleado.
- Seminarios sobre salud y bienestar.
- Recompensas de salud.
- Exámenes biométricos, dermatológicos y mamografías in situ
- Apoyo en línea y grupos de interés
- Información y recursos de salud en línea
- Campañas de atención preventiva
- Programa de pérdida de peso Real Appeal
- Estrategias de control del estrés
- Kits para dejar de consumir sustancias
- Visitas virtuales
- Programa Wellness Champion
- Boletín informativo sobre bienestar
- Descuentos en la membresía del gimnasio OnePass
- Actividades in situ

Servicios de bienestar para ayudarlo a alcanzar sus metas personales de salud

Busque apoyo trabajando con un asesor de salud personal

Si tiene riesgos para la salud, los asesores de salud de UHC pueden comunicarse con usted para ofrecerle su apoyo. Pueden establecer un plan personalizado para brindarle consejos de salud y asesoramiento, o usted puede comunicarse con ellos para que le ayuden a encontrar formas de mejorar su salud.

Obtenga ayuda para su salud mental

- Sabemos que los retos de la vida a veces pueden ser difíciles de manejar. Estamos a su lado para brindarle ayuda. Ofrecemos una amplia variedad de recursos a bajo costo o sin costo alguno para usted. Así podrá obtener la ayuda que necesita, cuando la necesita. Eche un vistazo a nuestra gama de recursos de salud mental aquí: <http://l.sdpbc.net/asprg>

Descubra cómo podemos ayudarlo a bajar de peso

Bajar de peso tiene ventajas reales. El sobrepeso puede provocar enfermedades, como enfermedades cardíacas, diabetes, presión arterial alta y colesterol alto. Nuestro programa UHC Real Appeal lo guiará a través de un enfoque por etapas para aprender sobre la nutrición adecuada y cómo planificar comidas saludables.

- Conozca distintas formas de bajar de peso.
- Planifique comidas más nutritivas.
- Controle su ejercicio y haga un seguimiento de su progreso.
- Evite las tentaciones.

Servicios de bienestar

Ahorre dinero en atención de salud con estos programas...

Recompensas de salud

- Hasta \$600 de ahorro
- Gestión y prevención de enfermedades y afecciones

Sepa dónde acudir*

- DOC/CVS \$10-25
- Atención virtual \$25
- Atención primaria \$30-60
- Atención urgente \$50-75
- Sala de urgencias \$250+

Clínica local del distrito

- Menores copagos
- Medicamentos genéricos gratuitos, asesoramiento sobre salud, servicios de dietista y análisis de laboratorio
- Atención primaria y visitas por enfermedad disponibles

Atención médica virtual

- Copago más bajo
- Cómodo (¡ahorre gasolina!)
- Atención primaria y visitas
- Visitas especializadas para salud mental, rehabilitación cardíaca, trastornos del sueño, migrañas, logopedia, salud femenina, gastroenterología y dermatología

Proveedores de nivel 1 de UHC

- Menores costos Mejores resultados
- Menos hospitalizaciones
- ¡Busque el símbolo!

EAP

- Seis sesiones de asesoramiento gratuitas por persona, por año, por tema
- Ayuda con finanzas, asuntos legales, cuidados y más
- Abierto a los miembros del hogar de cualquier empleado con derecho a beneficios

Pólizas Trustmark

- Cláusula adicional de bienestar y beneficios
- Se pueden presentar cláusulas adicionales de los últimos 3 años
- Pago por hospitalización, accidentes, eventos de salud críticos y enfermedades graves

UHC OnePass

- Más acceso al gimnasio por menos dinero
- Paramount +/- Instacart gratis
- Descuentos de AARP
- 10 % de descuento para familiares y amigos

Clínicas PeopleOne

- Atención primaria gratuita, visitas médicas, medicamentos genéricos, asesoramiento sobre salud, servicios de dietista, asesoramiento sobre salud mental, pruebas de imagen y análisis de laboratorio
- Abierto a todos los empleados y familiares con un plan UHC

EyeMed

- Descuentos en servicios y productos oftalmológicos disponibles en la aplicación
- Descuentos en audífonos

Sitio web/app de UHC

- Use la función Buscar atención y costos para saber de antemano cuál será su parte correspondiente en la atención médica

Otros

- Descuentos para empleados en HUB
- Aplicaciones gratuitas
- Biblioteca de videos de fitness
- Cuentas de gastos flexibles
- Hoja de cálculo para elaborar presupuestos



*Esto no se aplica al Plan de Surest.

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Optum



When you have a long list of stressors – and a longer list of to-dos



When you're dealing with the pressures of everyday life, it can be easy to simply smile and say, "I'm fine." But sometimes, emotions like stress, sadness or even anger can linger.

In those moments, Emotional Wellbeing Solutions is here for you. It's a modern, flexible employee assistance program (EAP) that offers support for everyday life. Call anytime to speak with an emotional wellbeing navigation specialist who'll listen to your needs and connect you with resources that can help. It's available to all members of your household, including children living away from home.

Support for
everyday
life

24/7
availability

Confidential

No cost
to you

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Emotional Wellbeing Solutions is available 24/7 at no cost to you

This includes referrals, seeing network providers, initial consultations with mediators or financial and legal experts, and access to our digital experience, which will guide you through available benefits.

Help is available over the phone or online, anytime

Emotional wellbeing navigation specialists are available by phone and live chat to provide help with a range of life concerns and stressors, including:

- Relationship problems
- Workplace conflicts and changes
- Parenting and family issues
- Caregiver support
- Stress, anxiety and depression
- Legal and financial concerns

You can also access six coaching and counseling sessions either in person or virtually with a provider in our large network — at no cost. All conversations are confidential, and we never share your personal records with your employer or anyone else without your permission.



This program should not be used for emergency or urgent care needs. In an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. This program is not a substitute for a doctor's or professional's care. Due to the potential for a conflict of interest, legal consultation will not be provided on issues that may involve legal action against Optum or its affiliates, or any entity through which the caller is receiving these services directly or indirectly (e.g., employer or health plan). This program and its components may not be available in all states or for all group sizes and are subject to change. Coverage exclusions and limitations may apply. Stock photos. Posed by models.

© 2025 Optum, Inc. All rights reserved. WFL737360 MSDW 000025

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

¿Qué es una cuenta de gastos flexibles (FSA)?

Las FSA son cuentas con ventajas fiscales que le permiten usar dólares antes de impuestos para pagar gastos médicos elegibles.

Características de las FSA:

- Reembolso de gastos elegibles libre de impuestos aprobado por el IRS
- Depósitos por período de pago de su salario antes de impuestos
- Ahorros en impuestos sobre la renta y el Seguro Social
- Seguridad de pagar los gastos previstos con su FSA

¿Una FSA es adecuada para mí?

Si gasta dinero en gastos elegibles recurrentes durante el año de su plan, puede ahorrar dinero pagándolos con una FSA. Una parte de su salario se deposita en su FSA cada período de pago.

- Decida la cantidad que desea depositar.
- Se le reembolsan los gastos elegibles antes de deducir los impuestos sobre la renta y el Seguro Social.
- Ahorre en impuestos sobre la renta y el Seguro Social cada vez que reciba su salario.
- Para calcular el ahorro potencial en función de sus ingresos y gastos, utilice la calculadora de ahorro fiscal en www.fsafeds.gov/support/savingscalculators

¿Qué tipos de FSA hay disponibles?

El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach le ofrece una FSA de atención de salud y una FSA de cuidado de dependientes. Si incurre en ambos tipos de gastos durante un año del plan, puede establecer ambos tipos de FSA.

Cuenta FSA de atención de salud

Una cuenta FSA para gastos médicos es una cuenta con ventajas fiscales que paga o reembolsa los gastos médicos calificados de un empleado y sus dependientes elegibles, entre los que se incluyen:

- Medicamentos recetados
- Gafas
- Ortodoncia

Cuenta FSA para el cuidado de dependientes (guardería/cuidado de adultos mayores)

Las cuentas FSA para el cuidado de dependientes son cuentas con ventajas fiscales que le permiten usar dólares antes de impuestos para pagar los gastos elegibles de cuidado de dependientes. Un “dependiente” que reúna los requisitos puede ser un niño menor de 13 años, un cónyuge discapacitado o un padre mayor que reciba cuidados para personas mayores. Algunos gastos elegibles son:

- Guardería
- Escuela infantil preescolar
- Campamento de verano
- Programas antes o después de la escuela
- Cuidado diurno de adultos mayores

Cómo recibir el reembolso

Con la cuenta FSA de atención de salud, el monto total anual elegido está disponible desde el primer día (1 de enero) en la fecha de inicio de los beneficios. Los formularios de reclamación completos y enviados correctamente se procesan generalmente para su reembolso en un plazo de cinco días hábiles. Para evitar retrasos, siga las instrucciones para enviar las reclamaciones de la cuenta FSA.

Depósito directo

Inscríbase en el depósito directo para acelerar el tiempo de su reembolso.

- Inscríbase en el depósito directo accediendo a su portal de participantes en mybenefits.inspirafinancial.com o comunicándose con Inspira al 1-844-729-3539.
- Los fondos de reembolso de la FSA se depositan automáticamente en su cuenta corriente o de ahorros en un plazo de 48 horas tras la aprobación de su reclamación.
- No hay ningún cargo por este servicio.

NOTA: la tramitación de su inscripción en el depósito directo de la FSA puede tardar entre cuatro y seis semanas.

Período de gracia de la FSA

Una notificación de ingresos del IRS permite un “período de Gracia” de dos meses y 15 días después del final de su año del plan 2026 (31 de diciembre de 2026) para una FSA. Este período de gracia finaliza el 15 de marzo de 2027. Durante el período de gracia, puede incurrir en gastos y presentar reclamaciones por dichos gastos. Los fondos se deducirán automáticamente de cualquier saldo restante en su FSA de atención de salud o FSA de cuidado de dependientes de 2026.

No debe confundir el período de gracia con el “período de vencimiento” del plan. El período de vencimiento se extiende hasta el 31 de marzo de 2027. Se trata de un período para presentar reclamaciones incurridas en cualquier momento durante el año del plan 2026, así como reclamaciones incurridas durante el período de gracia mencionado anteriormente.

Las reclamaciones se procesarán por orden de llegada y se cargarán en sus cuentas según corresponda. Esto se aplica tanto a las reclamaciones impresas como a las transacciones con la tarjeta Inspira. Si le quedan fondos en una cuenta del año anterior del plan, estos se utilizarán primero hasta agotarse. Posteriormente, las reclamaciones se cargarán en el saldo de su cuenta del nuevo año del plan.

¿Las contribuciones afectarán mis impuestos sobre la renta?

Las reducciones salariales realizadas en el marco de un plan de cafetería, incluidas las contribuciones a una o ambas FSA, reducirán sus ingresos gravables y sus impuestos. Estas reducciones son uno de los aspectos que permiten ahorrar dinero al iniciar una FSA. Dependiendo del estado, es posible que también se disponga de ahorros o créditos adicionales en el impuesto sobre la renta estatal. Sus reducciones salariales reducirán los ingresos devengados a efectos del Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo (EITC) federal.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Para ayudarle a elegir entre los beneficios gravables y libres de impuestos disponibles, o una combinación de ambos, consulte a su asesor fiscal o al IRS para obtener información adicional.

¿Dónde puedo obtener información sobre las FSA?

Si tiene preguntas específicas sobre las cuentas de gastos flexibles (FSA), comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente.

Visite mybenefits.inspirafinancial.com o llame al Servicio al Cliente de Inspira al 1-844-729-3539.

NOTA: la información de su cuenta no se compartirá con terceros sin su autorización verbal o por escrito.

¿Cómo obtengo los formularios que necesito?

Inicie sesión en mybenefits.inspirafinancial.com para obtener:

- Formularios de reclamación
- Una carta de necesidad médica
- Formulario de depósito directo

Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente de Inspira al 1-844-729-3539 para obtener más ayuda.

Atención al Cliente le ofrece una variedad de recursos para realizar consultas sobre sus beneficios y cuentas de gastos flexibles (FSA), incluida la información del sitio web de Inspira y de Atención al Cliente.

En la web y la aplicación móvil

Las herramientas web y móviles de Inspira garantizan un fácil acceso, la gestión de cuentas y la seguridad de los fondos de beneficios para nuestros clientes.

Huella digital (Touch ID) y reconciliación facial. Estas funciones protegen la información de la cuenta del participante sin la molestia de tener que recordar otra contraseña.

Foto para pagar. Tome una foto de un gasto elegible para el beneficio y envíela a través de la aplicación móvil Inspira. No hay que llenar formularios ni iniciar sesión en un sitio web. Solo haga clic y envíe, y nosotros nos encargaremos del resto.

Verificación de elegibilidad de gastos. ¿No está seguro de si un artículo es elegible para el reembolso? Descúbralo en segundos en la aplicación. Es la forma más rápida de garantizar que los beneficios se gasten correctamente.

Alertas móviles¹. Se notifica a los participantes cuando recibimos una solicitud y cuando se ha pagado, lo que facilita el control de la actividad de la cuenta y los fondos disponibles. ¹Pueden aplicarse tarifas estándar por mensajes y datos.

Pago al proveedor. En lugar de pagar de su bolsillo y esperar el reembolso, los participantes pueden utilizar su tarjeta Inspira para pagar los gastos elegibles, o pueden utilizar nuestra cómoda función de pago por Internet. Solo tiene que escanear o tomar una foto de la factura del proveedor y subirla. Inspira pagará la factura directamente desde la cuenta de beneficios correspondiente.

Alertas por correo electrónico. Los participantes reciben una notificación cuando se reciben y pagan las solicitudes, lo que facilita el control de la actividad de la cuenta y los fondos disponibles.

Gestión de cuentas sin complicaciones. Nuestra página web, nuestra aplicación móvil y nuestro centro de atención al cliente facilitan que los participantes gestionen su cuenta y obtengan la ayuda que necesitan, en cualquier momento y en cualquier lugar.

Además, la información de la cuenta está conectada en todas las plataformas, lo que significa que los participantes no tienen que volver a ingresar los datos ni reiniciar un proceso entre dispositivos.

Directrices de la FSA:

1. El IRS no permite pagar las primas de seguros médicos u otros seguros a través de ninguno de los dos tipos de FSA.
2. No se puede transferir dinero entre FSA ni pagar gastos de cuidado de dependientes con la FSA para gastos médicos, ni viceversa.
3. Tiene un período de vencimiento de 90 días (hasta el 31 de marzo de 2027) a partir del final del año del plan para el reembolso de los gastos elegibles de la FSA incurridos durante su período de cobertura y cualquier período de gracia aplicable dentro del año del plan 2026.
4. No puede recibir beneficios del seguro ni ninguna otra compensación por los gastos que se reembolsan a través de sus FSA.
5. No puede deducir los gastos reembolsados a efectos del impuesto sobre la renta.
6. No se le reembolsará ningún servicio que aún no haya recibido.
7. Solo se le reembolsarán los gastos incurridos mientras esté inscrito activamente y realice contribuciones.
8. Sea conservador al estimar sus gastos médicos o de cuidado de dependientes para el año del plan 2026. La normativa del IRS establece que los fondos no utilizados que queden en su cuenta FSA después de que finalice el año del plan y cualquier período de gracia aplicable, y una vez que se hayan presentado y procesado todas las solicitudes de reembolso, no se le pueden devolver ni transferir al próximo año del plan.

EJEMPLO DE AHORRO EN BENEFICIOS ANTES DE IMPUESTOS

(Con FSA)		(Sin FSA)
\$30,000	Ingresos brutos anuales	\$30,000
- \$2,700	Contribuciones a la FSA	- \$0
\$27,300	Ingresos brutos gravables	\$30,000
- \$3,689	Impuestos federales y de seguro social estimados*	- \$4,845
\$23,611	Ingresos netos anuales	\$25,155
- \$300	Gastos médicos de bolsillo y de cuidado de dependientes elegibles	- \$3,000
\$23,311	Ingresos disponibles	\$22,155

Al utilizar una FSA para pagar los gastos recurrentes previstos, convierte el dinero que ahorra en impuestos en ingresos adicionales que puede gastar. Eso supone un ahorro anual potencial de:

+ ¡\$1,156!

**Suponiendo deducciones estándar y cuatro exenciones*

FSA de atención de salud

¿Qué es una FSA de atención de salud?

Una FSA de atención de salud es una cuenta con ventajas impositivas del IRS que puede usar para pagar sus gastos médicos elegibles que no estén cubiertos por su seguro ni por ningún otro plan. Estos fondos se reservan de su salario antes de deducir los impuestos, lo que le permite pagar sus gastos elegibles libres de impuestos. Puede usarla para copagos, recetas, suministros médicos y más. Haga clic aquí para obtener una lista más extensa de lo que está cubierto:

<https://www.fsafeds.gov/explore/hcfsa/expenses>

¿Los gastos de quiénes son elegibles?

Su FSA de atención de salud puede usarse para reembolsar los gastos elegibles incurridos por:

- Usted mismo
- Su cónyuge
- Sus hijos calificados
- Su pariente calificado

¿Cuándo están disponibles mis fondos?

Una vez que se inscriba en una FSA de atención de salud y decida cuánto contribuir, el monto máximo anual de reembolso para gastos de atención médica elegibles estará disponible durante todo su período de cobertura.

Desde que no tiene que esperar a que el efectivo se acumule en su cuenta, puede usarlo para pagar sus gastos de atención médica elegibles al inicio de sus deducciones.

¿Cómo solicito un reembolso?

Simplemente inicie sesión en su cuenta de Inspira y haga clic en el botón de solicitud de reembolso y siga los pasos para obtener el reembolso de reclamaciones más rápido posible. Alternativamente, Inspira también tiene formularios de reclamaciones manuales disponibles comunicándose al 800-284-4885 o visitando

mybenefits.inspirafinancial.com.

TENGA EN CUENTA que los cheques cancelados o los recibos de tarjetas de crédito (o copias) que enumeran el costo de los gastos elegibles no son documentación válida para el reembolso de la FSA de atención de salud.

Correo a Inspira:

PO Box 8396

Omaha, NE 68108

Fax: 855-709-5305



Experiencia con la tarjeta

Las molestias de llevar varias tarjetas y tratar de recordar qué es lo que paga cada tarjeta son cosa del pasado con la Tarjeta Inspira. Solo deslice esta tarjeta

combinada en el punto de compra y los gastos elegibles se pagarán automáticamente con tecnología inteligente para saber de qué cuenta extraer los fondos. Cada empleado participante recibe una Tarjeta Inspira y tiene acceso a varias funciones de valor agregado de la tarjeta.

FSA de atención de salud y FSA de atención de salud de gastos limitados

Debe tener un recibo o una explicación de beneficios de su compañía de seguros por cada reclamación de atención médica que presente contra su cuenta.

Para un procesamiento rápido, asegúrese de que todos los recibos incluyan estas 5 piezas de información:

- Nombre del paciente: el nombre de la persona que recibió el servicio o para quien se compró el artículo. Para compras en tiendas minoristas, esta información puede ser excluida.
- Nombre del proveedor: el proveedor que prestó el servicio o el comerciante donde se compró el artículo.
- Fecha del servicio: la fecha en que se prestaron los servicios o se compró el artículo.
- Tipo de servicio: una descripción detallada del servicio prestado o artículo comprado. Un recibo de receta de farmacia es suficiente para las recetas.
- Costo: el monto pagado por el servicio o producto y/o la parte que no es reembolsada a través de su compañía de seguros.

Tenga en cuenta: para algunos gastos, se puede requerir un formulario de carta de necesidad médica de un médico.

El IRS creó la regla “úselo o piérdalo”, que establece que todo el dinero que quede en su FSA se perderá una vez finalizado el período de beneficios. Si no utiliza todos los fondos de su FSA durante el período de beneficios, corre el riesgo de perder dinero.

FSA de cuidado de dependientes

¿Qué es una FSA de cuidado de dependientes?

Una FSA de cuidado de dependientes es una cuenta con ventajas impositivas del IRS que puede usar para pagar sus gastos elegibles de cuidado diurno de dependientes para garantizar que sus dependientes (niños o adultos mayores) sean atendidos mientras usted y su cónyuge (si está casado) están trabajando. Estos fondos se reservan de su salario antes de deducir los impuestos, lo que le permite pagar sus gastos elegibles libres de impuestos.

¿Los gastos de quiénes son elegibles?

Puede usar su FSA de cuidado de dependientes para recibir el reembolso de los gastos elegibles de cuidado diurno de dependientes para personas calificadas.

Una persona calificada incluye a un hijo calificado, si:

- Es ciudadano estadounidense, nacional o residente de EE. UU., México o Canadá
- Tiene una relación de tipo familiar especificada con usted
- Vive en su hogar durante más de la mitad del año fiscal
- Tiene 12 años o menos y
- No ha provisto más de la mitad de su propio sustento durante el año fiscal

Una persona calificada incluye a su cónyuge, si él o ella:

- Es física y/o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo
- Vive en su hogar durante más de la mitad del año fiscal
- Pasa al menos ocho horas al día en su hogar

Una persona calificada incluye a su pariente calificado, si él o ella:

- Es ciudadano estadounidense, nacional o residente de los EE. UU., México o Canadá
- Es física y/o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo
- No es el hijo calificado de otra persona
- Vive en su hogar durante más de la mitad del año fiscal
- Pasa al menos ocho horas al día en su hogar y
- Recibe más de la mitad de su sustento de parte de usted durante el año fiscal

NOTA: solo el padre con custodia de padres divorciados o legalmente separados puede recibir reembolsos usando la FSA de cuidado de dependientes.

¿Cuál es mi depósito anual máximo?

- Si está casado y presenta su declaración por separado, su depósito anual máximo es de \$3,750.
- Si es soltero y jefe de familia, su depósito anual máximo es de \$7,500.
- Si está casado y presenta una declaración conjunta, su depósito anual máximo es de \$7,500.
- Si usted o su cónyuge ganan menos de \$7,500 al año, su depósito anual máximo es igual al menor de los dos ingresos.
- Si su cónyuge es estudiante de tiempo completo o incapaz de cuidarse a sí mismo, su depósito anual máximo es de \$3,000 al año para un dependiente y \$6,000 al año para dos o más dependientes.

¿Cuándo están disponibles mis fondos?

Una vez que se inscriba en una FSA de cuidado de dependientes y decida cuánto contribuir, a diferencia de una FSA de atención de salud, el monto máximo de su contribución no estará disponible durante el año del plan, sino después de que se reciban sus deducciones de nómina.

Para ayudarlo a elegir entre los beneficios gravables y libres de impuestos disponibles, o una combinación de ambos, consulte a su asesor fiscal y/o al IRS para obtener información adicional.

También puede visitar irs.gov y mybenefits.inspirafinancial.com para realizar un análisis de ahorro fiscal.

¿Cómo solicito un reembolso?

Con la cuenta FSA para el cuidado de dependientes, su saldo disponible aumenta a medida que se realizan las deducciones salariales. Solo tiene que iniciar sesión en su cuenta de Inspira, hacer clic en el botón “Solicitar un reembolso” y seguir los pasos para obtener el reembolso de sus reclamaciones lo más rápido posible. Inspira también dispone de formularios de reclamación manuales, que puede solicitar llamando al 1-844-729-3539.

Plan Especial de Jubilación

¿Qué es el Plan Especial de Jubilación?

Este Plan Especial de Jubilación es para aquellos empleados que son elegibles para el seguro médico a través del Distrito, pero porque tienen otro seguro médico, renuncian a su cobertura médica. Estos empleados reciben dólares 401(a) los cuales se depositan en el plan especial de jubilación BENCOR. Este plan es un plan de jubilación con impuestos diferidos, en el cual usted puede dirigir a dónde se depositan los fondos eligiendo entre opciones de inversión.

El Plan Especial de Jubilación BENCOR 401(a) está calificado fiscalmente bajo la Sección 401(a) del Código de Rentas Internas. BENCOR Administrative Services proporciona una gama completa de servicios administrativos al Plan Especial de Jubilación BENCOR 401(a) y a sus participantes.

Proveedor del Plan: BENCOR

Un Plan Especial de Jubilación 401(a) es una opción de beneficio que tiene al crear su paquete de beneficios. Solo los dólares 401(a) pueden depositarse en esta cuenta.

¿Con cuánto dinero puedo contribuir?

El Distrito contribuirá el 100 por ciento del valor de sus dólares 401(a) en este plan. Las contribuciones voluntarias del empleado no pueden usarse para financiar este Plan Especial de Jubilación 401(a).

¿Soy elegible para dólares 401(a) y cobertura médica como dependiente?

Si tiene cobertura médica que no sea un plan del Distrito (es decir, bajo el plan de otro empleador o un plan de jubilación), puede renunciar a la cobertura del Distrito Escolar y recibir \$100 dólares 401(a) al mes (\$50 al mes si es un empleado elegible de tiempo parcial). Sin embargo, no es elegible para los dólares 401(a) si está cubierto como dependiente por otro empleado del Distrito.

¿Cómo funciona?

Para los empleados que participan en este plan con ventajas impositivas, el Distrito realizará contribuciones mensuales en su nombre. Todas las contribuciones al Plan BENCOR se realizan de forma antes de impuestos. Nunca pagará impuestos de Seguro Social o Medicare sobre las contribuciones al plan. Los impuestos sobre la renta se diferirán hasta que se realicen los retiros.

Las contribuciones se asignan a una cuenta individual a su nombre y se depositan inicialmente en una cuenta garantizada o fija. Podrá dirigir cómo se invierte el dinero desde un menú de 17 fondos diferentes con una amplia gama de objetivos de inversión. También tiene la capacidad de cambiar las elecciones de inversión. Puede cambiar sus opciones de inversión en línea en: www.bencorplans.com

Al jubilarse o finalizar su empleo con el Distrito, el saldo acumulado de su cuenta puede permanecer en el plan o ser distribuido a usted en un pago único en efectivo o transferido a una IRA u otro plan de jubilación. Usted paga impuestos sobre la renta solo cuando recibe una distribución en efectivo. No se imponen impuestos cuando se realizan las contribuciones o hasta que las ganancias se le paguen realmente. Por lo tanto, el Plan Especial de Jubilación BENCOR le ofrece una excelente oportunidad de aplazamiento de impuestos.

¿Cuándo recibo los estados de cuenta?

Se le inscribe automáticamente en estados de cuenta electrónicos para ahorrar tiempo, papel y tinta. Los estados de cuenta se generan trimestralmente y están disponibles en su portal en línea bajo la sección de Estados de cuenta/Formularios. Si desea recibir un estado de cuenta en papel, inicie sesión en su portal y seleccione su preferencia de entrega de estados de cuenta.

¿Cómo accedo a mi cuenta?

Visite www.bencorplans.com, haga clic en “Participant Log On”, luego seleccione el cuadro “Get Started” y siga las instrucciones para crear su ID de usuario y contraseña personalizados.

Asegúrese de designar a su beneficiario y seleccionar sus opciones de inversión en línea en: www.bencorplans.com

Funciones del sitio web para participantes

- Valores unitarios
- Saldo de la cuenta
- Saldo de la cuenta por fondo
- Transferencias de fondos
- Designación de beneficiarios en línea
- Objetivos de los fondos de inversión
- Rendimiento de los fondos
- Cambios de dirección
- Cambios en la asignación de inversiones
- Historial de transacciones
- Descripción general del plan

¿Cómo puedo obtener más información?

Comuníquese con Bencor Administrative Services al 1-866-296-9712, o por correo electrónico: questions@bencorservices.com

Protección de Ingresos por Incapacidad



Proveedor del Plan: Metropolitan Life Insurance Company (MetLife)

Su mayor activo es su capacidad de ganarse la vida. ¿Qué pasaría si perdiera su capacidad de trabajar? Usted puede ser elegible para reemplazar una parte de sus ingresos si queda discapacitado debido a un accidente o enfermedad cubiertos.

Puede seleccionar el Plan de Incapacidad a Corto Plazo (STD) o el Plan de Incapacidad a Largo Plazo (LTD), o ambos. Estos beneficios se aplican junto con la licencia por enfermedad, no de forma adicional. Las primas se basan en su edad y salario y se actualizarán a medida que estos puedan cambiar.

Sobre el proveedor del plan

MetLife suscribe los Planes de Incapacidad a Corto y Largo Plazo. Si tiene alguna pregunta con respecto a estos planes o necesita presentar una reclamación, llame a MetLife al 1-800-300-4296 entre las 8 a. m. y las 11 p. m. ET, de lunes a viernes.

El Certificado de Incapacidad emitido por MetLife está disponible en: <http://l.sdpbc.net/rn1y1>

Elegibilidad

Este programa está disponible para empleados que:

- Estén activamente en el trabajo
- Trabajen a tiempo completo o al menos 40 horas por semana para todos los empleados regulares o 18.75 horas por semana para aquellos en el grupo de negociación de la CTA regular
- Cumplan con los requisitos de elegibilidad del Distrito Escolar.

Usted puede elegir esta cobertura durante el período de Inscripción Abierta o dentro de los primeros 30 días de su fecha de empleo.

Definición de Ganancias/Salario

Para el propósito de las primas de incapacidad y las determinaciones de beneficios, las ganancias o el salario incluyen la mayoría de los suplementos anuales limitados a:

- Suplementos por título
- Suplementos por nivel de complejidad
- Suplemento de retención (sujeto a la renovación del referéndum fiscal)
- Diferenciales de turno
- Suplementos de supervisión y certificaciones
- Otros salarios incluidos en los múltiples componentes de pago del Distrito

Consulte el certificado emitido por MetLife para obtener más información.

Disposiciones que afectan los planes STD y LTD

Período de eliminación: El tiempo entre el inicio de la incapacidad y la fecha en que comienzan los pagos de beneficios. Esto variará para cada persona en el Plan STD basado en el plan que usted elija.

Beneficios por maternidad: incapacidad causada por el embarazo está cubierta de la misma manera que una enfermedad, y al igual que con otras enfermedades, está sujeta tanto a la cláusula de exclusión preexistente como al período de eliminación de 7 días, 14 días o 60 días durante el cual no se pagan beneficios (solo Incapacidad a Corto Plazo).

Integración: Los beneficios se reducirán por otras fuentes de ingresos que el empleado reciba. Ejemplos de otras fuentes de ingresos incluyen: beneficios de jubilación, seguro social y compensación para trabajadores. Una explicación más detallada está disponible en el certificado emitido a todos los participantes.

Exención de prima: esta disposición se aplica a la cobertura de incapacidad LTD solamente, y la prima que se exonera es la Cobertura de Seguro de Vida. Usted no paga primas mientras los beneficios por incapacidad sean pagaderos. Las primas se exoneran comenzando con la siguiente fecha de vencimiento de la prima tras la finalización del período de eliminación, que usualmente es de seis meses (o cuando sea notificado por el Departamento de Reclamaciones de MetLife).

Protección de Ingresos por Incapacidad

Beneficios por enfermedad mental, alcoholismo o consumo de drogas

Los beneficios son pagaderos por un período limitado.

Consulte el certificado de incapacidad emitido por MetLife para obtener más información.

Plan de Incapacidad a Corto Plazo

El Plan de Incapacidad a Corto Plazo (STD) está diseñado para ofrecer protección temporal de ingresos. Usted tiene tres opciones de las cuales elegir. Los planes proporcionan duraciones variables de cobertura de 17 a 26 semanas (a menos que se indique lo contrario en el certificado de incapacidad emitido por MetLife). El comienzo del beneficio y el monto del beneficio dependen de cuál opción elija. Consulte la tabla en esta sección para determinar qué opción se adapta mejor a sus necesidades. El beneficio máximo bajo este plan es de \$2,500 por semana. **Un empleado no puede cobrar el pago por enfermedad y los beneficios de STD al mismo tiempo.**

Definición de Incapacidad a Corto Plazo

Se entiende por incapacidad aquel estado en el que, debido a una enfermedad o como consecuencia directa de una lesión accidental:

- Usted está recibiendo atención y tratamiento adecuados y cumpliendo con los requisitos de dicho tratamiento; y
- Usted no puede ganar más del 80 % de sus ganancias previas a la incapacidad en su propia ocupación para cualquier empleador; y no puede realizar cada una de las tareas esenciales de su propia ocupación.

Si su ocupación requiere una licencia, el hecho de que pierda su licencia por cualquier motivo no constituirá, por sí mismo, una incapacidad.

Qué no está cubierto

No se pagará ningún beneficio por ninguna incapacidad causada o agravada por:

- Guerra, ya sea declarada o no, o acto de guerra, insurrección, rebelión o acto terrorista;
- Participación activa en un motín;
- Lesión autoinfligida intencionalmente;
- Intento de suicidio;
- Comisión o tentativa de un delito grave;
- Cualquier lesión o enfermedad por la cual el empleado sea elegible para recibir beneficios bajo la compensación para trabajadores o una ley similar.

No se pagará ningún beneficio por ninguna incapacidad causada o agravada por tratamientos o procedimientos electivos, tales como:

- Cirugía estética o tratamiento principalmente para cambiar la apariencia;
- Cirugía de cambio de sexo;
- Reversión de la esterilización;
- Liposucción;
- Cirugía de corrección visual;
- Fertilización in vitro, procedimiento de transferencia de embriones o inseminación artificial.

NOTA: los embarazos y las complicaciones derivadas de cualquiera de estos procedimientos se tratarán como una enfermedad.

Cuándo finaliza la cobertura

La cobertura termina en la primera de las siguientes fechas:

- Fecha en que termina la póliza colectiva;
- Fecha en que termina el seguro para la clase del empleado;
- Fin del período por el cual se ha pagado la prima;
- Fecha en que el empleado deja de ser elegible;
- Fecha en que termina el empleo;
- Fecha en que el empleado se jubila.

Afección preexistente

El Plan STD contiene una limitación por afecciones preexistentes que no pagará beneficios por ninguna incapacidad que se derive de una afección preexistente, o que sea causada o agravada por ella, a menos que al momento del inicio de la incapacidad:

- No haya recibido atención médica para la afección durante seis meses mientras estaba asegurado por el plan; o,
- Haya estado asegurado de manera continua por el plan durante 12 meses.

Afección preexistente significa una enfermedad o lesión accidental por la cual usted

- Recibió tratamiento médico, consulta, atención o servicios;
- Tomó medicamentos recetados o se le recetaron medicamentos.

OPCIÓN	INCAPACIDAD		
	% DE LOS INGRESOS SEMANALES	ACCIDENTE	ENFERMEDAD
A	66 2/3 %	1.º día*	8.º día*
B	60 %	15.º día*	15.º día*
C	60 %	61.º día*	61.º día*

*Salvo que se indique lo contrario en el certificado de incapacidad emitido por MetLife.

Importante:

Su prima y cualquier beneficio se basarán en su salario, que incluye:

- (1) Suplementos por grado;
- (2) Otros suplementos elegibles;
- (3) Suplementos por nivel de complejidad, etc.

Su salario se anualiza y luego se divide entre 52 para determinar su salario semanal.

Protección de Ingresos por Incapacidad

Cuándo presentar una reclamación de Incapacidad a Corto Plazo

Debe presentar su reclamación ante MetLife si prevé que su incapacidad le impedirá trabajar por un tiempo superior al período de eliminación que seleccionó durante la inscripción.

Cómo presentar una reclamación de Incapacidad a Corto Plazo

Puede iniciar su reclamación llamando al número gratuito de MetLife para la recepción de reclamaciones, 1-800-300-4296, e informar sobre su reclamación. No será necesario que envíe un formulario de reclamación impreso, ya que el especialista en admisiones clínicas de MetLife tomará sus datos por teléfono. Sin embargo, deberá proporcionar a su médico un formulario de autorización para que lo firme, lo feche y lo envíe por fax o correo postal a MetLife. Esto permitirá que MetLife acceda a su información médica para tramitar su reclamación.

Definición de Incapacidad a Largo Plazo

La Incapacidad a Largo Plazo comienza después de que termina la Incapacidad a Corto Plazo y usted:

- No puede ganar más del 60 % de sus ganancias previas a la incapacidad en cualquier ocupación remunerada para cualquier empleador en su economía local; y,
- No puede realizar las tareas de cualquier ocupación remunerada para la cual esté razonablemente calificado tomando en cuenta su entrenamiento, educación y experiencia.

Si su ocupación requiere una licencia, el hecho de que la pierda por cualquier motivo no constituirá, de por sí, una incapacidad.

Cuándo presentar una reclamación de Incapacidad a Largo Plazo

Si está inscrito en el plan STD, el proceso de transición al plan LTD es automático, por lo que no tendrá que presentar un formulario de reclamación por separado.

Si no está inscrito en el plan STD y solo está inscrito en el plan LTD, deberá presentar su reclamación a MetLife a mitad del período de eliminación del plan LTD (aproximadamente el día 90).

Incapacidad recurrente

Una incapacidad recurrente es una incapacidad que está relacionada con la misma causa o causas de una incapacidad anterior por la que se pagó un beneficio semanal, o que se debe a ellas. Si regresa al trabajo activo después de comenzar a recibir beneficios semanales, consideraremos que se ha recuperado de su incapacidad. Si regresa al trabajo activo por un período de 90 días o menos, y luego queda discapacitado nuevamente debido a la misma enfermedad o lesión accidental o relacionada, no le exigiremos que complete un nuevo período de eliminación. Con el fin de determinar sus beneficios, consideraremos que dicha incapacidad es parte de la incapacidad original y usaremos los mismos ingresos previos a la incapacidad y aplicaremos los mismos términos, disposiciones y condiciones que se usaron para la incapacidad original.

Protección de Ingresos por Incapacidad

Plan de Incapacidad a Largo Plazo

El Plan de Incapacidad a Largo Plazo (LTD) está diseñado para ofrecer protección financiera para usted y su familia. Las características incluyen:

- Un monto de beneficio de hasta el 60 % de su salario mensual previo a la incapacidad;
- Lo que sea mayor entre el período máximo de beneficios por Incapacidad a Corto Plazo o 180 días
- un beneficio mensual mínimo equivalente al mayor de los siguientes montos: \$100 o el 10 % del beneficio basado en la pérdida de ingresos mensuales antes de la deducción de otros beneficios por ingresos; y,
- Un monto máximo de beneficio mensual de \$12,500.

Cómo presentar una reclamación de Incapacidad a Largo Plazo

Si está inscrito en el plan STD y pasa al LTD, el proceso de transición de su reclamación se realiza de forma automática a través del sistema de MetLife. No es necesario presentar un formulario de reclamación de LTD adicional si ya realizó el trámite bajo el plan STD. No obstante, deberá completar un cuestionario para el reclamante; este documento es obligatorio y sirve para recopilar información sobre otros ingresos o compensaciones, su historial laboral y educativo, y sus proveedores médicos. Asimismo, MetLife podrá solicitar información adicional al Distrito Escolar del Condado de Palm Beach.

Si no se inscribió en el plan de Incapacidad a Corto Plazo y se ha inscrito en el plan de Incapacidad a Largo Plazo solamente, puede presentar una reclamación por teléfono llamando a MetLife al 800-300-4296.

¿Qué beneficios están incluidos en la Incapacidad a Largo Plazo?

EDAD EN LA FECHA DE SU DISCAPACIDAD	PERÍODO DE BENEFICIOS
Menos de 63	La fecha posterior entre su edad normal de jubilación o 42 meses
63	La fecha posterior entre su edad normal de jubilación o 36 meses
64	30 meses
65	24 meses
66	21 meses
67	18 meses
68	15 meses
69 años o más	12 meses

Si queda discapacitado, los siguientes beneficios pueden ayudar hasta que regrese al trabajo a tiempo completo.

Beneficio de incentivo al trabajo: cuando un proveedor médico establece restricciones médicas específicas, el equipo de rehabilitación de MetLife trabajará con los empleados que no pueden realizar su trabajo, ayudándolos a ser aptos para el empleo. Durante este tiempo, si se aprueba, se podrá pagar una parte de los beneficios.

Asistencia de rehabilitación y regreso al trabajo: los expertos en rehabilitación vocacional de MetLife brindan a los empleados calificados una evaluación y planificación formalizadas, así como apoyo financiero para ayudarlos a regresar a estilos de vida productivos e independientes. El beneficio mensual se incrementa en un 10 por ciento mientras participan en un programa de rehabilitación aprobado por MetLife. Incentivo de gastos de mudanza: los reclamantes pueden recibir un reembolso por los gastos asociados con la mudanza a una nueva residencia si se recomienda como parte de una rehabilitación aprobada por MetLife, sin máximo en dólares o requisito de distancia mínima.

Beneficio de modificación del lugar de trabajo: ayuda al Distrito Escolar del Condado de Palm Beach con el costo de realizar modificaciones/adaptaciones en el trabajo y apoya el cumplimiento con la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (ADA). Las modificaciones/adaptaciones de trabajo no tienen un máximo en dólares establecido ni un límite en el número de ocurrencias. Beneficio por modificaciones en el lugar de trabajo y beneficio para sobrevivientes: hasta \$400 por cada hijo menor de 13 años cuyo cuidado esté a cargo de un proveedor de cuidado infantil autorizado que no sea miembro de su familia inmediata ni resida en su domicilio mientras el empleado participa en el Programa de Rehabilitación MetLife aprobado. No puede pagarse una vez finalizado el período máximo de beneficios.

Beneficio para sobrevivientes: si se encontraba recibiendo un beneficio mensual por incapacidad al momento de su fallecimiento, pagaremos un beneficio a sus sobrevivientes una vez que recibamos la documentación correspondiente a nuestra satisfacción:

1. De su fallecimiento; y
2. De que la persona que reclama el beneficio tenga derecho a él.

Beneficiario designado: debemos recibir una prueba satisfactoria para los beneficios de ingresos para sobrevivientes en el plazo de un año a partir de la fecha de su fallecimiento. En caso de fallecimiento mientras se encuentra discapacitado, y el empleado tenía derecho a recibir beneficios mensuales, MetLife pagará un monto de beneficio equivalente a tres veces lo que sea menor entre:

- el beneficio mensual que el empleado recibe por el mes calendario inmediatamente anterior al fallecimiento,
- el beneficio mensual que el empleado tenía derecho a recibir por el mes en que falleció, si el empleado fallece durante el primer mes en que se pagan los beneficios por incapacidad,

de acuerdo con el siguiente orden:

1. Su cónyuge, si vive;
2. Su(s) hijo(s), si no hay cónyuge sobreviviente;
3. Su patrimonio, si no hay hijo(s) sobreviviente(s).

Sin embargo, primero aplicaremos el beneficio de ingresos para sobrevivientes a cualquier sobrepago que pueda existir en su reclamación.

NOTA: estas descripciones de productos no constituyen un certificado ni una póliza de seguro. La información proporcionada solo tiene como objetivo ayudar a seleccionar los beneficios. La determinación final de los beneficios, los términos exactos y las exclusiones de cobertura para cada plan de beneficios se encuentran en los certificados de seguro emitidos por las aseguradoras participantes.

Los certificados de cobertura de sus beneficios de seguro están disponibles en línea durante todo el año. No se le enviará automáticamente por correo una copia impresa de dichos certificados. Sus certificados de cobertura son documentos emitidos por la aseguradora para los beneficios registrados en el estado de Florida.

Para ver o imprimir una copia de un certificado de cobertura, visite: <https://l.sdpbc.net/rn1y1>

Protección de Ingresos por Incapacidad

TASAS DEL PROGRAMA DE PROTECCIÓN DE INGRESOS POR DISCAPACIDAD: 24 deducciones salariales al año para los empleados

Cómo calcular la deducción salarial basada en 24 deducciones salariales al año (para empleados que reciben 26 cheques de nómina al año)

1. Indique el salario anual
2. Divida por 100
3. Multiplique por la tasa correspondiente que se indica a continuación
4. Divida por el número de deducciones salariales al año

CORTO PLAZO

LARGO PLAZO

\$ _____	\$ _____
\$ _____	\$ _____
\$ _____	\$ _____
\$ _____	\$ _____

Ejemplo:

A. Indique el salario anual

\$20,000.00

\$20,000.00

B. Divida 100

\$200.00

\$200.00

C. Multiplique por la tasa correspondiente que se indica a continuación (\$0.611 para STD / \$0.317 para LTD)

\$122.20

\$63.40

D. Divida por 24 (número de deducciones salariales al año)

\$5.09

\$2.64

TARIFAS MENSUALES POR INCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Tarifas por cada \$100 de nómina cubierta

EDAD DEL EMPLEADO	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
54 años o menos	\$0.611	\$0.423	\$0.334
55 - 59	\$0.804	\$0.548	\$0.438
60 - 64	\$0.923	\$0.628	\$0.503
65 años o más	\$1.122	\$0.771	\$0.611

TARIFAS MENSUALES POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

EDAD DEL EMPLEADO	TARIFAS POR CADA \$100 DE NÓMINA CUBIERTA
24 años o menos	\$0.037
25 - 29	\$0.048
30 - 34	\$0.074
35 - 39	\$0.121
40 - 44	\$0.169
45 - 49	\$0.227
50 - 54	\$0.317
55 - 59	\$0.369
60 años o más	\$0.385

Comuníquese con la Oficina de Beneficios para conocer las tarifas de 22 deducciones salariales al (561) 434-8580

Seguro de vida básico

Seguro de vida básico

Proteger el futuro de su familia es sin duda una de sus mayores prioridades. Una forma de ayudar a lograr esta meta es a través del seguro de vida. El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach le proporciona un valioso plan de seguro de vida básico sin costo para usted.

¿Cuáles son mis beneficios del seguro de vida básico?

El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach le ofrece un seguro de vida básico por la suma de \$20,000 para empleados a tiempo completo y \$10,000 para empleados de enseñanza a tiempo parcial.

¿Cuáles son las características del seguro de vida básico?

- Opción de beneficios acelerados
- Conversión
- Protección continua (exención de prima)
- Beneficio por fallecimiento ampliado

Para más información con respecto a estas características, consulte la sección de características del producto en la página 66.

Exclusión: este plan no pagará beneficios si la pérdida de la vida es resultado de un suicidio que se produzca durante los dos primeros años de cobertura.

Seguro de accidentes personales

Los productos de seguro de MetLife están diseñados para proporcionar protección a tiempo completo contra muerte o lesiones accidentales, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Seguro de vida temporal colectivo



¿Cuáles son los beneficios disponibles?

Al estar inscrito en el seguro de vida básico, usted recibe automáticamente un seguro de accidentes personales por una suma igual a la de su seguro de vida básico. Ofrecida junto con su seguro de vida básico, esta cobertura está diseñada para ayudar a protegerlos a usted y a su familia de una pérdida financiera debida a un fallecimiento o lesión accidental inesperada.

MetLife y el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach saben que usted es el mejor juez de sus necesidades de seguro de vida.

Seguro de vida opcional

¿Cuáles son los beneficios disponibles?

Además de su seguro de vida básico, el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach ofrece la oportunidad de adquirir protección adicional de seguro de vida a través del programa de seguro de vida opcional de MetLife. Este beneficio está diseñado para ayudar a proporcionar seguridad financiera para usted y su familia. Dado que esta cobertura es un beneficio pagado por el empleado, las primas se deducirán convenientemente de su sueldo después de pagar impuestos.

Beneficios después de impuestos

Proveedor del plan: suscrito por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife)

- Seguro de vida opcional y seguro de accidentes opcional (pagado por el empleado);
- Seguro de vida para el cónyuge y seguro de accidentes opcional (para el cónyuge) (pagado por el empleado);
- Seguro de vida para hijos (pagado por el empleado).

Reducción del seguro de vida

A la edad de 70 años, su seguro de vida suplementario y su seguro suplementario por muerte y desmembramiento accidental se determinarán aplicando el porcentaje apropiado de la siguiente tabla.

EDAD DEL EMPLEADO	REDUCCIÓN
70 - 74	35 %
75 - 79	55 %
+80	70 %

Tarifas (mensuales)

Seguro de vida opcional y seguro de accidentes opcional

Solo el empleado: \$0.159 por cada \$1,000 de cobertura al mes

Cónyuge: \$0.873 por cada \$1,000 de cobertura al mes

Hijo: \$0.450 por cada \$1,000 de cobertura al mes

NOTA: si está cubierto como empleado, no puede estarlo también como cónyuge o hijo dependiente. Ninguna persona puede ser elegible para el seguro en virtud de esta póliza como empleado y cónyuge al mismo tiempo.

Sus hijos dependientes pueden inscribirse en el seguro de vida opcional para hijos en el plan de beneficios de un empleado asegurado. Puede inscribirse como empleado o como dependiente, pero no puede estar cubierto e inscrito en ambas clasificaciones.

Durante el período de inscripción abierta, debe enviar el formulario de declaración de salud completo directamente a MetLife por correo postal, correo electrónico o fax a más tardar el 17 de diciembre de 2025. El envío de una solicitud incompleta no ampliará el plazo.

Para descargar el formulario de declaración de salud, visite: <http://l.sdpbc.net/ke94g>

Metropolitan Life Insurance Company

Statement of Health Unit

P.O. Box 14069

Lexington, KY 40512-4069

Teléfono: (800) 638-6420, opción 1

FAX: 1 (859) 225-7909

Correo electrónico: SOHSubmissions@Metlife.com

Seguro de vida temporal colectivo

Emisión garantizada de beneficios después de impuestos: nuevos empleados

En el momento de la contratación y durante el proceso de selección de beneficios, un empleado recién contratado puede seleccionar hasta cinco (5) veces su salario anual básico en incrementos de \$20,000, sin exceder los \$500,000, con un monto mínimo de selección de \$20,000. Se requiere un formulario de declaración de salud (SOH) para coberturas que excedan los \$100,000. Para descargar el formulario de declaración de salud, visite: <http://l.sdpbc.net/ke94g>

Para el seguro de vida opcional para cónyuges, un empleado puede seleccionar cobertura en incrementos de \$10,000, sin exceder el 50 % de la cobertura de seguro de vida opcional del empleado, con un monto mínimo de \$10,000 y un monto máximo de \$250,000. Se requiere un formulario de declaración de salud (SOH) para el cónyuge para coberturas que excedan los \$50,000. Visite <http://l.sdpbc.net/ke94g> para descargar el formulario de declaración de salud.

Para el seguro de vida opcional para hijos, un empleado puede seleccionar una cobertura de \$5,000 o \$10,000. NO se requiere un formulario de declaración de salud para ninguna de las elecciones, ya que ambas son de emisión garantizada. Se aplica el siguiente pago por límite de edad y elegibilidad:

- Desde el nacimiento hasta los seis meses: \$1,500; y
- De seis meses a 26 años: \$5,000 o \$10,000

Durante la inscripción abierta

Los formularios de declaración de salud están disponibles para descargar desde el sistema PeopleSoft. Simplemente descargue la solicitud, complete todos los campos requeridos y envíe el formulario por correo, fax o correo electrónico directamente a MetLife. MetLife le notificará sobre cualquier paso adicional y, en última instancia, sobre la determinación final de su solicitud.

También puede solicitar cobertura adicional para usted, su cónyuge o hijo(s) dependiente(s) durante la inscripción abierta. Es posible que se requiera un formulario de declaración de salud de MetLife. La cobertura puede estar sujeta a la aprobación de suscripción.

¿Cuáles son las características del seguro de vida opcional?

- Opción de beneficios acelerados
- Servicios de preparación de testamentos
- Conversión
- Protección continua (exención de primas)
- Portabilidad

Para obtener más información sobre estas características, consulte la sección de características del producto que comienza en la página 66.

Ingresos imputados

Los ingresos imputados se aplicarán para montos seleccionados superiores a \$50,000 para empleados mayores de 50 años: dado que nuestra tarifa colectiva es la misma para todos los empleados, el IRS requiere que los empleadores reporten el ingreso imputado gravable para cada empleado cuya prima cobrada sea menor que la tabla de tarifas publicada. Visite la página de beneficios del HUB para obtener más información sobre los ingresos imputados para el seguro de vida.

La cobertura de vida opcional se proporciona bajo una póliza de seguro colectivo, emitida en Florida para el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach por MetLife. El seguro de vida opcional bajo el plan del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach finaliza lo que ocurra primero entre:

- La fecha en que termina el seguro para la clase de empleados;
- El final del período por el cual se ha pagado la última prima para el empleado
- La fecha en que el empleado deja de estar en la clase elegible;
- El final del mes en que finaliza el empleo; o
- El final del mes en que el empleado se jubila de acuerdo con el plan de retiro del titular de la póliza.

Los beneficios terminan el último día del mes siguiente al evento.

Beneficios después de impuestos: seguro de accidentes opcional

Ofrecido junto con su seguro de vida opcional: el seguro de vida opcional ofrece un monto equivalente de beneficios de seguro de accidentes opcional además del seguro de accidentes personales que el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach ha puesto a su disposición.

¿Qué beneficios hay disponibles?

Al inscribirse en el seguro de vida opcional, queda inscrito automáticamente en el seguro de accidentes opcional. El monto del beneficio para el seguro de accidentes opcional es igual al monto del beneficio para el seguro de vida opcional. Dado que esta cobertura es una cobertura pagada por el empleado, las primas después de impuestos se deducirán convenientemente de su cheque de pago.

¿Cuáles son las características del seguro de accidentes opcional?

Por uso de cinturón de seguridad y protección por bolsa de aire:

Los beneficios por fallecimiento aumentarán en un 10 %, pero no más de \$25,000, si la persona asegurada fallece como resultado directo de lesiones en un accidente automovilístico cubierto mientras usaba un cinturón de seguridad debidamente abrochado. Aumentaremos el beneficio por fallecimiento en un 5 % adicional, pero no más de \$10,000, si el asegurado estaba en un asiento protegido por una bolsa de aire que funcionaba correctamente y se desplegó.

Por gastos de cuidado infantil: MetLife pagará un beneficio por un hijo sobreviviente menor de 13 años que esté inscrito en un centro de cuidado infantil con licencia en el momento del accidente o dentro de los 12 meses posteriores. Este beneficio es del tres por ciento del monto del beneficio, hasta un máximo de \$3,000 al año durante cuatro años continuos o hasta que el niño cumpla 13 años, lo que ocurra primero.

Por alteración del hogar y modificación de vehículos: si usted o su cónyuge asegurado necesitan realizar modificaciones en su vivienda o vehículo en el plazo de un año tras un accidente cubierto, pagaremos el 10 % del monto de su beneficio, hasta un máximo de \$25,000, por las modificaciones que un médico certifique como necesarias para llevar una vida independiente. Las modificaciones deben ser realizadas por un contratista autorizado.

Por rehabilitación: si usted o su cónyuge asegurado incurren en gastos de rehabilitación dentro de los dos años posteriores a una pérdida cubierta, pagaremos un 5 % adicional del monto del beneficio, hasta \$10,000, por cada accidente cubierto.

Seguro de vida temporal colectivo

Seguro de accidentes opcional (continuación)

Por educación superior de los hijos: si usted fallece en un accidente cubierto, por cada hijo que califique para este beneficio, pagaremos un monto igual a los cargos de matrícula incurridos por un período de hasta cuatro años académicos consecutivos, sin exceder:

- Un máximo por año académico de \$10,000; y
- Un máximo general del 20 % del monto total del beneficio.

El hijo debe estar asistiendo a una universidad, colegio universitario o escuela vocacional acreditada o, si está en el grado 12, dentro de un año después de la fecha de fallecimiento debe estar inscrito como estudiante a tiempo completo en una universidad, colegio universitario o escuela vocacional acreditada. Podemos requerir prueba de la inscripción continua del hijo como estudiante a tiempo completo durante el período por el cual se reclama un beneficio.

Por capacitación para su cónyuge: si usted fallece en un accidente cubierto y su cónyuge asegurado está inscrito en una escuela acreditada o se inscribe dentro de un año de su fallecimiento:

- \$5,000 por año durante un año
- Máximo: 5 % del monto total

Por confinamiento hospitalario: Si el confinamiento se produce en los 12 meses siguientes a una lesión accidental:

- 1 % del monto total hasta un máximo de \$2,500 al mes
- A partir del quinto día de confinamiento
- Máximo: 12 meses

Monto de cobertura de accidentes opcional

Usted: recibirá automáticamente un monto igual a su seguro de vida opcional.

Su cónyuge: su cónyuge recibirá automáticamente un monto igual a su seguro de vida opcional para cónyuges.

Información de tarifas para dependientes

Es posible que necesite solicitar cambios en su cobertura existente si, en el futuro, ya no tiene dependientes que califiquen para la cobertura.

Si se produce un divorcio, al momento de la reclamación, se devolverá la prima. Si un dependiente es mayor de 26 años, la prima se reembolsará al momento de la reclamación.

Exclusiones

¿Qué no está cubierto?

- Enfermedad, dolencia, tratamiento físico o mental o quirúrgico de los mismos, o infección bacteriana o viral, independientemente de cómo se haya contraído. (Esto no incluye la infección bacteriana que sea el resultado natural y previsible de un corte o herida externa accidental, o intoxicación alimentaria accidental);
- Suicidio o intento de suicidio;
- Lesión autoinfligida intencionalmente;
- Infección, que no sea una infección que ocurra en una herida externa accidental, sin incluir la intoxicación alimentaria accidental;
- Guerra, ya sea declarada o no declarada; o acto de guerra, insurrección, rebelión o participación activa en un motín;
- Servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional. Sin embargo, el servicio en las fuerzas de reserva

no constituye servicio en las fuerzas armadas, a menos que, en relación con dicho servicio de reserva, una persona se encuentre en servicio militar activo según lo determine la autoridad militar competente, salvo en el caso de los entrenamientos de fin de semana o de verano. Las fuerzas de reserva se definen como las fuerzas de reserva de cualquier rama de las fuerzas armadas de EE. UU. o de cualquier otro país o autoridad internacional, incluidas, entre otras, la Guardia Nacional de EE. UU. o la Guardia Nacional de cualquier otro país.

Cualquier incidente relacionado con viajar en una aeronave o dispositivo:

- Como piloto, miembro de la tripulación, estudiante de vuelo o mientras actúe en cualquier capacidad que no sea la de pasajero;
- Para paracaidismo o salir de otro modo de la aeronave mientras la aeronave está en vuelo, excepto con el fin de autopreservación;
- Para pruebas o propósitos experimentales;
- Por o para cualquier autoridad militar;
- Para viajes o diseñado para viajes más allá de la atmósfera terrestre
- Si la parte lesionada está intoxicada en el momento del incidente y es el operador de un vehículo u otro dispositivo involucrado en el incidente. Intoxicado significa que el nivel de alcohol en la sangre de la persona lesionada cumplió o excedió el nivel que crea una presunción legal de intoxicación bajo las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el incidente;
- Si la parte lesionada está cometiendo o intentando cometer un delito grave
- Ingesta o uso voluntario por cualquier medio de cualquier droga, medicamento o sedante, a menos que sea:
 - a. Tomado o usado según lo prescrito por un médico, o;
 - b. Una droga, medicamento o sedante de "venta libre" tomado según las indicaciones;
- Alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante;
- O veneno, gas o vapores.

Características del producto

Opción de beneficio acelerado: por enfermedad terminal

MetLife pagará un beneficio por enfermedad terminal si determinamos que usted o su cónyuge tienen una enfermedad terminal. El monto de este beneficio es el 80 por ciento del beneficio de seguro de vida vigente para usted o su cónyuge en la fecha en que determinemos que tiene una enfermedad terminal hasta el máximo. El monto del beneficio se muestra en su programa de beneficios para esta opción. El beneficio por enfermedad terminal es pagadero solo una vez en la vida de un asegurado.

Servicios de elaboración de testamentos y resolución de patrimonio

La elaboración de testamentos es ofrecida por Hyatt Legal Plans, una compañía de MetLife, y brinda a los empleados elegibles y sus cónyuges acceso presencial a abogados que participan en la red de Hyatt Legal Plan para elaborar o actualizar un testamento, testamento vital y poder notarial. Cuando elige un abogado participante de Hyatt Legal Plan, los honorarios del abogado están totalmente cubiertos y no hay formularios de reclamación que presentar. También tiene la flexibilidad de usar un abogado fuera de la red y recibir un reembolso por los servicios cubiertos según un programa de tarifas establecido. www.WillsCenter.com también está disponible y proporciona herramientas interactivas en línea para ayudar con la creación de un testamento y otros documentos legales por su cuenta, a su propio ritmo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El sitio también brinda acceso a otros valiosos materiales educativos financieros. Los Servicios de Resolución de Patrimonio Presenciales brindan a los beneficiarios y albaceas/administradores acceso a representación legal presencial para la validación testamentaria de sus patrimonios y los de su cónyuge.

Seguro de vida temporal colectivo

Conversión

Si su cobertura se reduce o termina debido a la edad, incapacidad o terminación del empleo, puede obtener una póliza de seguro de vida individual sin prueba de buena salud. Para convertir la cobertura, debe solicitar la póliza individual y pagar la primera prima dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su cobertura colectiva. Los dependientes asegurados elegibles también pueden convertir su cobertura. Las pólizas convertidas están sujetas a restricciones adicionales si convierte debido a la terminación o enmienda de la póliza colectiva.

Protección continua (exención de prima) y beneficio por fallecimiento ampliado

Para asegurarse de que pueda mantener la protección del seguro de vida que necesita durante un período difícil de su vida, el plan de seguro de vida proporciona protección continua (exención de prima). Si queda totalmente discapacitado antes de los 60 años y cumple con un período de espera de nueve meses, su seguro de vida continuará y no necesitará pagar primas mientras esté discapacitado. Una vez aprobada, la protección continua (exención de prima) puede permanecer vigente hasta los 65 años.

Cómo funciona

Si queda total y permanentemente discapacitado antes de los 60 años, puede continuar pagando primas por un máximo de 12 semanas a partir de la fecha en que estuvo en estado de pago. Después de 12 semanas, se le dará tanto la opción de convertir a una póliza individual como una opción para solicitar una protección continua (exención de prima) directamente con el proveedor de seguro de vida. Debe solicitar una protección continua (exención de prima) dentro de los 9 meses posteriores a la fecha de incapacidad.

Durante el período de espera para la protección continua (exención de prima), una pérdida estaría cubierta bajo el beneficio por fallecimiento extendido del plan si usted estaba total y permanentemente discapacitado en el momento de la pérdida. Cualquier póliza de conversión vigente se entregaría en este momento y las primas pagadas por la póliza de conversión se reembolsarían.

Una pérdida durante el período de espera de protección continua (exención de prima) donde no se considere que usted estaba discapacitado en el momento de la pérdida requeriría que una póliza de conversión esté vigente para que una reclamación sea pagadera.

Descripción del plan en línea

Podrá revisar cualquiera de las disposiciones del seguro de vida y accidentes con más detalle a través del sitio web del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach en: <http://l.sdpbc.net/do6q6>

Asistencia en viajes con soluciones de robo de identidad

Para complementar su cobertura de seguro MetLife, tiene acceso a asistencia en viajes, un servicio de viaje especial administrado por AXA Assistance USA, Inc. (AXA) a través de un acuerdo de marketing con MetLife. La asistencia en viajes le ofrece a usted y a sus dependientes servicios de asistencia médica, de viaje, de conserjería y legal y financiera en todo el mundo, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Cobertura de asistencia en viajes

Mientras viajan internacional o nacionalmente, dos participantes tienen acceso a asistencia médica si enfrentan una emergencia. Con una simple llamada telefónica, usted y sus dependientes tendrán acceso a:

- Más de 600,000 proveedores precalificados en todo el mundo;
- Servicio de ambulancia aérea y terrestre;
- Personal multilingüe capacitado que puede asesorarlo y ayudarlo rápida y profesionalmente en una emergencia de viaje..

Información general de viajes

Antes de viajar, puede visitar el sitio web de AXA Assistance para obtener información sobre su visa, pasaporte, requisitos de vacunación y costumbres locales, así como información previa a la salida las 24 horas sobre el clima, moneda y mucho más.

Soluciones de robo de identidad

Usted y sus dependientes también tienen acceso a soluciones de robo de identidad, un beneficio accesible mientras está en casa o viajando.

Este servicio ofrece:

- Educación y protección: un conjunto de herramientas de riesgo y prevención de robo de identidad y una guía de resolución;
- Orientación personal: asistencia para presentar y obtener informes policiales y de crédito, contactar a los departamentos de fraude de acreedores, hacer un inventario de artículos perdidos o robados y más
- Servicios de conserjería: también se incluyen servicios de conserjería diseñados para cumplir con diversas solicitudes de viaje y entretenimiento, así como arreglos para servicios relacionados con negocios como reservas de vuelos, hoteles y cenas, información general de destinos y transporte, guías de la ciudad y mucho más.

Este resumen proporciona una descripción general de los beneficios de su plan. Estos beneficios están sujetos a los términos y condiciones del contrato entre Metropolitan Life Insurance Company y el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach. Los detalles específicos sobre estas disposiciones se pueden encontrar en el certificado de seguro de vida y accidentes emitido por MetLife. Si tiene preguntas adicionales sobre su seguro de vida o accidentes, comuníquese con su administrador de beneficios.

La cobertura está suscrita por: Metropolitan Life Insurance Company, 200 Park Avenue, New York, NY 10166.

Un certificado de cobertura para su plan de seguro de vida colectivo está disponible en línea en <http://l.sdpbc.net/do6q6> o se puede acceder comunicándose con Gestión de Riesgos y Beneficios .

Planes de inversión para la jubilación



Cómo inscribirse

Los empleados pueden inscribirse en planes de Inversión para el retiro voluntario en cualquier momento del año. Los empleados también pueden aumentar, disminuir o suspender las deducciones en cualquier momento utilizando PeopleSoft.

Planes diferidos 403(b) Tradicional, Roth y 457(b)

¿Desea comenzar a ahorrar, pero no está seguro de dónde invertir?

Consulte la lista de proveedores de nuestro distrito a continuación o en el sitio web www.tsacg.com. Debe comunicarse directamente con ellos para abrir una cuenta.

Todos los empleados que reciben un formulario W-2 cada año pueden participar en cualquiera de los planes de jubilación voluntarios.

Visite nuestro sitio web para obtener información importante:

<http://l.sdpbc.net/16qdu>

Tradicional antes de impuestos

El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach brinda la oportunidad a los empleados elegibles de realizar inversiones con protección fiscal a través de deducciones de nómina de acuerdo con el Código de Rentas Internas 403(b) y 403(b)(7). No tendrá que pagar impuesto federal sobre la renta sobre el dinero que invierta hasta que el dinero sea retirado. Esta es una forma inteligente de ahorrar dinero para la jubilación.

Roth después de impuestos

Los planes Roth le permiten invertir fondos de su salario sobre una base después de impuestos. Sus inversiones crecerán libres de impuestos y no tendrá que pagar ningún impuesto sobre la renta sobre las inversiones o ganancias cuando los fondos se retiren después de que se jubile o califique de otra manera. La mayoría de los proveedores en esta página también administran los planes Roth.

Visite: www.tsacg.com/individual/plan-sponsor/florida/school-district-of-palm-beach-county para obtener una lista completa de qué programa ofrece cada proveedor.

Los empleados pueden usar la sección “Planes de ahorro para la jubilación” de PeopleSoft para inscribirse en estos beneficios. Primero se debe establecer una cuenta con un proveedor participante antes de que puedan comenzar las deducciones de nómina.

Los “Planes de ahorro para la jubilación” también se pueden usar para aumentar o disminuir sus contribuciones actuales con solo iniciar sesión en “Mis beneficios/Plan de ahorro para la jubilación” y luego hacer clic en “Sí” y en el botón “EDITAR” de su plan de ahorro actual. Debe presionar la tecla “Tab” para guardar los cambios.

Comuníquese con el agente/corredor registrado de la compañía de su elección para conocer las opciones de inversión y programar una cita con un representante de la compañía:

Corebridge

Elaine Roberts - (561) 684-3775 /
(954) 946-1765 / (800) 448-2542

Buttelman & Associates Financial Services (GWN)

Michael Buttelman -
(561) 965-1000, ext. 1237

Equitable

Michael Goldberg - (954) 298-9977

Fidelity Retirement Services

(No Agent of Record) - (800) 343-0860

Group Code for 403(b): 88020 ; 457 86608

Horace Mann

Brooks Hannula - (561) 894-7933

Lincoln Investment

Mike Mracna - (561) 649-9200

MetLife

Kristina Bergman - (561) 207-2311

National Life Group a.k.a LSW

Tracee Williams - (800) 579-2878

PFS Investments (Primerica)

R. Ken Sloan - (561) 635-0947

Quick Enroll Plan B - (833) 264-1502

Voya Financial

Keista Ransom - (877) 882-5050

Voya Reliastar

Keista Ransom - (877) 882-5050

Plan de protección contra robo de identidad



¡NUEVO! PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA ROBO DE IDENTIDAD

El robo de identidad es el delito que crece con más rapidez en Estados Unidos, donde se produce un robo de identidad cada cuatro segundos.

ID Commander, líder en protección proactiva contra el robo de identidad, utiliza diversas herramientas punteras en el sector para ayudar a protegerlo del delito del robo de identidad, cada vez más frecuente:

- Monitoreo y alertas de identidad avanzados
- Póliza de seguro de robo de identidad de \$1 millón, con deducible de \$0
- Restauración de identidad total
- Asistencia de billetera extraviada 24/7
- Software de protección informática galardonado

Los planes integrales de protección contra el robo de identidad de ID Commander están disponibles tanto para individuos como para familias, con acceso completo a los beneficios desde el momento en que comienza la membresía. El Plan de Protección Familiar de ID Commander ofrece un programa de gestión doméstica y brinda a los miembros de la familia las herramientas y los datos necesarios para gestionar de forma proactiva la seguridad de sus identidades.

Si sucede lo peor y usted es víctima de un robo de identidad mientras está cubierto por ID Commander, restauraremos su identidad y cualquier cuenta de crédito relacionada al estado anterior al robo. Sin límites, sin letra pequeña, sin “garantía de servicio”. Además, si sufre algún gasto cubierto como resultado de una infracción, estará cubierto por una póliza de seguro real que le proporcionará dinero por las pérdidas elegibles.

Deducción salarial por período de pago

Deducciones	22	24
Individual	\$ 5.73	\$ 5.25
Familia	\$12.28	\$ 11.25

Plan de protección Ultimate

Incluye los siguientes beneficios valiosos:

Restauración:

- Restauración de identidad de servicio complete
- Asistencia de billetera perdida 24/7
- Póliza de seguro de \$1 millón
- Centro de recursos de seguridad de identidad

Detección:

- Monitoreo y alertas de vigilancia en Internet
- Monitoreo y alertas de Seguro Social¹
- Monitoreo y alertas de cambio de domicilio
- Monitoreo y alertas judiciales/penales
- Monitoreo y alertas de delincuentes sexuales
- Monitoreo y alertas de préstamos de día de pago
- Software antivirus/antispyware
- Software *antiphishing* y *antispam*
- Cortafuegos de software
- Bóveda digital
- Destructora de archivos digital

¹El miembro debe proporcionar su número de Seguro Social para que la función de rastreo del SSN pueda monitorear la actividad del SSN.

Nota: se requiere una dirección de correo electrónico para recibir notificaciones.

Tome el control de su futuro con ID Commander.

La inscripción en línea es sencilla:

Visite IDCommander.com/pbcs para inscribirse en el plan de robo de identidad de ID Commander hoy mismo!

El plan ID Commander ofrece la comodidad de la deducción salarial. (Consulte la tabla anterior.)

Beneficios especiales de Trustmark®



El seguro voluntario puede pagar beneficios en efectivo a usted o a sus beneficiarios cuando más se necesita ese dinero. Proteja a su familia, sus finanzas y su futuro con estos valiosos beneficios de Trustmark:

Seguro Trustmark Universal LifeEvents® con beneficio por fallecimiento acelerado para servicios de cuidado a largo plazo

Trustmark Universal Life y Universal LifeEvents son seguros de vida permanentes con un beneficio por fallecimiento acelerado que puede brindar protección contra los altos costos de los servicios de cuidado a largo plazo. Cuenta con tarifas que no aumentarán debido a la edad, y acumula valor en efectivo con el tiempo.

La opción Universal LifeEvents® proporciona un beneficio por fallecimiento más alto (por la misma tarifa) durante sus años laborales, cuando su necesidad de protección es mayor. Después de los 70 años, el beneficio por fallecimiento se reduce a un tercio, pero el beneficio por fallecimiento acelerado para servicios de cuidado a largo plazo nunca se reduce.

Seguro Trustmark Critical HealthEvents®

Una enfermedad grave puede conllevar costos ocultos, incluso si tiene seguro médico. Trustmark Critical HealthEvents es un seguro de enfermedades graves que le paga directamente (independientemente de su seguro médico) si le diagnostican cáncer, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular, o una afección cubierta relacionada.

Trustmark Critical HealthEvents ofrece beneficios de por vida con un beneficio máximo que se actualiza cada. Cubre no solo las enfermedades más graves, sino también las etapas iniciales y la detección temprana de enfermedades graves.

También hay aumentos disponibles para los titulares de pólizas con el plan tradicional de enfermedades graves de Trustmark.

Seguro de accidentes Trustmark

El seguro de accidentes de Trustmark le paga directamente a usted los beneficios por un accidente cubierto y los servicios para ayudar a tratarlo, por ejemplo, deducibles, copagos, gastos de transporte y alojamiento, y facturas diarias.

Paga beneficios por diversos accidentes inesperados fuera del trabajo que están cubiertos, como fracturas, dislocaciones, quemaduras y conmociones cerebrales, y por servicios cubiertos como transporte en ambulancia, hospitalizaciones, fisioterapia y más.

Trustmark Hospital StayPay®

Las hospitalizaciones pueden ser muy costosas y es posible que el seguro médico no cubra todos los gastos. Trustmark Hospital StayPay le ayuda a que su hospitalización sea asequible. Está diseñado para complementar su plan médico, de modo que pueda sentirse más seguro con su protección.

Hospital StayPay le paga un beneficio en efectivo al momento de su ingreso al hospital y otro por cada día que pase allí. Con Hospital StayPay, podrá preocuparse menos por sus facturas y concentrarse en su recuperación.

Con todas las ventajas de Trustmark:

- Llévase su póliza consigo si cambia de trabajo o se jubila.
- Pague cómodamente mediante deducción salarial.
- Solicítelo tanto para usted como para sus familiares.

Inscripción

El período de beneficios voluntarios es una oportunidad para conocer y suscribirse a estos productos de Trustmark. A lo largo del año se le enviará por correo electrónico información sobre cómo programar una cita virtual con un representante de FBMC. La inscripción en los productos de Trustmark solo está disponible a través de su representante de FBMC.

Regístrese en su portal de Trustmark hoy mismo.

Consulte la siguiente página para obtener más información.

Suscrito por Trustmark Insurance Company, Lake Forest, Illinois. Las condiciones de suscripción pueden variar y determinan la elegibilidad para la oferta del seguro. El beneficio por fallecimiento de Universal LifeEvents se reduce a un tercio a los 70 años o al 15.º aniversario de la póliza, lo que sea posterior; la edad de emisión es de 18 a 64 años. Pueden aplicarse limitaciones por afecciones preexistentes. Los beneficios, la disponibilidad, las exclusiones y las limitaciones pueden variar según el estado y pueden tener nombres distintos. Su póliza incluirá información completa. Trustmark®, LifeEvents®, Trustmark Critical HealthEvents® y Trustmark Hospital StayPay® son marcas registradas de Trustmark Insurance Company. Este es un complemento al seguro médico. No sustituye al seguro de gastos médicos u hospitalarios, al contrato de una organización de mantenimiento de la salud (HMO) ni al seguro de gastos médicos importantes. Productos asegurados por Trustmark Insurance Company.

Beneficios especiales de Trustmark

Los portales de Beneficios Voluntarios de Trustmark para titulares de pólizas están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, lo que facilita la interacción con nosotros en línea en TrustmarkVB.com o por teléfono.



Los titulares de pólizas pueden iniciar sesión en computadoras portátiles, dispositivos móviles o tabletas para ver sus pólizas personales y los detalles de sus beneficios, actualizar su información personal y de contacto, presentar rápidamente reclamaciones en línea y habilitar actualizaciones por mensaje de texto sobre el estado de las reclamaciones, y cambiar a facturas directas o realizar pagos en línea.



Notificación de COBRA

Información importante sobre la cobertura de continuación

¿Qué es la cobertura de continuación?

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) otorga a los trabajadores y sus familias que pierden sus beneficios de salud el derecho a elegir continuar con los beneficios de salud colectivos proporcionados por su plan de salud colectivo por períodos limitados de tiempo bajo ciertas circunstancias, tales como pérdida voluntaria o involuntaria del trabajo, reducción en las horas trabajadas, transición entre trabajos, fallecimiento, divorcio y otros eventos de vida. Este derecho se extiende a la FSA de atención de salud de su plan.

Cada beneficiario calificado que elija la cobertura de continuación tendrá los mismos derechos bajo el plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos bajo el plan, incluidos los derechos de inscripción especial.

¿Cuánto tiempo durará la Cobertura de Continuación?

Los beneficiarios de COBRA generalmente son elegibles para cobertura colectiva durante un máximo de 18 meses para eventos calificativos debido a la terminación del empleo o reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos calificativos, o un segundo evento calificativo durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

Para las FSA de atención de salud, la cobertura de continuación generalmente se limita al resto del año del plan en el que ocurre su evento calificativo, si aún no ha recibido, como reembolso, el beneficio máximo disponible bajo la cuenta para el año. Por ejemplo, si eligió un beneficio de FSA de atención de salud de \$1,000 para el año del plan y ha recibido solo \$200 en reembolso, puede continuar su FSA de atención de salud por el resto del año del plan o hasta el momento en que reciba el beneficio máximo de FSA de atención de salud de \$1,000.

Si su empleador financia la totalidad o una parte de su FSA de atención de salud, puede ser elegible para continuar su FSA de atención de salud más allá del año del plan en el que ocurre su evento calificativo y puede tener derechos de inscripción abierta en el próximo período de inscripción abierta. Existen reglas especiales de continuación para las FSA de atención de salud financiadas por el empleador.

Si tiene preguntas sobre su FSA de atención de salud, llame a:

Inspira Financial

(844) 729-3539

mybenefits.inspirafinancial.com/

También puede obtener una copia de su aviso de elección de COBRA (Médico, Dental y Visión) contactando a Benefits Outsource, Inc. por correo electrónico: cobra@boibenefits.com, o por correo postal: Benefits Outsource, Inc. (BOI), 5599 S. University Drive, Suite 201, Davie, FL 33328, o llamando al 1-888-877-2780.

La cobertura de continuación se finalizará antes del final del período máximo si:

- A. no se paga a tiempo cualquier prima requerida, o
- B. un beneficiario calificado queda cubierto por otro plan de salud colectivo que no impone ninguna exclusión por afecciones preexistentes para una afección preexistente del beneficiario calificado, o
- C. si un empleado cubierto se inscribe en Medicare, o
- D. si el empleador deja de ofrecer cualquier plan de salud colectivo a sus empleados.

¿Cómo se puede ampliar la duración de la cobertura de continuación?

Para planes de salud colectivos (excepto FSA de atención de salud): si elige la cobertura de continuación, puede estar disponible una extensión del período máximo de 18 meses de cobertura si un beneficiario calificado está discapacitado o si ocurre un segundo evento calificativo. Debe notificar a BOI sobre una incapacidad o un segundo evento calificativo para extender el período de cobertura de continuación. La falta de notificación de una incapacidad o segundo evento calificativo puede afectar el derecho a extender el período de cobertura de continuación.

Incapacidad: puede estar disponible una extensión de cobertura de 11 meses si alguno de los beneficiarios calificados está discapacitado. La administración del seguro social (SSA) debe determinar que el beneficiario calificado estaba discapacitado en algún momento durante los primeros 60 días de cobertura de continuación, y usted debe notificar a BOI de ese hecho dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la SSA y antes del final de los primeros 18 meses de cobertura de continuación. Todos los beneficiarios calificados que hayan elegido la cobertura de continuación y califiquen tendrán derecho a la extensión por incapacidad de 11 meses. Si la SSA determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado, debe notificar a BOI de ese hecho dentro de los 30 días posteriores a la determinación de la SSA.

Segundo evento calificativo

Estará disponible un plazo de cobertura adicional de 18 meses para los cónyuges e hijos dependientes que elijan continuar con la cobertura si se produce un segundo evento calificativo durante los primeros 18 meses de cobertura continua, lo que da como resultado un plazo máximo de cobertura continua de 36 meses. Dichos segundos eventos calificativos incluyen el fallecimiento de un empleado cubierto, el divorcio o la separación del empleado cubierto o el hecho de que un hijo dependiente deje de ser elegible para recibir cobertura como dependiente en virtud del plan. Debe notificar a la BOI en un plazo de 60 días después de que se produzca un segundo evento calificativo.

¿Cómo puede elegir la cobertura de continuación?

Cada beneficiario calificado tiene un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación. Por ejemplo, tanto el empleado como el cónyuge del empleado, o solo uno de ellos, pueden elegir la cobertura de continuación. Los padres pueden elegir continuar la cobertura en nombre de sus hijos dependientes solamente. Un beneficiario calificado debe elegir la cobertura antes de la fecha especificada en el formulario de elección de COBRA. No hacerlo resultará en la pérdida del derecho a elegir la cobertura de continuación bajo el plan. Un beneficiario calificado puede cambiar un rechazo previo de cobertura de continuación en cualquier momento hasta esa fecha.

Usted debe tener en cuenta que no continuar con su cobertura de salud colectiva afectará sus derechos futuros bajo la ley federal. Primero, puede perder el derecho a evitar que se le apliquen exclusiones por condiciones preexistentes por parte de otros planes de salud colectivos si tiene una brecha de más de 63 días en la cobertura de salud, y la elección de la cobertura de continuación puede ayudarlo a no tener dicha brecha. Segundo, perderá el derecho garantizado a comprar pólizas de seguro de salud individuales que no impongan tales exclusiones por condiciones preexistentes si no obtiene la cobertura de continuación por el tiempo máximo disponible para usted. Finalmente, debe tener en cuenta que tiene derechos especiales de inscripción bajo la ley federal. Tiene derecho a solicitar una inscripción especial en otro plan de salud colectivo para el cual sea elegible (como un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge) en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que finalice su cobertura de salud colectiva debido al evento calificativo mencionado anteriormente. También tendrá el mismo derecho de inscripción especial al final de la cobertura de continuación si obtiene la cobertura de continuación por el tiempo máximo disponible para usted.

Notificación de COBRA

Mantenga informado a su plan sobre los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informados a su empleador y a Inspira/FBMC sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe a su empleador y a Inspira/FBMC.

En el caso de los afiliados continuos inscritos en COBRA, las notificaciones de cambio de domicilio deben comunicarse a Benefits Outsource, Inc. (BOI), por correo electrónico: cobra@boibenefits.com; correo postal: Benefits Outsource, Inc. (BOI), 5599 S. University Drive, Suite 201, Davie, FL 33328 o llamando al 1-888-877-2780.

Para obtener más información sobre la FMLA, acuda a la oficina más cercana de la División de Salarios y Horas, que figura en la mayoría de las guías telefónicas bajo "Gobierno de Estados Unidos, Departamento de Trabajo de Estados Unidos".

Pagos periódicos para la cobertura de continuación

Después de realizar su primer pago para la cobertura de continuación, se le requerirá pagar la cobertura de continuación para cada mes posterior de cobertura. Bajo el plan, estos pagos periódicos para la cobertura de continuación vencen el primer día de cada mes. Las instrucciones para enviar sus pagos periódicos para la cobertura de continuación se mostrarán en su formulario de aviso de elección de COBRA. BOI enviará cupones mensuales para su uso al realizar pagos periódicos.

Los pagos periódicos para la cobertura de continuación deben enviarse a:

Benefits Outsource, Inc. (BOI)
5599 S. University Drive, Suite 201
Davie, FL 33328

Períodos de gracia para pagos periódicos

Si bien los pagos periódicos vencen el primer día del mes, se le dará un período de gracia de 30 días para realizar cada pago periódico. Su cobertura de continuación se proporcionará para cada período de cobertura siempre que el pago para ese período de cobertura se realice antes del final del período de gracia para ese pago. Si paga un pago periódico más tarde de su fecha de vencimiento pero durante su período de gracia, su cobertura bajo el plan se suspenderá a partir de la fecha de vencimiento y luego se restablecerá retroactivamente (volviendo a la fecha de vencimiento) cuando se realice el pago periódico. Esto significa que cualquier reclamación que presente por beneficios mientras su cobertura está suspendida puede ser denegado y puede tener que volver a presentarse una vez que se restablezca su cobertura. Si no realiza un pago periódico antes del final del período de gracia para ese pago, perderá todos los derechos a la cobertura de continuación del plan.

Aviso general sobre la cobertura de continuación de COBRA

Introducción a los derechos

Recibe este aviso porque recientemente ha pasado a estar cubierto bajo un plan de salud colectivo patrocinado por el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach (el plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el plan. El derecho a la cobertura de continuación COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación COBRA puede estar disponible para usted y para otros miembros de su familia que están cubiertos bajo el plan cuando de otro modo perdería su cobertura de salud colectiva.

Este aviso explica generalmente la cobertura de continuación COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger el derecho a recibirla. Este aviso ofrece solo un resumen de sus derechos de cobertura de continuación COBRA. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el plan y bajo la ley federal, debe revisar la descripción resumida del plan o obtener una copia del documento del plan del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach (Gestión de Riesgos y Beneficios).

Cobertura de continuación COBRA

La cobertura de continuación COBRA es una continuación de la cobertura del plan cuando la cobertura terminaría de otro modo debido a un evento de vida conocido como un "evento calificativo". Los eventos calificativos específicos se enumeran más adelante en este aviso. La cobertura de continuación COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Un beneficiario calificado es alguien que perderá la cobertura bajo el plan debido a un evento calificativo. Dependiendo del tipo de evento calificativo, los empleados, cónyuges de empleados e hijos dependientes de empleados pueden ser beneficiarios calificados. Bajo el plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación COBRA deben pagar por la cobertura de continuación COBRA.

El mercado de seguros médicos es una alternativa de cobertura de atención médica disponible para usted y su(s) dependiente(s).

A partir de la inscripción abierta en 2025, con fecha de entrada en vigor el 1 de enero de 2026, podrá adquirir cobertura a través del mercado de seguros médicos. En el mercado, podría ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce de inmediato sus primas mensuales. Puede ver cuáles serán la prima, los deducibles y los costos de bolsillo antes de tomar la decisión de inscribirse. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura de un crédito fiscal a través del Mercado. Además, si solicita la inscripción dentro de los 30 días, puede calificar para una oportunidad de inscripción especial para otro plan de salud colectivo para el cual sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si el plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Cuánto cuesta la cobertura de continuación?

Generalmente, es posible que se requiera que cada beneficiario calificado pague el costo total de la cobertura de continuación. Este monto no puede exceder el 102 por ciento del costo para el plan de salud colectivo (incluyendo las contribuciones del empleador y del empleado) para la cobertura de un participante o beneficiario del plan en situación similar que no recibe cobertura de continuación (o, en el caso de una extensión de cobertura de continuación debido a una incapacidad, el 150 por ciento). Para las FSA de atención de salud, el costo para la continuación de la cobertura es un monto mensual calculado y basado en el monto que estaba pagando a través de reducciones salariales antes de impuestos antes del evento calificativo.

¿Cuándo y cómo deben realizarse los pagos para la cobertura de continuación?

Primer pago para la cobertura de continuación: si elige la cobertura de continuación, no tiene que enviar ningún pago para la cobertura de continuación con el formulario de elección de COBRA. Sin embargo, debe realizar su primer pago para la cobertura de continuación dentro de los 45 días posteriores a la fecha de su elección. (Esta es la fecha en que el aviso de elección tiene el matasello, si se envía por correo). Si no realiza su primer pago para la cobertura de continuación dentro de esos 45 días, perderá todos los derechos de cobertura de continuación del plan.

Su primer pago debe cubrir el costo de la cobertura de continuación desde el momento en que su cobertura bajo el plan hubiera terminado de otro modo hasta el momento en que realice el primer pago. Usted es responsable de asegurarse de que el monto de su primer pago sea suficiente para cubrir todo este período. Puede comunicarse con BOI para confirmar el monto correcto de su primer pago.

Su primer pago para la cobertura de continuación debe enviarse a:

Benefits Outsource, Inc. (BOI)
5599 S. University Drive, Suite 201
Davie, FL 33328

Notificación de COBRA

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el plan porque ocurre uno de los siguientes eventos calificativos:

1. Sus horas de empleo se reducen, o
2. Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su falta grave.

Si usted es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos calificativos:

1. Su cónyuge fallece;
2. Las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
3. El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su falta grave;
4. Su cónyuge se inscribe en Medicare (parte A, parte B, o ambas); o
5. Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge. Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del plan debido a que ocurre alguno de los siguientes eventos calificados:

- A. El padre-empleado fallece;
- B. Las horas de empleo del padre-empleado se reducen;
- C. El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su falta grave;
- D. El padre-empleado se inscribe en Medicare (parte A, parte B, o ambas);
- E. Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- F. El hijo deja de ser elegible para cobertura bajo el plan como un "hijo dependiente".

A veces, presentar un procedimiento de quiebra bajo el Título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un evento calificativo. Si se presenta un procedimiento de quiebra con respecto al Distrito Escolar del Condado de Palm Beach, y esa quiebra resulta en la pérdida de cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto bajo el plan, el empleado jubilado es un beneficiario calificado con respecto a la quiebra. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también serán beneficiarios calificados si la quiebra resulta en la pérdida de su cobertura bajo el plan.

El plan ofrecerá cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que BOI haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificativo. Cuando el evento calificativo es el fin del empleo o la reducción de horas de empleo, fallecimiento del empleado, inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador o inscripción del empleado en Medicare (Parte A, Parte B o ambas), BOI ofrecerá cobertura de continuación COBRA a cada beneficiario calificado.

Para los otros eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o que un hijo dependiente pierda la elegibilidad para cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar a BOI. El plan requiere que notifique a BOI dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificativo. Benefits Outsource, Inc. (BOI), 5599 S. University Drive, Suite 201, Davie, FL 33328.

Una vez que BOI reciba el aviso de que ha ocurrido un evento calificativo, se ofrecerá cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Para cada beneficiario calificado que elija la cobertura de continuación COBRA, la cobertura de continuación COBRA comenzará en la fecha en que la cobertura del plan se hubiera perdido de otro modo.

La cobertura de continuación COBRA es una continuación temporal de la cobertura. Cuando el evento calificativo es el fallecimiento del empleado, la inscripción del empleado en Medicare (parte A, parte B o ambas), su divorcio o separación legal, o que un hijo dependiente pierda la elegibilidad como hijo dependiente, la cobertura de continuación COBRA dura hasta 36 meses.

Cuando el evento calificativo es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, la cobertura de continuación COBRA dura hasta 18 meses. Hay dos formas de extender este período de 18 meses de cobertura de continuación COBRA.

Extensión por incapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación

Si usted o cualquier miembro de su familia cubierto bajo el plan es determinado por la administración del seguro social (SSA) como discapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de cobertura de continuación COBRA y notifica a BOI de manera oportuna, usted y toda su familia pueden recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, para un máximo total de 29 meses. Debe asegurarse de que BOI sea notificado de la determinación de la administración del seguro social dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la determinación y antes del final del período de 18 meses de cobertura de continuación COBRA.

Este aviso debe enviarse a:

Benefits Outsource, Inc. (BOI)
5599 S. University Drive, Suite 201
Davie, FL 33328

Al aviso debe adjuntar una copia de la carta de determinación de la SSA.

Extensión por segundo evento calificativo del período de 18 meses de cobertura de continuación

Si su familia experimenta otro evento calificativo mientras recibe cobertura de continuación COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, hasta un máximo de 36 meses. Esta extensión está disponible para el cónyuge e hijos dependientes si el ex empleado fallece, se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B, o ambas), o se divorcia o se separa legalmente. La extensión también está disponible para un hijo dependiente cuando ese hijo deja de ser elegible bajo el plan como un hijo dependiente. En todos estos casos, debe asegurarse de que BOI sea notificado del segundo evento calificativo dentro de los 60 días posteriores al segundo evento calificativo.

Este aviso debe enviarse a:

Benefits Outsource, Inc. (BOI)
5599 S. University Drive, Suite 201
Davie, FL 33328

Debe adjuntar una copia de la documentación de respaldo aplicable al aviso (p. ej., el decreto de divorcio, certificado de defunción).

Para más información

Esta sección de preguntas y respuestas sobre COBRA no describe completamente la cobertura de continuación ni otros derechos que le corresponden en virtud del plan. Su empleador le puede brindar más información sobre la cobertura de continuación y sus derechos en virtud del plan.

Más allá de sus beneficios

Seguro Social

El seguro social consta de dos componentes fiscales: el componente FICA u OASDI (el impuesto para el seguro de vejez, sobrevivientes e incapacidad) y el componente Medicare. Se aplica un salario máximo separado sobre el cual se evalúa el impuesto a ambos componentes fiscales. No hay un salario anual gravable máximo para Medicare. El salario anual gravable máximo para FICA está sujeto a cambios regulatorios federales. Si su salario anual después de la reducción salarial está por debajo del límite salarial máximo para FICA, está reduciendo la cantidad de impuestos que paga y sus beneficios del seguro social pueden reducirse al momento de la jubilación. Sin embargo, los ahorros fiscales realizados a través del plan de beneficios flexibles generalmente superan la reducción del seguro social. Llame a atención al cliente de FBMC al 1-855-5MYFBMC (1-855-569-3262) para obtener una aproximación.

Deducciones detalladas

La parte de su salario reservada para primas de beneficios antes de impuestos y cuentas de gastos flexibles a través de los planes del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach no se incluirá en el salario gravable ni se informará al IRS en su formulario W-2. Sin embargo, sus contribuciones anualizadas a la FSA de cuidado de dependientes aparecerán en su formulario W-2 como un elemento no gravable. No tendrá que reclamar estos pagos como deducciones al final del año calendario. Sus deducciones antes de impuestos no pueden usarse como deducciones detalladas para fines del impuesto sobre la renta al final del año calendario.

Derechos especiales de inscripción relacionados con beneficios médicos

Si rechaza la inscripción para usted o su dependiente (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de plan de salud, es posible que en el futuro pueda inscribirse usted o su dependiente en el plan del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach, siempre que solicite la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la otra cobertura.

Descargo de responsabilidad: beneficios de seguro de salud proporcionados en virtud de plan(es) de seguro de salud

El Plan de Beneficios Flexibles del Distrito Escolar del Condado de Palm Beach no proporcionará beneficios de seguro médico, sino que estos serán proporcionados por los certificados de cobertura del/de los plan(es) de seguro de salud. Los tipos y montos de beneficios de seguro de salud disponibles bajo el/los plan(es) de seguro de salud, y los otros términos y condiciones de cobertura y beneficios del/de los plan(es) de seguro de salud se establecen de vez en cuando en los certificados de cobertura del/de los plan(es) de seguro de salud. Todos las reclamaciones para recibir beneficios bajo el/los plan(es) de seguro de salud estarán sujetos a y regidos por los términos y condiciones de los certificados de cobertura del/de los plan(es) de seguro de salud.

Aviso de capacidad del administrador

Este aviso informa a las personas aseguradas sobre la identidad y relación entre el administrador del contrato, el titular de la póliza y la aseguradora:

- 1. Administrador del contrato:** FBMC Benefits Management (FBMC) ha sido autorizado por su empleador para prestar servicios administrativos para los planes de seguro de su empleador ofrecidos dentro de su programa de beneficios. En algunos casos, FBMC también puede estar autorizado por una o más de las compañías de seguros que suscriben los beneficios para proporcionar ciertos servicios, incluyendo, pero no limitado a: marketing; facturación y cobro de primas; y procesamiento de pagos de reclamaciones de seguros. FBMC no es el titular de la póliza ni el asegurador.
- 2. Titular de la póliza:** esta es la entidad a quien se ha emitido la póliza de seguro; el empleador es el titular de la póliza para productos de seguro colectivo y el empleado es el titular de la póliza para productos individuales. El titular de la póliza se identifica en la página frontal o en la página de programación de la póliza o certificado.
- 3. Aseguradora:** las aseguradoras que se indican aquí han sido seleccionadas por su empleador y son responsables de los fondos para pagar sus reclamaciones de seguro.

Si FBMC está autorizado para procesar reclamaciones para la aseguradora, lo haremos puntualmente.

En caso de que se produzcan retrasos en la tramitación de las reclamaciones, usted no tendrá más derechos a intereses u otras indemnizaciones contra FBMC que los que le correspondan por ley. FBMC no es una aseguradora.

Declaración de privacidad de FBMC

Esta declaración se aplica a productos administrados por FBMC Benefits Management, Inc. y sus subsidiarias de propiedad total, incluida VISTA Management Company (colectivamente "FBMC"). FBMC toma su privacidad muy en serio. Como proveedor de productos y servicios que implican recopilar información personal, y a veces sensible, proteger la confidencialidad de esa información ha sido, y continuará siendo, una prioridad máxima de FBMC. Esta Declaración de privacidad explica cómo FBMC maneja y protege la información personal que recopilamos. Tenga en cuenta que la información que recopilamos y la medida en que la usamos variará dependiendo del producto o servicio involucrado. En muchos casos, es posible que no recopilemos todos los tipos de información que se indican a continuación. Tenga en cuenta que esta Declaración de privacidad no pretende ser un Aviso de privacidad tal y como lo define la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), en su versión modificada.

La declaración de privacidad de FBMC es la siguiente:

- 1. Recopilamos solo la información del cliente necesaria para entregar consistentemente servicios receptivos.** FBMC recopila información que ayuda a satisfacer sus necesidades, proporcionar altos estándares de servicio al cliente y cumplir con los requisitos legales y reglamentarios. Las fuentes y tipos de información recopilada generalmente varían dependiendo de los productos o servicios que solicite y pueden incluir:
 - Información proporcionada en formularios de inscripción y relacionados: por ejemplo, nombre, edad, dirección, número de seguro social, dirección de correo electrónico, ingreso anual, historial de salud, estado civil e información del cónyuge y beneficiarios.
 - Respuestas de usted y otros, como información relacionada con su empleo y cobertura de seguro.
 - Información sobre sus relaciones con nosotros, como productos y servicios comprados, historial de transacciones, historial de reclamaciones y primas.
 - Información de hospitales, médicos, laboratorios y otras compañías sobre su condición de salud, utilizada para procesar reclamaciones y prevenir fraudes.
- 2. Según la Ley Federal, usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida.** Tiene derecho a ver y copiar la información, recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones de la información y, bajo ciertas circunstancias, enmendar la información. También tiene derecho a presentar una queja ante su Empleador o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad.
- 3. Mantenemos medidas de seguridad para garantizar la protección de la información. Nos comprometemos a impedir el acceso no autorizado a la información personal.** Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento para proteger la información personal. Restringimos el acceso a la información personal a los empleados, aseguradoras y proveedores de servicios que necesitan conocer dicha información para proporcionarle productos o servicios.
- 4. Limitamos cómo y con quién compartimos la información del cliente.** No vendemos listas de nuestros clientes y en ninguna circunstancia compartimos información de salud personal con fines de marketing. Con las siguientes excepciones, no divulgaremos su información personal sin su autorización por escrito. Podemos compartir su información personal con compañías de seguros con las que está solicitando cobertura o a las que está presentando una reclamación. Compartiremos información personal de los participantes con el encargado del registro del plan. También podemos divulgar información personal según lo permitido o requerido por la ley o regulación. Por ejemplo, podemos divulgar información para cumplir con una consulta de una agencia gubernamental o regulador, en respuesta a una citación o para prevenir fraudes. Si ya no tiene una relación de cliente con nosotros, seguiremos tratando su información bajo nuestra Política de Privacidad; las palabras "usted" y "cliente" se utilizan para significar cualquier individuo que obtiene o ha obtenido un producto o servicio de seguro o financiero de FBMC que se utilizará principalmente para fines personales o familiares.

Parte D de Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach y la cobertura de medicamentos recetados disponible para las personas con Medicare.

Certificado de cobertura acreditable de Medicare parte D

También explica las opciones que tiene bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no. Al final de este aviso hay información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare mediante planes de medicamentos recetados de Medicare y Planes Medicare Advantage que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más elevada.
2. El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por UnitedHealthcare es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como pagará la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y se considera cobertura acreditable.

Debido a que su cobertura existente es en promedio al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare, puede mantener esta cobertura y no pagar extra si decide inscribirse más tarde en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre y cuando se vuelven elegibles por primera vez para Medicare. Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos recetados acreditable actual por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y abandonar su cobertura de medicamentos recetados de UnitedHealthcare, tenga en cuenta que no podrá recuperar esta cobertura. La cobertura de medicamentos recetados es parte del plan de seguro médico total ofrecido por UnitedHealthcare y no se puede comprar por separado.

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre lo que sucede con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si abandona su cobertura con el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach y se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, no podrá recuperar esta cobertura más tarde. Debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Su cobertura actual paga otros gastos de salud, además de los medicamentos recetados, y aún será elegible para recibir todos sus beneficios de salud y medicamentos recetados actuales si elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura con el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach y no se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su cobertura actual, puede pagar más (una multa) para inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más tarde.

Si pasa 63 días o más sin cobertura de medicamentos recetados que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual aumentará al menos un 1 por ciento por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura, su prima siempre será al menos un 19 por ciento más alta que lo que pagan muchas otras personas. Tendrá que pagar esta prima más alta mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos recetados actual, comuníquese con el Departamento de Beneficios al (561) 434-8580.

NOTA: recibirá este aviso en otros momentos en el futuro, como antes del próximo período en que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, o si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

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

- Visite: www.medicare.gov
- Llame al programa estatal de asistencia en seguros de salud para obtener ayuda personalizada (consulte su copia del manual "Medicare y Usted" para obtener su número de teléfono)
- Llame al **1 (800) MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1 (877) 486-2048**.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en el sitio web de la Administración del Seguro Social (SSA) en www.ssa.gov o por teléfono al **1 (800) 772-1213** (TTY **1 (800) 325-0778**).

Recuerde: guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar que no está obligado a pagar un monto de prima más elevado.

Fecha: 1 de octubre de 2025

Nombre de la entidad: Distrito Escolar del Condado de Palm Beach

Contacto: Técnico de beneficios

Dirección: 3300 Forest Hill Boulevard, Suite A-103
West Palm Beach, FL 33406-5870

Teléfono: (561) 434-8580

“Mi página de inicio” de PeopleSoft

Cuadros de Mi página de inicio

Mantener sus datos actualizados y a mano ahora es mucho más fácil. Los **Cuadros de PeopleSoft** le brindan acceso 24/7 a sus datos personales. Al aprovechar la función "Mi página de inicio" de PeopleSoft, puede:

- ver sus datos personales e información de beneficios, incluida la información de inscripción y de dependientes
- eliminar y modificar la información de beneficiarios a su conveniencia.

Q: ¿Qué puedo ver o cambiar usando PeopleSoft?

A: Puede:

- **Administrar datos de nómina**
 - Ver/imprimir cheques de pago o información W2
 - Verificar deducciones de nómina
 - Administrar depósito directo
 - Ver tiempo pagadero
- **Administrar información personal**
 - Revisar/administrar información de contacto de emergencia
 - Cambiar dirección
 - Cambiar número de teléfono y dirección de correo electrónico
- **Administrar acciones de beneficios**
 - Revisar/cambiar información de beneficiarios de seguro de vida
 - Ver cobertura del plan de salud
 - Inscribirse/cambiar 403(b)
 - Verificar/actualizar estado de tabaco
 - Ver/administrar información 1095-C
- **Administrar Cursos de eLearning**
- Y mucho más

Q: Parece que no puedo iniciar sesión en PeopleSoft para completar mi inscripción de beneficios; ¿con quién debo comunicarme?

A: Asegúrese de haber revisado las instrucciones sobre cómo obtener o restablecer su contraseña. Si aún necesita ayuda, comuníquese con la mesa de ayuda de TI al 561-242-4100 para obtener más asistencia. Recuerde que su inscripción es urgente, así que no demore en completar su inscripción antes de la fecha límite de inscripción.

Q: ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas sobre mis beneficios?

A: Comuníquese con el Departamento de Beneficios al (561) 434-8580 o envíe un correo electrónico a Benefits@palmbeachschools.org.

Q: ¿Cuánto tiempo tengo para completar mi inscripción en línea?

A: Como empleado nuevo, tiene hasta 30 días calendario a partir de la fecha de inicio de su empleo (o transferencia a un puesto con beneficios) para completar su inscripción de beneficios en línea y declaración jurada de tabaco. Durante el tiempo de inscripción abierta, tiene hasta el cierre del período de inscripción abierta.

Q: ¿Se me otorgará más tiempo si hay un feriado, interrupción del sistema o si tengo problemas con mi contraseña?

A En la mayoría de los casos, no se otorgará tiempo adicional.

Q: ¿Cuándo debería poder acceder al sistema de inscripción en línea?

A: En las 48 a 72 horas posteriores a su fecha de inicio, debería poder acceder al sistema y completar su inscripción. Asegúrese de revisar su correo electrónico del Distrito Escolar para obtener información importante y recordatorios.

Q: Cómo obtengo mi nombre de usuario y contraseña?

A: Como nuevo empleado, se le asignará un nombre de usuario y una contraseña del distrito. No comparta su contraseña con nadie, ni siquiera con personas que se presenten como miembros del Departamento de TI. Todas las actividades que realice mientras use su cuenta informática del distrito se le atribuirán a usted. Una vez que reciba su contraseña inicial y tenga acceso al portal del distrito, deberá cambiar su contraseña. Comuníquese con el Servicio de asistencia de TI para obtener ayuda.

Q: ¿Cómo me aseguro de que mis elecciones se procesen?

A: Después de realizar sus elecciones/cambios de beneficios en PeopleSoft, asegúrese de finalizar haciendo clic en el botón “Enviar inscripción”.

Proceso de apelaciones

Las apelaciones de inscripción se conceden en circunstancias muy limitadas, según lo dispuesto en las directrices del IRS y conforme a las prácticas del Distrito y de la aseguradora. Es importante señalar que no proporcionar la información de verificación de los dependientes durante la inscripción, o elegir o cancelar accidentalmente un plan, añadir o eliminar un dependiente por error, no son errores que se considerarán como una apelación y, si se presentan, se le devolverán sin tramitar.

Si se produce alguno de los siguientes tipos de errores de inscripción, FBMC revisará y considerará su solicitud:

- Inscribirse en una cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes sin tener dependientes que asistan a guarderías o centros de atención de adultos mayores.
- Elegir la cobertura para dependientes sin tener dependientes elegibles (por ejemplo, elegir la cobertura para empleados y cónyuges sin estar casado legalmente).
- Otras circunstancias atenuantes relacionadas con el proceso de inscripción que, de otro modo, el plan o el IRS considerarían fuera de su control.

Para garantizar que su apelación se tramite rápidamente y con la debida consideración:

- Incluya el Distrito Escolar del Condado de Palm Beach como su empleador. Incluya su identificación de empleado del distrito y su dirección de correo electrónico.
- Proporcione un motivo detallado para la apelación.
- Incluya cualquier documento, información o comentario adicional que considere que pueda influir en su apelación.

FBMC revisa y toma la decisión final sobre todas las apelaciones de inscripción basándose en las directrices establecidas. Todas las decisiones sobre apelaciones realizadas por FBMC son definitivas.

Se le proporciona un período de inscripción para realizar sus elecciones y, durante ese mismo período, debe confirmar que sus elecciones son correctas. Tiene hasta el último día de su período de elección para realizar cualquier actualización o corrección a su cobertura, como añadir o eliminar dependientes.

Después del último día de su período de elección, la cobertura que haya elegido permanecerá vigente durante todo el año del plan, a menos que tenga un cambio de situación válido.

Las apelaciones se conceden en circunstancias muy limitadas y, por lo general, no se permiten por haber seleccionado por error un plan o haber añadido o eliminado un dependiente.

Teniendo presente esto, puede presentar apelaciones por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha de cierre de su período de inscripción a:

APELACIONES DE INSCRIPCIÓN:

FBMC Benefits Management

ATTN: Compliance & Risk Management

P.O. Box 1878

Tallahassee, FL 32302-1878

Todas las decisiones sobre apelaciones de inscripción son definitivas.

Apelaciones de reclamaciones de la FSA

Inspira, el administrador de reclamaciones de la FSA, revisa y toma la decisión final sobre las reclamaciones rechazadas de la FSA de atención de salud o la FSA de cuidado de dependientes. Deberá proporcionar una carta por escrito en la que explique por qué cree que la reclamación debe aprobarse. Los empleados deben presentar su apelación por una reclamación rechazada de la FSA en un plazo de 30 días calendario a partir de la notificación.

Apelaciones de la FSA

Inspira Appeals

PO Box 8396

Omaha, NE 68108

Notas



El Distrito Escolar del Condado de Palm Beach