



2026

Guía de beneficios para empleados

Resúmenes de beneficios y cobertura

Los resúmenes de beneficios y cobertura (SBC) requeridos por el gobierno, en los que se resume información importante sobre sus opciones de plan médico de BCBSTX de la ciudad de Dallas, están disponibles en línea en www.cityofdallasbenefits.org.

También se puede obtener una copia en papel, sin cargo, llamando al Centro de Servicios de Beneficios al (214) 671-6947 (opción 1).



Importante:

Si usted o sus dependientes tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, el programa de medicamentos con receta de Medicare le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Por favor vea la [página 48](#) para obtener más detalles.

Bienvenido a la guía de sus beneficios para 2026

Use esta guía de beneficios para ver las novedades y conocer sus opciones de planes de beneficios.

Lo que hay dentro

CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS.....	4	BENEFICIOS DE APOYO PARA LA FAMILIA.....	31
RESUMEN DE LA INSCRIPCIÓN.....	5	SEGURO DE VIDA BÁSICO Y ADICIONAL	32
COBERTURA MÉDICA	8	SEGURO VOLUNTARIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)	35
COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA	16	SEGURO POR DISCAPACIDAD	37
TELESALUD MDLIVE.....	18	PRODUCTOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS.....	39
HEALTH ADVOCATE.....	19	BENEFICIOS VOLUNTARIOS.....	41
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO.....	20	PLAN DE AHORRO PARA LA JUBILACIÓN	42
PROGRAMAS DE BIENESTAR	21	SI ESTÁ POR CUMPLIR 65 AÑOS	43
COBERTURA DENTAL.....	22	CONTACTOS	44
COBERTURA DE VISIÓN.....	25	AVISOS OBLIGATORIOS	45
CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS (HSA).....	27		
CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)	29		

Cambios en los beneficios y lo más destacado para 2026

INSCRIPCIÓN ACTIVA

- Debe inscribirse en los beneficios durante la inscripción abierta para tener cobertura en beneficios no pagados por el empleador, incluidos, entre otros, el plan médico, dental y de visión.
- Si no se inscribe durante la inscripción abierta, no tendrá cobertura en 2026 y TODAS sus elecciones de 2025 terminarán el 31 de diciembre de este año.

PLANES MÉDICOS

- El aporte de la prima del empleado del plan PCP de Blue Essential y de los planes HSA de Blue Choice aumentará en un 5%.
- El aporte de la prima del empleado del plan de copago de Blue Choice aumentará en un 15%.
- El deducible dentro de la red del plan HSA de Blue Choice aumentará a \$3,400 para la cobertura individual y a \$6,800 para la cobertura familiar.

PLANES DENTALES Y DE VISIÓN

- No habrá aumento en los aportes de la prima del empleado del plan dental.
- El aporte de la prima del empleado del plan de visión aumentará en un 20%.

CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)

- Los montos máximos del aporte anual aumentarán a \$4,400 para la cobertura individual y a \$8,750 para la cobertura familiar.
- Si desea participar en una HSA en 2026, DEBE inscribirse durante la inscripción abierta.
- De lo contrario, sus elecciones actuales de HSA finalizarán el 31 de diciembre de 2025.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

- El monto máximo del aporte anual para las FSA para gastos médicos y de propósito limitado aumentará a \$3,300.
- El monto máximo del aporte anual para la FSA para atención de dependientes aumentará a \$7,500.
- Si desea participar en una FSA en 2026, DEBE inscribirse durante la inscripción abierta. Si no, sus elecciones actuales de la FSA finalizarán el 31 de diciembre de 2025.

PROGRAMA EAP

- Las consultas gratuitas de ComPsych aumentarán a ocho sesiones por miembro, por tema único y por año.

CONSERJE PARA JUBILADOS DE HEALTH ADVOCATE

- Health Advocate puede ayudarle si está considerando la posibilidad de jubilarse, es un jubilado menor de 65 años o está en camino a ser un jubilado de más de 65 años.
- Health Advocate le explicará sus opciones de beneficios de la ciudad de Dallas y fuera de ella.
- Revisarán los diversos planes y partes de Medicare, le explicarán lo que cubre cada uno y su costo, y le informarán las fechas límite de inscripción en Medicare.
- También pueden ayudarle a encontrar médicos que participen en los planes de jubilación para personas antes de los 65 años o después de los 65 años de la Ciudad.

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES GRAVES

- No se requiere Constancia de Asegurabilidad (EOI) para la mayoría de las elecciones realizadas por primera vez durante la Inscripción Abierta.
- Después de la Inscripción Abierta, la EOI puede ser necesaria para todas las elecciones, independientemente del nivel de cobertura.

OTROS CAMBIOS

- Se ha descontinuado el programa de Subsidio para Cuidado Infantil.
- La incapacidad a largo plazo (LTD) pagada por el empleador se suspenderá en 2026. Puede optar por comprar LTD voluntaria durante la inscripción abierta.

En esta guía de inscripción en los beneficios para 2026 se proporcionan detalles sobre sus opciones de beneficios. La revisión del material contenido en esta guía le ayudará a tomar decisiones informadas sobre sus beneficios. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de información de contacto del proveedor al final de esta guía para acceder a nuestros proveedores de servicios.

Atentamente,
Equipo de Beneficios de la ciudad de Dallas

Resumen de la inscripción

EN LÍNEA

La ciudad de Dallas ofrece una manera conveniente para que usted se inscriba en los beneficios.

1. Inicie sesión en <https://dallascityhallokta.com> con una computadora de escritorio o portátil. La función para inscribirse no está disponible en teléfonos ni tabletas. Debe iniciar sesión usando sus credenciales de nombre de usuario y contraseña de la ciudad de Dallas.
2. Para acceder a sus beneficios en Workday una vez que haya iniciado sesión, haga clic en la persona en la esquina superior derecha de Workday y, a continuación, en "Ver perfil". También puede acceder a la inscripción abierta a través de su bandeja de entrada de Workday.
3. Haga clic en la pestaña "Beneficios" en el lado izquierdo. Podrá acceder a la inscripción como nuevo empleado, así como crear un evento de vida habilitante.

Ayuda para la inscripción

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios para 2026 o necesita ayuda con el proceso de inscripción, llame al (214) 671-6947 (opción 1) o envíe un correo electrónico a hrbenefits@dallas.gov.

¿QUIÉNES PUEDEN SER ELEGIBLES?

En la mayoría de los casos, si tiene la intención de trabajar un promedio de 30 horas o más por semana, es elegible para recibir beneficios médicos, dentales y de visión de la ciudad de Dallas. (Tenga en cuenta: Los empleados temporales no son elegibles). Si no tiene intención de trabajar un promedio de 30 horas o más a la semana, puede o no ser elegible para los beneficios de salud de la ciudad.

EMPLEADOS DE HORAS VARIABLES

Según la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act), los empleados que tienen horas que varían de una semana a otra son referidos como empleados de "horas variables", no a tiempo completo o parcial. Todos los empleados de horas variables tienen un "período de medición" de 12 meses para determinar el promedio de horas trabajadas por semana.

INSCRIPCIÓN INICIAL

Usted tiene 30 días a partir de su fecha de contratación/recontratación (o la fecha en que su estado cambia a elegible para beneficios) para inscribirse usted e inscribir a sus dependientes en los beneficios. Su cobertura comienza en la fecha de contratación o retroactivamente a la fecha de cambio de estatus, según corresponda. Si no se inscribe dentro del plazo de 30 días, quedará inscrito automáticamente en el seguro básico de vida (solo empleados a tiempo completo). Usted tendrá que esperar hasta la próxima inscripción anual o experimentar un evento de vida habilitante para inscribirse en cualquier otro beneficio.

INSCRIPCIÓN ABIERTA

También puede inscribirse o realizar cambios durante la Inscripción Abierta, la cual ocurre durante el otoño de cada año. Las elecciones realizadas durante este período entran en vigor el 1 de enero.

DOCUMENTACIÓN DE APOYO REQUERIDA

Toda selección que requiera pruebas o documentación no será aceptada o finalizada hasta que se proporcione la documentación. Toda la documentación requerida debe ser proporcionada antes del cierre del período de Inscripción Abierta. (Ejemplo: Si desea inscribir a un hijo dependiente por primera vez, debe proporcionar la documentación de apoyo necesaria en el momento de la inscripción y antes del cierre de la Inscripción Abierta, de lo contrario su hijo dependiente no será inscrito).

Debe cargar la documentación de apoyo durante la inscripción como nuevo empleado o si tiene un evento de vida habilitante.

Nota: Si no carga su documentación de apoyo, su inscripción no estará completa.



ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTE

Si está cubierto por un plan, en la mayoría de los casos, también puede cubrir a sus dependientes elegibles como se indica a continuación. Sus dependientes (cónyuge y/o hijos) no pueden estar cubiertos en un plan si usted no está cubierto.

Si necesita agregar dependientes no cubiertos anteriormente, debe proporcionar documentación de apoyo durante el período de inscripción. Por favor, esté preparado para proporcionar la documentación de apoyo que se indica a continuación.

La documentación debe cargarse a través de Workday durante el proceso de inscripción.

TIPO DE DEPENDIENTE ELEGIB	DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
<p>CÓNYUGE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de Acta de Matrimonio y Fecha de Nacimiento • Si se aplica la ley sobre un matrimonio de hecho, proporcione copias de dos documentos que demuestren que usted y su cónyuge viven juntos. <ul style="list-style-type: none"> – Contrato de arrendamiento o escritura donde ambos estén nombrados – Extracto de una cuenta corriente conjunta – Facturas de servicios y/o cuentas de crédito – Pólizas de seguro de vida y/o testamento
<p>PAREJA DE HECHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copias de dos documentos que demuestren que usted y su pareja viven juntos. <ul style="list-style-type: none"> – Contrato de arrendamiento o escritura donde ambos estén nombrados – Extracto de una cuenta corriente conjunta – Facturas de servicios y/o cuentas de crédito – Pólizas de seguro de vida y/o testamento
<p>HIJO DEPENDIENTE</p> <p>Hijo que está casado o soltero hasta los 26 años* y es hijo biológico, hijo legalmente adoptado o hijastro suyo y/o de su cónyuge, pareja de hecho o cónyuge por derecho consuetudinario.</p> <p>Nota: los hijos dependientes se volverán asegurados en su fecha de nacimiento si usted elige el Seguro de dependientes a más tardar 30 días después del nacimiento. Si usted no elige asegurar a su hijo recién nacido dentro de 30 días, la cobertura para ese hijo finalizará el día 30.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del certificado de nacimiento que lo muestre como padre, o • Copia del formulario de verificación de nacimiento (solo se acepta hasta 3 meses después del nacimiento); o • Copia del acuerdo de adopción, o • Copia de los documentos de custodia o tutela del tribunal, o • Copia de la parte de la sentencia de divorcio que muestre al dependiente, o • Copia de la Orden de Manutención del Tribunal Médico Calificado (QMCSO)
<p>NIETO DEPENDIENTE</p> <p>Nieto que está casado o soltero hasta la edad de 26 años* y es su nieto biológico y/o de su cónyuge, pareja de hecho o cónyuge por derecho consuetudinario. Es necesario tener la tutela o cubrir al niño para cubrir a un nieto.</p>	<p>DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA PARA DEPENDIENTES CON DISCAPACIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afirmación del médico sobre tal condición y dependencia.

* Los hijos y nietos dependientes están cubiertos hasta el final del mes de su cumpleaños 26, para la cobertura médica, dental y de visión y hasta los 25 años para el seguro de vida. Los niños con discapacidades son elegibles para recibir cobertura después de cumplir 26 años si son solteros, principalmente mantenidos por usted, e incapaces de un empleo autosuficiente debido a una discapacidad mental o física.

NOTA: Si usted y su cónyuge trabajan en la ciudad de Dallas y tienen dependientes cubiertos en cualquiera de los planes, solo un empleado puede cubrir a todos los dependientes. Usted y su cónyuge no pueden repartirse a sus dependientes tomando cobertura Empleado + hijo(s). La ciudad de Dallas permitirá a los empleados que trabajan para la Ciudad determinar cuál cobertura funcionará mejor para ellos. Por ejemplo, los empleados casados de la Ciudad pueden elegir Solo Empleado para ellos mismos o uno puede seleccionar Empleado + Cónyuge. Si tienen hijos, un empleado puede elegir cobertura Empleado + Familia o bien ambos pueden elegir cobertura Solo Empleado o Empleado + Hijo(s).

CAMBIOS EN LA COBERTURA

Según el IRS, una vez que se inscribe, usted no puede cambiar sus elecciones de beneficios hasta el siguiente período de Inscripción Abierta. Sin embargo, usted puede hacer ciertos cambios si tiene un evento de vida habilitante que afecte sus beneficios, y si el evento es consistente con su cambio solicitado. Los eventos de vida habilitante más comunes incluyen:

- Matrimonio
- Divorcio, separación legal o anulación
- Nacimiento, adopción o tutela legal de un niño
- Fallecimiento de un cónyuge/pareja de hecho o de una persona dependiente elegible
- Un cambio en la situación laboral de usted, de su cónyuge/pareja de hecho o de una persona dependiente
- Un dependiente califica o ya no califica debido a su edad
- Aumentos significativos en los costos de la cobertura de beneficios
- Inscripción o pérdida de la cobertura médica estatal o federal
- Se muda fuera del área de servicio de su plan de salud que requiere un cambio de planes.
- Un cónyuge o dependiente obtiene o pierde la cobertura de otro plan de salud calificado

Usted debe notificar al Centro de Servicios de Beneficios y presentar una constancia de su evento de vida habilitante lo antes posible pero en cualquier caso antes de que hayan pasado 30 días. La cobertura será efectiva en base a la fecha del evento. Si espera más de 30 días, debe esperar hasta la próxima Inscripción Abierta para hacer un cambio.

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE 60 DÍAS

Además de estos eventos de vida habilitantes, usted y sus dependientes tendrán un período especial de 60 días para elegir o interrumpir cobertura si:

- La cobertura de Medicaid o CHIP (Programa de Seguro Médico Infantil) propia o de su dependiente se termina como resultado de la pérdida de elegibilidad; o
- Usted o su dependiente se vuelve elegible para un subsidio para el pago de primas a través de Medicaid o de CHIP.

RENUNCIA O CESE DEL EMPLEADO

- La cobertura médica, dental y de visión termina al final del mes del último día de empleo.
- El seguro de vida, el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), el seguro contra accidentes, el seguro de enfermedades graves, el seguro de indemnización hospitalaria, las cuentas de gastos flexibles (FSA), el plan para atención de dependientes (DCAP), el seguro legal y el seguro por discapacidad finalizan el último día de empleo.



Cobertura médica

En cuanto a la cobertura médica, la ciudad de Dallas ofrece tres opciones a través de BlueCross BlueShield of Texas (BCBSTX). Cada plan médico proporciona cobertura para los mismos tipos de gastos, tales como visitas al consultorio médico, atención preventiva, medicamentos con receta y hospitalización. La mayoría de los servicios de atención preventiva dentro de la red están cubiertos al 100 por ciento.

Bajo los planes copago de Blue Choice y HSA de Blue Choice, usted elige un proveedor de la red cada vez que necesita atención médica. El Plan PCP de Blue Essentials utiliza una red exclusiva de Texas limitada a médicos, especialistas y hospitales de su área. Aunque la red es más pequeña, tenga la seguridad de que los proveedores de Blue Essentials ofrecen calidad de primer nivel y eficiencia de costos. Este plan solo está disponible para quienes viven en Texas en un área de la red Blue Essentials.

En todos los planes, usted no recibe ningún beneficio del plan si utiliza un proveedor no perteneciente a la red; usted será responsable del 100 por ciento del costo de toda la atención que reciba.

Para encontrar proveedores dentro de su red, inicie sesión en Blue Access for Members en www.bcbstx.com/member y haga clic en la herramienta "Buscador de proveedores". Todo lo que necesitará son sus números de grupo y de identificación, que se encuentran en su credencial de miembro.

Tratamiento para afirmar la identidad de género: A usted se le cubren servicios de gestión, consulta, asesoramiento, hormonas, servicios de laboratorio y quirúrgicos destinados a afirmar su identidad de género y/o transición de género (en términos de diagnóstico esto puede denominarse "disforia de género"), incluidas todas las visitas médicas respectivas.



PLAN PCP DE BLUE ESSENTIALS

El Plan PCP de Blue Essentials ofrece una red de proveedores "Blue Essentials" solo en Texas, con calidad de primer nivel y eficiencia en costos. Usted debe seleccionar un Médico de Atención Primaria (PCP) y solicitarle derivaciones para cualquier otra atención.* Este plan solo está disponible para quienes viven en Texas en un área de la red Blue Essentials.



PLAN DE COPAGO DE BLUE CHOICE

El Plan de Copago de Blue Choice le permite pagar ciertos servicios médicos a una tarifa fija, llamada copago. Usted pagará el monto del copago aunque todavía no haya cumplido con su deducible del año.



PLAN HSA DE BLUE CHOICE

El Plan HSA tiene primas mensuales más bajas y deducibles más altos que un plan de salud tradicional. No hay copagos, usted y el plan comienzan a compartir los gastos solo después de usted cumpla con el deducible. Este plan también ofrece una Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA).

* Las emergencias, los servicios obstétricos y ginecológicos, servicios de salud conductual/por dependencia de sustancias químicas y exámenes anuales de retina para personas con diabetes no requieren una derivación.



Comparación de planes médicos

	PCP	COPAGO	HSA
RED	BLUE ESSENTIALS (HMO)	PPO DE BLUE CHOICE (BCA)	PPO DE BLUE CHOICE (BCA)
TIPO DE RED	Estrecha, solo dentro de Texas	Amplia	Amplia
DEDUCIBLE DE AÑO CALENDARIO	\$1,500 (Individual) \$3,000 (Familiar)	\$1,500 (Individual) \$3,000 (Familiar)	\$3,400 (Individual) \$6,800 (Familiar)
APORTE A LA HSA DE LA CIUDAD	N/C	N/C	\$700 (Individual) \$1,700 (Familiar)
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO DE AÑO CALENDARIO	\$6,350 (Individual) \$12,700 (Familiar)	\$6,350 (Individual) \$12,700 (Familiar)	\$6,350 (Individual) \$12,700 (Familiar)
COSEGURO	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%
ATENCIÓN PREVENTIVA	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
VISITAS AL CONSULTORIO (MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA/ ESPECIALISTA)	\$25 de copago/ \$50 de copago	\$25 de copago/ \$50 de copago	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA	\$40 de copago	\$40 de copago	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
INSTALACIONES Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
CENTRO Y SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	\$300 de copago + 20% después de que se cumple con el deducible	\$300 de copago + 20% después de que se cumple con el deducible	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
BENEFICIO DE CENTROS MEJORADO (solo a los cargos de los centros - Baylor o Methodist en el área de DFW)	N/C	El plan paga el 90% después de que se cumple con el deducible	El plan paga el 90% después de que se cumple con el deducible
MINUTE CLINIC DE CVS/ HEALTHCARE CLINIC DE WALGREENS	\$40 de copago	\$40 de copago	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
CONEXIÓN DE TELESALUD (MDLIVE)	\$15 de copago	\$15 de copago	El plan paga el 100% después de que se cumple con el deducible



Información de la Red Blue Essentials

El plan médico PCP de Blue Essentials utiliza la red Blue Essentials (HMO), que es una red exclusiva de Texas limitada a médicos, especialistas y hospitales en su área. Aunque la red es más pequeña, tenga la seguridad de que los proveedores de Blue Essentials ofrecen calidad de primer nivel y eficiencia de costos. Y si necesita atención mientras viaja, puede usar los médicos u hospitales que figuran en Away from Home Care.

Los participantes del plan PCP de Blue Essentials deben seleccionar un médico de atención primaria (PCP) y solicitarle que los deriven para todas las demás consultas médicas, excepto en los siguientes casos: emergencias, servicios obstétricos y ginecológicos, servicios de salud conductual/por dependencia de sustancias químicas y exámenes anuales de retina para personas con diabetes. Entre los médicos que usted puede designar como su PCP se encuentran los médicos de familia, médicos generales, internistas, ginecólogos y obstetras, y pediatras.

Tener un experto en atención médica, su PCP, para coordinar todas sus necesidades de atención médica puede ayudar a mantener sus costos y su salud bajo control. Y un diagnóstico y tratamiento tempranos pueden evitar que muchos problemas de salud comunes empeoren.

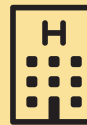
Nota: Este plan médico solo está disponible para quienes viven en Texas en un área de la red Blue Essentials. No se recomienda para quienes viajan fuera de Texas durante largos períodos o que tienen un dependiente que vive fuera del estado.

Nivel de beneficios mejorado (planes de copago y HSA)

Los planes médicos de copago y HSA de Blue Choice ofrecen un beneficio de centros mejorado que aumentará los beneficios que recibe cuando utiliza ciertos establecimientos de la red de BCBSTX.

Cuando usted visita un centro regular de la red de BCBSTX para recibir atención, el plan paga los cargos del centro al 80% del coseguro después de que usted cumple con su deducible. Cuando usted visita un centro que forma parte del nivel de beneficios mejorados, el plan paga los cargos del centro al **90% del coseguro** después de que usted cumple con su deducible. Este beneficio mejorado se aplica solo a los cargos de los centros y establecimientos; todos los demás cargos (honorarios médicos, servicios de laboratorio, etc.) se pagan a los niveles regulares de su plan.

El nivel de beneficios mejorados incluye muchos centros y establecimientos de Baylor y Methodist en todo el Metroplex de DFW. Por favor llame al número que aparece en el reverso de su credencial para que un asesor de Benefit Value Advisor le ayude a encontrar un centro y a hacer una cita.



Cargos de los centros de atención

¿QUÉ SON LOS CARGOS DE CENTROS?

Los cargos por centros incluyen los costos de funcionamiento de las instalaciones, como suministros, equipos, salas de examen y habitaciones para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

LOS CARGOS DE CENTROS NO INCLUYEN

Honorarios médicos, visitas al consultorio, análisis de laboratorio, anestesiólogo y medicamentos con receta and medications.

El costo de su atención médica

PLAN PCP (MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA) DE BLUE ESSENTIALS

RED BLUE ESSENTIALS (HMO) (RED LIMITADA DE PROVEEDORES SOLO EN TEXAS, SOLO BENEFICIOS DENTRO DE LA RED)	
MÁXIMO DE POR VIDA	Ilimitado
DEDUCIBLE DE AÑO CALENDARIO	\$1,500 (Individual); \$3,000 (Familiar)
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO DE AÑO CALENDARIO (combinado con farmacia)	\$6,350 (Individual); \$12,700 (Familiar)
COSEGURO	El miembro paga 20%; El plan paga 80% después de que se cumple con el deducible
VISITAS A CONSULTORIO	Copago de \$25 para un médico de atención primaria/Copago de \$50 para un especialista
RADIOGRAFÍAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible*
ATENCIÓN PREVENTIVA	El plan paga el 100% (solo dentro de la red)
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	\$300 de copago + 20% de coseguro por visita después de que se cumple con el deducible
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA	Copago de \$40 por consulta
BENEFICIO DE CENTROS MEJORADO	N/C
COBERTURA DE RECETAS (BCBSTX-Prime Therapeutics)	Consulte la página 16 para conocer detalles sobre el programa
CLÍNICA DE SALUD MINORISTA	\$40 de copago
TELESALUD (MDLIVE)	\$15 de copago

* Para que estos servicios estén cubiertos por el copago de su visita a consultorio, deben ser realizados y facturados por el consultorio de su médico. Si se realizan y/o son facturados por un tercero, estarán sujetos al deducible y al coseguro del plan.

Pagará el monto de copago indicado sin importar cuánto haya gastado en servicios de atención médica durante el año. El copago no contará para su deducible, pero sí contará para su máximo de gastos de bolsillo.

Notas importantes:

- Debe seleccionar un médico de atención primaria (PCP), que puede ser médico de familia, médico general, internista, ginecólogo y obstetra, o pediatra, y solicitarle referencias para la atención, excepto en los siguientes casos: emergencias, servicios obstétricos y ginecológicos, servicios de salud conductual/por dependencia de sustancias químicas y exámenes anuales de retina para personas con diabetes.
- Este plan utiliza la red Blue Essentials de Texas y está limitado a médicos, especialistas y hospitales dentro del estado. Solo está disponible para quienes viven en Texas. La atención está disponible mientras se viaja, pero no se recomienda para quienes pasan largos períodos fuera de Texas o que tienen un dependiente que vive fuera del estado.

CONTRIBUCIONES BIMESTRALES DE LOS EMPLEADOS A TIEMPO COMPLETO BASADAS EN EL SALARIO BASE ANUAL ^{1,2}

PLAN PCP	INFERIOR A \$47,000		\$47,000-\$69,000		\$69,000 o más	
	EMPLEADO	EMPLEADOR ³	EMPLEADO	EMPLEADOR ³	EMPLEADO	EMPLEADOR ³
SOLO EMPLEADO	\$16.54	\$412.78	\$22.05	\$407.27	\$27.57	\$401.76
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$230.43	\$701.15	\$244.21	\$687.37	\$257.99	\$673.58
EMPLEADO + HIJO(S)	\$72.22	\$732.32	\$83.24	\$721.30	\$94.27	\$710.27
EMPLEADO + FAMILIA	\$252.48	\$962.57	\$269.01	\$946.04	\$285.55	\$929.50

¹ Nota: Por cheque de pago (24 de 26) - Las contribuciones bimensuales de los empleados regulares a tiempo parcial se encuentran en la [página 14](#).

² Pendiente de aprobación del Consejo.

³ Las tasas del empleador se proporcionan para mostrar cuánto contribuye la Ciudad a los costos de las primas de los beneficios.

PLAN DE COPAGO DE BLUE CHOICE

RED DE BLUE CHOICE (SOLO BENEFICIOS DENTRO DE LA RED)

MÁXIMO DE POR VIDA	Ilimitado
DEDUCIBLE DE AÑO CALENDARIO	\$1,500 (Individual); \$3,000 (Familiar)
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO DE AÑO CALENDARIO (combinado con farmacia)	\$6,350 (Individual); \$12,700 (Familiar)
COSEGURO	El miembro paga 20%; El plan paga 80% después de que se cumple con el deducible
VISITAS A CONSULTORIO	Copago de \$25 para un médico de atención primaria/Copago de \$50 para un especialista
RADIOGRAFÍAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible*
ATENCIÓN PREVENTIVA	El plan paga el 100% (solo dentro de la red)
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	\$300 de copago + 20% de coseguro por visita después de que se cumple con el deducible
SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA	Copago de \$40 por consulta
BENEFICIO DE CENTROS MEJORADO	El plan paga el 90% después de cumplir el deducible cuando se usan los Hospitales Baylor o Methodist en Dallas/Fort Worth. Esto se aplica solo a los cargos de los centros. Todos los demás cargos se pagan al 80% después de que se cumpla con el deducible.
COBERTURA DE RECETAS (BCBSTX-Prime Therapeutics)	Consulte la página 16 para conocer detalles sobre el programa
CLÍNICA DE SALUD MINORISTA	\$40 de copago
TELESALUD (MDLIVE)	\$15 de copago

* Para que estos servicios estén cubiertos por el copago de su visita a consultorio, deben ser realizados y facturados por el consultorio de su médico. Si se realizan y/o son facturados por un tercero, estarán sujetos al deducible y al coseguro del plan.

Pagará el monto de copago indicado sin importar cuánto haya gastado en servicios de atención médica durante el año. El copago no cuenta para su deducible pero sí aplica a su máximo de gastos de bolsillo.

CONTRIBUCIONES BIMESTRALES DE LOS EMPLEADOS A TIEMPO COMPLETO BASADAS EN EL SALARIO BASE ANUAL ^{1,2}

PLAN DE CAPAGO	INFERIOR A \$47,000		\$47,000-\$69,000		\$69,000 o más	
	EMPLEADO	EMPLEADOR ³	EMPLEADO	EMPLEADOR ³	EMPLEADO	EMPLEADOR ³
SOLO EMPLEADO	\$43.17	\$408.41	\$49.81	\$401.77	\$56.45	\$395.13
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$324.10	\$503.74	\$340.70	\$487.14	\$357.30	\$470.54
EMPLEADO + HIJO(S)	\$133.49	\$625.55	\$146.77	\$612.27	\$160.06	\$598.99
EMPLEADO + FAMILIA	\$363.94	\$710.13	\$383.87	\$690.21	\$403.79	\$670.28

¹ Nota: Por cheque de pago (24 de 26) - Las contribuciones bimensuales de los empleados regulares a tiempo parcial se encuentran en la [página 14](#).

² Pendiente de aprobación del Consejo.

³ Las tasas del empleador se proporcionan para mostrar cuánto contribuye la Ciudad a los costos de las primas de los beneficios.

PLAN HSA DE BLUE CHOICE

RED DE BLUE CHOICE (SOLO BENEFICIOS DENTRO DE LA RED)

APORTE A LA HSA DE LA CIUDAD	\$700 (Individual); \$1,700 (Familiar)
MÁXIMO DE POR VIDA	Ilimitado
DEDUCIBLE DE AÑO CALENDARIO	\$3,400 (Individual); \$6,800 (Familiar)
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO DE AÑO CALENDARIO (combinado con farmacia)	\$6,350 (Individual); \$12,700 (Familiar)
COSEGURO	El miembro paga 20%; El plan paga 80% después de que se cumple con el deducible
VISITAS A CONSULTORIO	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
RADIOGRAFÍAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
ATENCIÓN PREVENTIVA	El plan paga el 100% (solo dentro de la red), no reduce la HSA
SERVICIOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
BENEFICIO DE CENTROS MEJORADO	El plan paga el 90% después de cumplir el deducible cuando se usan los Hospitales Baylor o Methodist en Dallas/Fort Worth. Esto se aplica solo a los cargos de los centros. Todos los demás cargos se pagan al 80% después de que se cumpla con el deducible.
COBERTURA DE RECETAS (BCBSTX-Prime Therapeutics)	Consulte la página 16 para conocer detalles sobre el programa
CLÍNICA DE SALUD MINORISTA	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
TELESALUD (MDLIVE)	El plan paga el 100% después de que se cumple con el deducible

CONTRIBUCIONES BIMESTRALES DE LOS EMPLEADOS A TIEMPO COMPLETO ^{1,2}

HSA PLAN	EMPLOYEE	EMPLOYER ³
SOLO EMPLEADO	\$17.37	\$422.94
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$241.95	\$583.60
EMPLEADO + HIJO(S)	\$75.83	\$681.12
EMPLEADO + FAMILIA	\$265.10	\$806.01

¹ Nota: Por cheque de pago (24 de 26) - Las contribuciones bimensuales de los empleados regulares a tiempo parcial se encuentran en la [página 14](#).

² Pendiente de aprobación del Consejo.

³ Las tasas del empleador se proporcionan para mostrar cuánto contribuye la Ciudad a los costos de las primas de los beneficios.

REGULAR PART-TIME EMPLOYEE BI-MONTHLY CONTRIBUTION ^{1,2}

	EMPLEADO	EMPLOYER ³
BLUE ESSENTIALS PCP PLAN		
SOLO EMPLEADO	\$65.99	\$363.33
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$277.83	\$653.74
EMPLEADO + HIJO(S)	\$180.59	\$623.95
EMPLEADO + FAMILIA	\$311.41	\$903.64
BLUE CHOICE PREMIUM COPAY PLAN		
SOLO EMPLEADO	\$156.59	\$294.99
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$340.30	\$487.54
EMPLEADO + HIJO(S)	\$304.29	\$454.75
EMPLEADO + FAMILIA	\$412.06	\$662.01
BLUE CHOICE HSA PLAN**		
SOLO EMPLEADO	\$32.91	\$407.39
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$277.83	\$547.72
EMPLEADO + HIJO(S)	\$180.59	\$576.35
EMPLEADO + FAMILIA	\$311.41	\$759.70

1. Nota: Por cheque de pago (24 de 26)

2. Pendiente de aprobación del Consejo.

3. Las tasas del empleador se proporcionan para mostrar cuánto contribuye la Ciudad a los costos de las primas de los beneficiarios.

Programas de BlueCross BlueShield of Texas (BCBSTX)

BLUE ACCESS FOR MEMBERS (BAM)

Visite el sitio web seguro de BCBSTX en www.bcbstx.com/member para obtener acceso inmediato en línea a los recursos, incluidos:

- Estado de reclamos e historial
- Búsqueda de proveedores de red
- Credenciales de identificación
- Herramienta de estimación de costos de tratamiento
- Acceso a medicamentos con receta www.myprime.com
- Línea de enfermería 24/7
- Programa de Maternidad Special Beginnings
- Recursos para el manejo de enfermedades crónicas

Blue Access for Members (BAM)

Acceda a los recursos en línea para todos nuestros planes médicos utilizando BAM en www.bcbstx.com/member o escaneando el código QR.



BENEFITS VALUE ADVISOR (BVA)

Cuando necesite ayuda para navegar por sus beneficios de salud, ¡llame a un asesor de Benefits Value Advisor (BVA)! Los asesores pueden ayudarle a:

- Maximizar sus beneficios para obtener un mejor valor
- Obtener estimaciones de costos de diversos proveedores y procedimientos
- Programar citas
- Encontrar un médico o centro
- Establecer la preautorización

Además, puede acceder al "Buscador de proveedores" para buscar proveedores dentro de la red y estimar el costo de sus gastos de bolsillo para cientos de servicios. Solo tiene que acceder a su cuenta BAM en www.bcbstx.com/member y hacer clic en *Doctors and Hospitals* (Doctores y hospitales).



MEMBER REWARDS (RECOMPENSAS PARA MIEMBROS)

¿Sabía que los precios de los servicios médicos de la misma calidad pueden diferir en miles de dólares dentro de la misma región y red de planes de salud? Por eso BCBSTX ofrece *Member Rewards*, un programa que ofrece recompensas en efectivo cuando se selecciona un proveedor de calidad y bajo costo entre varias opciones.

¿CÓMO FUNCIONA?

1. Cuando su médico le recomiende un tratamiento, llame a un Benefits Value Advisor (BVA) al número que figura en el reverso de su credencial de miembro, o ingrese a BAM en www.bcbstx.com/member y haga clic en "Doctores y hospitales" y luego en "Encontrar un médico u hospital".
2. Elija un centro elegible de Member Rewards y podrá ganar una recompensa en efectivo.
3. Complete su procedimiento y, una vez verificado, recibirá un cheque dentro de 4 a 6 semanas.



¿Preguntas?

Para obtener más información, envíe un mensaje de texto a MYBVA al 33633 desde su teléfono móvil (pueden aplicarse cargos por datos y fecha), o llame al número que figura en el reverso de su credencial de miembro.

CENTROS DE ESPECIALIDAD BLUE DISTINCTION

BCBSTX ha concedido a determinados hospitales y centros la distinción Blue Distinction. Estos centros en particular han demostrado idoneidad en la prestación de servicios de atención médica especializada clínicamente comprobada, disponible en todo el país para los siguientes servicios de atención médica especializada: cirugía bariátrica, cuidados cardíacos, trasplantes, cánceres complejos y raros, cirugía de reemplazo de rodilla y cadera, y cirugía de columna.

Los Centros Blue Distinction han demostrado tener mejores resultados y potencialmente menores costos para servicios cubiertos. Los Centros Blue Distinction cubren servicios dentro de la red al 80%*.

* Excepción: La cobertura para trasplantes es del 90% en el centro.

Si excede los \$599 en recompensas para miembros o canje de BluePoints, se le enviará un formulario 1099 que deberá presentar junto con su declaración de impuestos anual.

PROGRAMA DE DESCUENTOS BLUE365

Blue365 ofrece descuentos en una variedad de productos y servicios de salud y bienestar de los principales minoristas que no están cubiertos por el seguro, como:

- Jenny Craig
- Sun Basket
- Nutrisystem
- Dental solutions
- Vision services
- TruHearing
- Beltone
- Fitbit
- American Hearing Benefits
- Reebok
- Skechers
- InVite Health
- Livekick
- eMindful
- Y más

Para registrarse, simplemente visite www.blue365deals.com/bcbstx/.

CONTROL DE LA DIABETES, LA OBESIDAD Y EL GLP-1 CON KEEPWELL™ DE VIDA HEALTH

A través de su plan médico de BCBSTX, tiene acceso a KeepWell™, administrado por Vida Health, que le ofrece un camino personalizado y eficaz hacia el bienestar, apoyándolo con la obesidad, la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto.

Cualquier persona inscrita en un plan médico de la Ciudad de Dallas a través de BCBSTX y que utilice medicamentos GLP-1 para bajar de peso deberá participar en el programa KeepWell™ para obtener acceso a sus medicamentos recetados.



Cobertura de medicamentos con receta

Cuando necesite un medicamento, pregunte a su médico u otro profesional de la salud si hay una opción genérica disponible, ya que generalmente cuestan menos, y usted podría ser elegible para un descuento adicional. Además, muchos medicamentos para la diabetes y la hipertensión están disponibles sin costo alguno para los participantes en el plan PCP y de copago. Para miembros del plan HSA de Blue Choice, determinados medicamentos preventivos genéricos (incluidos medicamentos para la diabetes e hipertensión) están sujetos al coseguro del 20%, sin deducible.

Las listas de medicamentos calificados están disponibles en el sitio web de Beneficios de la ciudad de Dallas.

Red de farmacias minoristas

Los medicamentos de corto plazo se pueden surtir en las farmacias de la red para un suministro de hasta 31 días. La red de BCBSTX-Prime Therapeutics Advantage Choice incluye más de 55,000 farmacias participantes en todo el país. Para localizar una farmacia, inicie sesión en www.myprime.com.

	PLAN PCP	PLAN COPAGO	PLAN HSA
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	\$15 de copago	\$15 de copago	Usted paga 20% después de que se cumple con el deducible médico
MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDA	\$40 de copago	\$40 de copago	Usted paga 20% después de que se cumple con el deducible médico
MEDICAMENTOS DE MARCA NO PREFERIDA (INCLUYE EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS DE ESPECIALIDAD)	\$75 de copago	\$75 de copago	Usted paga 20% después de que se cumple con el deducible médico

Medicamentos de largo plazo (de mantenimiento)

La cobertura de medicamentos con receta de la Ciudad le ofrece opciones y ahorros cuando se trata de surtir medicamentos con receta a largo plazo o de mantenimiento (suministro para hasta 90 días). Tiene dos maneras de ahorrar y puede fácilmente pedir resurtidos y administrar sus recetas en cualquier momento, en www.myprime.com o escaneando el código QR.



FARMACIA MINORISTA

- Recoja su medicamento de mantenimiento a una hora conveniente para usted en una farmacia minorista.
- Disfrute de la disponibilidad de recetas el mismo día.
- Hable con el farmacéutico en persona.

FARMACIA DE SERVICIO POR CORREO

- Disfrute de una cómoda entrega a domicilio de sus medicamentos con receta con Express Scripts® Pharmacy.
- Regístrese en www.express-scripts.com, escanee el código QR o llame al (833) 715-0942.
- Su médico puede enviar por fax, llamar o enviar su receta médica por medios electrónicos a Express Scripts® Pharmacy. Puede llamar al (888) 327-9791 para solicitar asistencia.



TERAPIA ESCALONADA CON GENÉRICOS

En el caso de ciertos medicamentos con receta de alto costo, tal vez sea necesario probar primero dos medicamentos genéricos alternativos antes de "subir el escalón" optando por un tratamiento más costoso. Su farmacéutico le informará en el momento de la compra si su receta requiere una terapia escalonada.

RECARGO POR ADMINISTRAR TAL COMO SE PRESCRIBE

Si elige surtir un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, pagará el copago del genérico Y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Los medicamentos genéricos pueden ayudarle a ahorrar dinero. Son químicamente equivalentes a los medicamentos de marca, pero suelen costar una fracción del precio.

Medicamentos GLP-1

Toda persona inscrita en un plan médico de la Ciudad de Dallas a través de BCBSTX y que utilice medicamentos GLP-1 para bajar de peso deberá participar en el programa KeepWell™ para acceder a su receta. Consulte la [página 15](#) para obtener más información sobre el programa.

MEDICAMENTOS CON RECETA DEL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

Ciertos medicamentos con receta del formulario de medicamentos especializados (medicamentos utilizados para tratar condiciones complejas como cáncer, esclerosis múltiple y trastornos autoinmunes) deben surtirse con un medicamento de la lista aprobada de BCBSTX-Prime Therapeutics. Si decide surtir su receta con un medicamento de la lista de "no cubiertos", deberá pagar el costo total de ese medicamento. Visite

www.cityofdallasbenefits.org para obtener una lista de los medicamentos cubiertos y no cubiertos en la Lista equilibrada de medicamentos.

Para obtener información adicional sobre farmacias especializadas, visite www.accredo.com/BCBSTX o llame a Accredo al (833) 721-1619.

COST PLUS DRUGS

La ciudad de Dallas se enorgullece de ofrecer una opción adicional de farmacia de pedido por correo a nuestros valiosos empleados:

The Mark Cuban Cost Plus Drug Co., conocida como Cost Plus Drugs.

Cost Plus Drugs se encuentra justo aquí en Dallas y ofrece más de 1,000 de los medicamentos genéricos que se recetan más habitualmente a precios bajos. Además, podrá ver exactamente cuánto costará su receta antes de comprarla, gracias al modelo de precios transparente de Cost Plus Drugs.

Para utilizar Cost Plus Drugs, siga estos sencillos pasos:

1. Visite www.costplusdrugs.com/medications o escanee el código QR y compruebe si su receta está disponible.
 - a. Si lo está, siga con el paso 2.
 - b. Si no lo está, tendrá que surtir su medicamento con receta en otra farmacia.
2. Cree su cuenta y complete su Perfil de Usuario en www.costplusdrugs.com/create-account. Si participa en el plan médico de la Ciudad, asegúrese de agregar la información de su seguro BCBSTX cuando se la pidan.
3. Pídale a su médico que extienda una nueva receta que incluya TODA la información siguiente:
 - a. Nombre
 - b. Fecha de nacimiento
 - c. Dirección de correo electrónico (debe coincidir con la dirección de correo electrónico que figura en su Perfil de Usuario)
 - d. Medicamento(s), incluyendo cantidad y dosis



4. Proporcione a su médico la siguiente información de la farmacia Cost Plus Drugs para que pueda enviar su receta electrónicamente:
 - a. Mark Cuban Cost Plus Drug Company
 - b. ID NCPDP n.º 3689568

Cost Plus Drugs comparará la receta con su cuenta y le notificará por correo electrónico. ¡Entonces podrá iniciar sesión y solicitar sus medicamentos!



¿PREGUNTAS?

Si tiene preguntas sobre Cost Plus Drugs:

- Visite la página de preguntas frecuentes de Cost Plus Drugs en www.costplusdrugs.com/faq.
- Obtenga más información o explore el sitio web en www.costplusdrugs.com.
- Póngase en contacto con Cost Plus Drugs directamente a través del formulario de soporte en línea en www.costplusdrugs.com/contact/support.



Telesalud MDLive

Con MDLive, puede conectarse con un médico certificado 24/7, 365 días al año, a través de la conveniencia de las consultas telefónicas o de video desde la comodidad de su hogar.

MDLive no reemplaza a su médico de atención primaria, pero es una opción conveniente para una atención de calidad cuando sea necesario. Puede utilizar un proveedor de la red MDLive ya sea que esté en su casa, en el trabajo, de vacaciones o mientras viaja en los Estados Unidos o internacionalmente.

Los médicos de MDLive pueden escribir recetas de acuerdo a las pautas regulatorias de su estado y pueden tratar muchas de las condiciones médicas más comunes, incluyendo:

- Resfriados y gripe (pero no COVID-19)
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Dolor de estómago
- Infección del tracto urinario (ITU)
- Y más

Con una red nacional de médicos experimentados, no es necesario esperar para recibir atención, y siempre hablará con médicos que tengan licencia en el estado en el que vive.

Para obtener más información o iniciar una visita, vaya a www.bcbs.com/member o descargue la aplicación MDLive disponible en la App Store y Google Play. Para conocer los costos de MDLive, consulte la [página 9](#) de esta guía.

Comuníquese con MDLive

Escanee el código QR, visite www.bcbs.com/member o descargue la aplicación MDLive, disponible en la App Store y Google Play.



Health Advocate Conserje para jubilados

La jubilación es un hito importante, pero también puede venir acompañada de muchas preguntas sobre la atención médica y Medicare.

La ciudad de Dallas se ha asociado con Health Advocate para ayudarle a navegar con más facilidad por su sistema de salud. Ya sea que esté considerando la posibilidad de jubilarse, o que sea actualmente un jubilado de menos de 65 o más de 65 años, o bien que esté por ser un jubilado de más de 65 años, los expertos de Health Advocate pueden hacerle recorrer por todas sus opciones de modo que pueda tomar las mejores decisiones. Este beneficio está a su disposición sin costo alguno para usted.



HEALTH ADVOCATE PUEDE:

- Responder preguntas sobre los beneficios que ofrece la ciudad de Dallas.
- Explicar sus opciones de planes médicos de Medicare y de la ciudad de Dallas y ayudarle a elegir el mejor plan para usted comparando los costos y las opciones de cobertura.
- Revisar los distintos planes y partes de Medicare, qué cubre cada uno y a qué costo.
- Explicarle la opción 'Comeback' que la ciudad de Dallas ofrece a los jubilados.
- Informarle sobre los plazos límites de inscripción y cuándo inscribirse para evitar pagar recargos por inscripción tardía en Medicare.



Comuníquese con Health Advocate:

- Envíe un correo electrónico a answers@HealthAdvocate.com.
- Llame al (866) 799-2731
- Visite www.HealthAdvocate.com/cityofdallas para enviar un mensaje o conversar en vivo con un representante.



Programa de asistencia al empleado

ComPsych GuidanceResources, nuestro Programa de asistencia al empleado (EAP), ofrece asistencia y apoyo para todos los problemas de la vida como estrés y ansiedad, temas legales y financieros, abuso de sustancias, duelo y pérdidas, y más. El EAP cubre hasta cinco visitas por miembro, por problema único, por año. Una vez que haya utilizado estas sesiones gratuitas, puede aprovechar los beneficios de su red BCBSTX para continuar viendo al mismo terapeuta en la mayoría de los casos. Los empleados, dependientes (cónyuge e hijos) y miembros del hogar (pareja, suegros, etc.) son elegibles para los servicios.

Apoyo emocional

Un profesional capacitado en salud mental le puede asesorar en cuestiones como:

- Tristeza, preocupaciones y estrés
- Abuso de drogas y alcohol
- Duelo, pérdidas y dificultades personales
- Conflictos con personas que están en su vida

Marcar sus tareas pendientes

Los especialistas pueden ayudarle a encontrar:

- Cuidado de niños, personas mayores o mascotas
- Servicios de mudanza o de reparaciones en el hogar
- Y mucho más

Obtenga respuestas a sus preguntas legales

Hable con un abogado para obtener ayuda con preguntas legales, que incluyen:

- Divorcio, adopción y derecho de familia
- Testamentos y fideicomisos
- Problemas entre propietarios e inquilinos

Consiga ayuda con sus finanzas

Los expertos financieros pueden ayudarle con una gran variedad de asuntos monetarios. Llame para conversar sobre:

- Planificación de la jubilación o impuestos
- Traslados, hipotecas o seguros
- Presupuestos, deudas o bancarrota

Acceda a herramientas en línea 24/7

GuidanceResources Online ofrece una variedad de información y asistencia:

- Artículos, podcasts, videos y presentaciones de diapositivas
- Capacitaciones bajo demanda
- Respuestas "Ask the Expert" (Pregunte al experto) a sus preguntas

Tres formas de acceder

- Llame al (844) 213-8968
- www.guidanceresources.com
(Identificación web: BCBSTXEAP)
- Descargue la aplicación GuidanceNow en su teléfono inteligente



Headway

Headway le ayuda a localizar al proveedor correcto para sus necesidades de salud mental. Ya sea que sepa lo que necesita o no esté seguro por dónde empezar, Headway le ayudará a encontrar la opción adecuada según sus necesidades clínicas y preferencias personales.

- Headway ofrece coincidencias a su medida el mismo día con proveedores que tienen disponibilidad dentro de las 48 horas.
- Usted puede programar citas presenciales o virtuales.
- Headway ofrece una red diversa de más de 4,000 proveedores en Texas, con más de 1,200 que se especializan en atención de niños y adolescentes.

EMPIECE

1. Encuentre proveedores a su medida en www.headway.co/m/cityofdallas.
2. Filtre sus preferencias, como raza/etnia, género e idioma, para encontrar el proveedor adecuado.
3. Agregue los detalles de su seguro para ver su costo antes de programar una cita. Puede programar una cita en el sitio web con el proveedor de su preferencia.



Programas de bienestar

Programas de control de la diabetes e hipertensión

Vivir con diabetes o hipertensión puede ser abrumador y puede resultar difícil saber cómo comenzar a autogestionarla. ¡Por eso existe Kannact! Kannact es una mejor manera de controlar estas afecciones crónicas y le brinda las herramientas y el apoyo necesarios para tener éxito en su camino hacia la salud. Es un beneficio opcional y sin costo para los empleados de la ciudad de Dallas y sus dependientes cubiertos inscritos en un plan médico de la ciudad. Inscríbase hoy y consiga lo siguiente:

- Dispositivos y suministros médicos **gratuitos** entregados en su domicilio, para que pueda controlar fácilmente sus signos vitales en casa
- Un **asesor en diabetes dedicado y certificado** para ayudarle a autocontrolar su afección
- Un **plan de acción personalizado** basado en su estilo de vida
- Una **aplicación móvil** que se puede personalizar según sus necesidades

Registrarse es fácil, confidencial y toma menos de cinco minutos. Vaya a www.kannact.com/cityofdallas para comenzar.

Una vez que se haya inscrito, se le asignará un asesor en diabetes certificado y dedicado para ayudarle a respaldar su salud. Tenga en cuenta: si se ha inscrito en Kannact anteriormente, no necesita volver a inscribirse.



¿Preguntas? Póngase en contacto con Kannact por teléfono al (855) 722-5513 o por correo a support@kannact.com.

Airrosti

Airrosti es un proveedor de atención médica dentro de la red de los planes médicos BCBSTX de la ciudad que proporciona tratamiento de recuperación rápida para lesiones de tejidos blandos. El objetivo de un plan de tratamiento a través de Airrosti es solucionar el dolor rápidamente (en 3 o 4 visitas) según los resultados informados por el paciente. Los proveedores de Airrosti ayudan a diagnosticar y tratar las afecciones musculoesqueléticas y articulares más comunes, incluido el dolor en el cuello, la espalda, los hombros, las caderas, los codos, las rodillas y los pies.

Puede elegir entre dos opciones de atención: programar una cita en persona o conectarse virtualmente con un proveedor de Airrosti.

Para todos los miembros del plan de salud de la ciudad de Dallas:

- Plan EPO/Copago: \$50 de copago
- Plan HMO: \$50 de copago
- Plan HDHP/HSA: deducible/coseguro

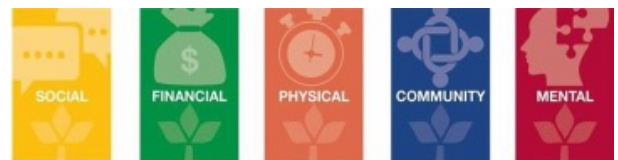
Portal de bienestar Navigate

Navigate es el portal de bienestar total de la Ciudad y un centro de recursos dedicados donde encontrará toda la información de bienestar de la ciudad de Dallas. Navigate ayuda a todos los empleados y jubilados a enfocarse en su bienestar social, financiero, mental, físico y comunitario.

El portal ofrece recursos, tales como herramientas de aprendizaje en línea, videos, evaluaciones de bienestar, desafíos grupales, desafíos personales, y mucho más, para ayudar a todos los empleados de la ciudad a alcanzar sus metas de bienestar social, financiero, mental, físico y comunitario.

Para empezar, escanee el código QR o visite www.wellbeingfirstabalancedyou.com.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese con el Equipo de Bienestar de la ciudad de Dallas por correo a citywellnesscenters@dallas.gov.



Wondr Health

Wondr es un programa de pérdida de peso clínicamente probado que le ayuda a perder peso, dormir mejor, estresarse menos y mucho más. Este programa le enseña habilidades sencillas basadas en la ciencia del comportamiento, para que pueda disfrutar de sus comidas favoritas y sentirse mejor que nunca, sin costo alguno para usted.

Para inscribirse en Wondr Health, visite www.wondrhealth.com/cityofdallas o escanee el código QR.

Los empleados, cónyuges y dependientes cubiertos mayores de 18 años inscritos en el plan médico de BCBSTX son elegibles para solicitar el programa.



Cobertura dental

La ciudad de Dallas ofrece dos planes dentales a través de Delta Dental: Dental PPO (DPPO) y Dental HMO (DHMO). Ambos planes ofrecen características valiosas para ayudarle a ahorrar dinero en atención dental.

COMPARACIÓN DE LOS PLANES DENTALES	DENTAL PPO	DENTAL HMO
ELECCIÓN DEL DENTISTA	<p>Puede hacerse atender con cualquier dentista que desee. Sin embargo, cuando acude a un dentista de Delta, recibe un servicio a precio de descuento.</p> <p>Cuando acuda a un dentista que no es de Delta, pagará más de su bolsillo ya que debe hacerse cargo del 100% de lo que cobre el dentista por encima de la asignación del programa de Delta Dental.</p>	<p>El plan requiere que preseleccione dentistas dentro de la red en el momento de la inscripción¹.</p> <p>Para poder usar sus beneficios, DEBE preseleccionar a un proveedor dental. No podrá ver a un dentista hasta que seleccione a un proveedor.</p>
CUIDADO DE ESPECIALIDAD	No se necesita derivación.	Su dentista le proporcionará a un especialista dentro de la red.
DESCUENTO EN LA RED	Los dentistas participantes han acordado aceptar las tarifas negociadas como pago total de los servicios dentro de la red.	El plan brinda acceso a cientos de servicios dentales que pueden ser más bajos de lo que costaría sin el plan. ²
BENEFICIOS	El plan cubre un porcentaje de la tarifa negociada de los dentistas dentro de la red o la asignación del programa para los dentistas que no son de Delta Dental.	El plan no tiene máximos anuales, deducibles ni reclamos. Usted es responsable de los copagos por cada procedimiento cubierto que se realice.

Cómo encontrar un dentista participante de Delta Dental

- Visite www.deltadentalins.com y haga clic en "Encontrar un dentista"
- Introduzca su código postal y seleccione la red de su plan
 - Para los dentistas de DPPO, elija la red PPO de Delta Dental³
 - Para los dentistas de DHMO, elija la red DeltaCare USA

Cree una cuenta en línea

Puede obtener información sobre su plan en cualquier momento y en cualquier lugar si se inscribe en una cuenta en línea en www.deltadentalins.com (haga clic en "Iniciar sesión" en la esquina superior derecha). Este útil servicio le permite comprobar los beneficios y la información de elegibilidad, encontrar un dentista de la red y más.



1. Si su proveedor de primera elección ya no acepta pacientes de DHMO o ya no forma parte de la red de DHMO, debe seleccionar otro proveedor dentro de la red antes de que puedan comenzar los beneficios del plan.
2. Se aplican ciertas limitaciones a algunos servicios. Consulte su tabla de beneficios en www.cityofdallasbenefits.org para obtener todos los detalles.
3. Si no encuentra un proveedor en la red PPO, su siguiente mejor opción es buscar un dentista de Delta Dental Premier antes de seleccionar un dentista que no pertenezca a Delta.

Plan Dental PPO

Con el plan Dental PPO de la ciudad de Dallas, puede atenderse con cualquier dentista que desee. Pero cuando acude a un dentista de Delta, recibe servicios a precios de descuento.

Cuando acuda a un dentista que no es de Delta, pagará más de su bolsillo ya que debe hacerse cargo del 100% de lo que cobre el dentista por encima de la asignación del programa de Delta Dental.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE (POR PERSONA ¹)	\$50	\$50
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL (POR PERSONA)	\$1,750	\$1,750
MÁXIMO DE ORTODONCIA DE POR VIDA (POR PERSONA)	\$1,750	\$1,750
TIPO DE COBERTURA	EL PLAN PAGA UN % DE LA TARIFA NEGOCIADA**	EL PLAN PAGA UN % DE LA ASIGNACIÓN DEL PROGRAMA**
PREVENTIVA¹		
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes Limpiezas (2 por año calendario) Rayos X Selladores <small>¹ Los servicios no aplican al máximo anual</small>	100%	100%
BÁSICA		
<ul style="list-style-type: none"> Empastes Extracciones Cirugía bucal Periodoncia no quirúrgica Anestesia general: Cuando la administra un proveedor para una cirugía oral cubierta o para procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados. 	80% después del deducible	80% después del deducible
MAYOR²		
<ul style="list-style-type: none"> Coronas, prótesis dentales, puentes Endodoncia Periodoncia quirúrgica <small>² Los implantes no tienen cobertura</small>	50% después del deducible	50% después del deducible
TIPO D - ORTODONCIA (Adultos e hijos dependientes hasta los 26 años)		
<ul style="list-style-type: none"> Todos los procedimientos dentales realizados en relación con el tratamiento de ortodoncia se pagan como Ortodoncia 	50%	50%

DENTAL PPO	TARIFA BIMENSUAL
SOLO EMPLEADO	\$22.27
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$40.97
EMPLEADO + HIJO(S)	\$41.50
EMPLEADO + FAMILIA	\$57.89

* Sujeto a limitaciones, cargos adicionales y exclusiones.

Nota: La elegibilidad del hijo(s) para la cobertura dental es desde el nacimiento hasta los 26 años.

** La tarifa negociada se refiere a los honorarios que los dentistas participantes han acordado aceptar como pago total, sujeto a copagos, deducibles, costos compartidos y beneficios máximos. Las tarifas negociadas están sujetas a cambios.

Plan Dental HMO

El Plan DHMO ofrece una amplia gama de beneficios dentales a través de una red de dentistas participantes. Con este plan, usted es responsable de los copagos asociados a cada procedimiento cubierto.

Este plan ofrece gastos de bolsillo más bajos en más de 400 procedimientos.

Estos son algunos de los servicios de este plan, todos los cuales le ayudarán a reducir sus costos de atención dental.

COPAGO	
VISITA A CONSULTORIO	\$5 por visita (incluidos todos los gastos de esterilización y/o control de infecciones)
VISITA DE SERVICIOS PREVENTIVOS (limpiezas, exámenes, flúor, radiografías)	Sin costo alguno
CORONAS	\$160 - \$380 (resina, porcelana, metal o titanio)
ORTODONCIA	\$2,100 adultos* \$1,900 niños*
CIRUGÍA ÓSEA	\$275 - \$345
TRATAMIENTOS DE CONDUCTO	\$110 - \$380
EXTRACCIONES	\$5 - \$130 (mayor costo por diente impactado)
ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN INTRAVENOSA	\$80
LIMPIEZAS (cada 6 meses)	Sin costo por cada período de 6 meses; limpiezas adicionales dentro del período de 6 meses: \$45 adultos/\$35 niños
LIMPIEZAS PERIODONTALES (cada 6 meses)	\$40 por cada período de 6 meses; limpiezas periodontales adicionales dentro del período de 6 meses: \$55
IMPLANTES	No está cubierto

* Cargos adicionales por examen previo al tratamiento, sesión de planificación del tratamiento, retención de ortodoncia, registros previos y posteriores a la ortodoncia.

DENTAL HMO	TARIFA BIMENSUAL
SOLO EMPLEADO	\$6.17
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$11.35
EMPLEADO + HIJO(S)	\$11.41
EMPLEADO + FAMILIA	\$16.05



Debe seleccionar un proveedor

Tenga en cuenta: si elige el Plan Dental HMO de Delta, DEBE seleccionar un proveedor dental para poder utilizar sus beneficios. No podrá ver a un dentista hasta que seleccione a un proveedor.

Cobertura de visión

Unos ojos sanos y una visión clara son una parte importante de su salud general y de su calidad de vida. Su plan de visión a través de Davis Vision por MetLife le ayuda a cuidar de sus ojos mientras le ahorra dinero.¹ Elija entre una red nacional de médicos particulares independientes o socios minoristas selectos en 50 estados. Visite www.mybenefits.metlife.com para encontrar proveedores en su red.

BENEFICIOS DENTRO DE LA RED	PLAN ALTO	PLAN BAJO
FRECUENCIA		
Examen ocular	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario
Evaluación y prueba de lentes de contacto	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario
Monturas	2 pares por año calendario o combinar con lentes de contacto	Cada dos años calendario
Cristales de gafas	Una vez por año calendario o combinar con lentes de contacto	Una vez por año calendario
Lentes de contacto	2 pares por año calendario o combinar con gafas	Una vez cada año calendario en lugar de gafas
COPAGO		
Examen ocular	\$10	\$10
Imágenes de retina	\$39	\$39
Evaluación, prueba y atención de seguimiento de lentes de contacto	\$10	\$20
Cristales de gafas	\$10	\$20
MONTURAS		
Cualquier montura que se ofrezca en el consultorio del profesional del cuidado de la vista	20% de descuento sobre el saldo después de una asignación de \$150 ² O Monturas cubiertas en su totalidad en las ubicaciones de Visionworks ³	20% de descuento sobre el saldo después de una asignación de \$140 ² O Monturas cubiertas en su totalidad en las ubicaciones de Visionworks ³
Colección de monturas de primera calidad, de diseñador y de moda de Davis Vision ²	\$0/\$0/\$0 (en lugar de asignación)	\$0/\$0/\$25 (en lugar de asignación)
CRISTALES DE GAFAS		
Cristales monofocales, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria, lenticulares, de gran tamaño	\$10	\$20
Tonalización pareja o gradual	\$0	\$15
Revestimiento básico resistente a los arañazos	\$0	\$0
Cristales de policarbonato	\$0	\$0 ⁴ o \$35
Recubrimiento UV	\$0	\$15
Recubrimiento estándar de AR	\$0	\$40
Progresivo estándar	\$0	\$65
LENTES DE CONTACTO		
Evaluación y adaptación <ul style="list-style-type: none"> Colección Davis Vision² Colección que no es de Davis Vision 	\$10 15% de descuento después de una asignación de \$60 ^{2,5}	\$20 15% de descuento después de una asignación de \$60 ^{2,5}
Electivos <ul style="list-style-type: none"> Colección Davis Vision² Colección que no es de Davis Vision 	\$0 (hasta 8 cajas) 15% de descuento después de una asignación de \$130 ^{2,5}	\$0 (hasta 4 cajas) 15% de descuento después de una asignación de \$130 ^{2,5}
<ul style="list-style-type: none"> Visualmente necesarias (con aprobación previa) 	\$0	\$0

Vea las notas al pie de la página siguiente.

Localizar un profesional del cuidado de la vista dentro de la red



Visite www.mybenefits.metlife.com o llame al (833) 393-5433 para encontrar un profesional del cuidado de la vista dentro de la red.

Beneficios fuera de la red

MONTO DEL REEMBOLSO	PLAN ALTO	PLAN BAJO
Examen ocular	Hasta \$40	Hasta \$45
Monturas	Hasta \$50	Hasta \$50
Cristales de gafas (monofocales/bifocales/trifocales/lenticulares)	Hasta \$40/\$60/\$80/\$100	Hasta \$40/\$60/\$80/\$90
Lentes de contacto (electivas/visualmente necesarias)	Hasta \$105/\$225	Hasta \$120/\$225

TARIFA BIMENSUAL DEL PLAN DE VISIÓN	PLAN ALTO	PLAN BAJO
SOLO EMPLEADO	\$5.88	\$3.34
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$10.75	\$6.10
EMPLEADO + HIJO(S)	\$11.27	\$6.40
EMPLEADO + FAMILIA	\$17.31	\$9.82

1. Consulte el resumen del plan para obtener una lista completa de las opciones de cristales y los cargos aplicables para los miembros.
2. La colección Davis Vision está disponible en la mayoría de las ubicaciones de proveedores independientes participantes. La colección está sujeta a cambios. La colección incluye lentes de contacto tóricos y multifocales seleccionados.
3. Descuentos adicionales no aplicables en tiendas Walmart, Sam's Club o Costco.
4. El beneficio de monturas gratuitas está disponible en todas las ubicaciones de Visionworks en todo el país e incluye todas las monturas, excepto las gafas Maui Jim.
5. Incluidos, entre otros, lentes de contacto tóricos, multifocales y permeables al gas.

Características y extras de valor agregado

- Gafas y lentes de contacto totalmente pagados.
 - Colección de monturas²: Los planes incluyen una selección de monturas de marca de diseñador que están cubiertas por un copago de no más de \$25.
 - Colección de lentes de contacto^{2,5}: Seleccione entre los lentes de contacto más populares del mercado actual con la colección de lentes de contacto de Davis Vision de MetLife.
- Garantía de un año por rotura de cristales incluida en las gafas del plan sin costo adicional.
- Una red nacional de profesionales de primer nivel en el cuidado de la vista en los 50 estados.
- Utilice sus beneficios dentro de la red para comprar en línea en www.1800Contacts.com, www.Befitting.com y www.Glasses.com.
- Libertad de elección con acceso a atención a través de la red de médicos privados independientes (optometristas y oftalmólogos) de Davis Vision de MetLife o socios minoristas selectos.
- Características adicionales de valor añadido.
 - Comprar lentes de contacto o lentes de contacto de reemplazo (después del beneficio inicial) a través del servicio de pedidos por correo de www.DavisVisionContacts.com le asegura una compra fácil y conveniente en línea y un envío rápido y directo hasta la puerta de su casa.
 - Davis Vision de MetLife le ofrece a usted y a sus dependientes elegibles la oportunidad de recibir un descuento en la corrección de la vista con láser a través de QualSight. Para obtener más información, visite www.mybenefits.metlife.com. Además, se dispone de una asignación por única vez/de por vida de \$500.
 - Los servicios de audición reciben descuentos de hasta el 40% con Your Hearing Network.

Reclamos

Pague directamente al proveedor todos los cargos y luego envíe un reclamo de reembolso a la siguiente dirección:

Unidad de Procesamiento de Cuidados
Apartado postal 1525
Latham, NY 12110

O bien, envíe su reclamo a través de la aplicación móvil Davis Vision by MetLife.

Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)

El plan HSA de Blue Choice ofrece una característica de ahorro de impuestos llamada Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). Con esta cuenta, usted puede pagar ciertos gastos médicos de su bolsillo durante todo el año. También puede inscribirse en la Cuenta de gastos flexibles (FSA) de propósito limitado para ayudarle a cubrir los gastos dentales y de visión elegibles de bolsillo.

¿Quiénes pueden ser elegible para una HSA?

Usted puede participar en la HSA solo si se inscribe en el plan HSA de Blue Choice. No es elegible para aportar si:

- Usted está inscrito en Medicare.
- Usted está cubierto por otro plan médico (como el plan de su cónyuge) que no califica como un plan de salud con deducible alto.
- Usted figura como dependiente en la declaración jurada de impuestos de otra persona.
- Usted o su cónyuge participan en una Cuenta de gastos flexibles para atención médica (FSA) en la ciudad o con el empleador de su cónyuge.

Nota: Incluso si no aporta a la HSA, no puede aportar a la FSA para atención médica de la ciudad si está inscrito en el plan médico HSA de Blue Choice. Sin embargo, puede aportar a la FSA de propósito limitado de la ciudad si está inscrito en el plan médico HSA de Blue Choice.

Conozca más

Para obtener más información, consulte nuestro documento de preguntas frecuentes en www.cityofdallasbenefits.org.



Fondos prorrateados de la HSA

Si se inscribe como contratado nuevo o experimenta un evento de vida habilitante (QLE) después del 31 de enero, los fondos asignados al saldo de su cuenta se reducirán en base a la siguiente tabla.

MES DE INSCRIPCIÓN	SOLO EMPLEADO	EMPLEADO + FAMILIA
ENERO	\$700,00	\$1,700.00
FEBRERO	\$641.67	\$1,558.33
MARZO	\$583.33	\$1,416.66
ABRIL	\$525.00	\$1,275.00
MAYO	\$466.67	\$1,133.33
JUNIO	\$408.33	\$991.66
JULIO	\$350.00	\$850.00
AGOSTO	\$291.67	\$708.33
SEPTIEMBRE	\$233.33	\$566.67
OCTUBRE	\$175.00	\$425.00
NOVIEMBRE	\$116.67	\$283.33
DICIEMBRE	\$58.33	\$141.67

Acceso a sus fondos

1. Pague con su tarjeta de débito de que debitará automáticamente el saldo de su HSA en el punto de compra.
2. Pague su factura en línea para pagar a los proveedores médicos directamente desde su HSA.
3. Pague los gastos de su propio bolsillo y luego reembolse sus gastos con su HSA.

Detalles de la HSA

- La HSA está disponible cuando se inscribe en el Plan Médico HSA de Blue Choice y permanece inscrito continuamente.
- Usted puede utilizar la HSA para ayudar a pagar gastos médicos elegibles, como deducibles, coseguros y otros gastos de bolsillo dentales, de visión y de medicamentos con receta que no estén cubiertos por un plan de salud.
- Para acceder a los fondos de su HSA, debe utilizar su tarjeta de débito o realizar transferencias en línea a través del sitio web. Los reclamos no se pagarán automáticamente.
- Si usted aporta a su HSA, la ciudad aportará hasta \$700 a su HSA por cobertura de solo empleado o hasta \$1,700 por cobertura familiar.
- Su aporte a la HSA no cuenta como ingreso gravable. Eso significa que puede cubrir gastos médicos, dentales y de visión con dinero libre de impuestos.
- El saldo de su HSA se transferirán de año en año y no hay ninguna regla de "se usa o se pierde". La HSA es una cuenta propiedad de los empleados, puede llevarla consigo incluso si ya no trabaja en la ciudad de Dallas.

NIVEL DE COBERTURA	APORTE TOTAL A LA HSA PERMITIDO EN 2026	APORTE DE NIVELACIÓN ADICIONAL (MÁS 55 AÑOS)
SOLO EMPLEADO	\$4,400	\$1,000
EMPLEADO + DEPENDIENTES	\$8,750	\$1,000



Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Una cuenta de gastos flexibles (FSA) le permite ahorrar dinero utilizando dólares "antes de impuestos" para pagar ciertos gastos de atención médica y de atención de dependientes. Para inscribirse, usted elige un monto que se deducirá antes de impuestos de su cheque de pago durante 24 períodos de pago y se depositará en su FSA. Luego, cuando incurra en gastos elegibles, usted puede solicitar el reembolso de la cuenta.

Conozca más

Para obtener más información, consulte nuestro documento de preguntas frecuentes en www.cityofdallasbenefits.org.



Deducción de la nómina

FSA PARA GASTOS MÉDICOS (NO COMPATIBLE CON EL PLAN HSA)	FSA DE PROPÓSITO LIMITADO (COMPATIBLE CON EL PLAN HSA)	FSA PARA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES (COMPATIBLE CON TODAS LAS OPCIONES DEL PLAN)
ELIJA HASTA \$3,300 LIBRES DE IMPUESTOS	ELIJA HASTA \$3,300 LIBRES DE IMPUESTOS	ELIJA HASTA \$7,500 LIBRES DE IMPUESTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Su FSA de gastos médicos se puede utilizar para reembolsar sus gastos médicos de bolsillo, los de su cónyuge y los de sus dependientes. • Los gastos elegibles incluyen deducibles, coseguros y medicamentos con receta. También se pueden reembolsar gastos dentales, de visión y de audición. • La elección máxima anual de gastos médicos para la FSA es de \$3,300. El monto anual total que usted elija se puede utilizar en cualquier momento durante el año del plan y está disponible a partir del 1 de enero. • Los fondos que usted elija no se transferirán de un año a otro; sin embargo, la ciudad de Dallas ofrece un período de gracia en el que puede utilizar los fondos restantes de 2026 antes del 15 de marzo de 2027. Después de esta fecha, se perderán todos los fondos restantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si ha elegido aportar a una HSA en 2026, también puede inscribirse en una FSA de propósito limitado, aunque ambas cuentas pueden reembolsar gastos dentales y de visión. • Para cumplir con las reglas de la HSA, su FSA de propósito limitado solo se puede utilizar para reembolsar gastos dentales y de visión de bolsillo suyos, de su cónyuge y de sus dependientes. • La elección anual máxima de la FSA de propósito limitado es de \$3,300. El monto anual total que usted elija se puede utilizar en cualquier momento durante el año del plan y está disponible a partir del 1 de enero. • Los fondos que usted elija no se transferirán de un año a otro; sin embargo, la ciudad de Dallas ofrece un período de gracia en el que puede utilizar los fondos restantes de 2026 antes del 15 de marzo de 2027. Después de esta fecha, se perderán todos los fondos restantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • El aporte máximo anual a una FSA para atención de dependientes es de \$7,500 (o de \$3,750 si está casado y declara impuestos por separado). • La FSA para atención de dependientes se utiliza para reembolsar ciertos gastos de los hijos menores de 13 años o de personas que no pueden cuidarse a sí mismas. A diferencia de las FSA para gastos médicos y las FSA de propósito limitado, las FSA para atención de dependientes • solo pueden reembolsar los gastos hasta el monto que usted haya contribuido a la fecha. • Los fondos están disponibles tres días hábiles después de la deducción de la nómina. La FSA para atención de dependientes es solo para su cuidado de guardería. • Los fondos que elija no se transferirán de un año a otro. Debe utilizar todos los fondos de 2026 antes del 31 de diciembre de 2026. Después de esta fecha, se perderán todos los fondos restantes.

Cómo usar sus fondos

- Cuando se inscriba en la FSA para gastos médicos o de propósito limitado, recibirá por correo una tarjeta de débito. La tarjeta contendrá fondos para gastos médicos y/o fondos para gastos de propósito limitado. NO se guardarán los fondos para atención de dependientes.
- Si utiliza la tarjeta en un comerciante del Sistema de Aprobación de Información de Inventario (IIAS), la transacción será aprobada en el punto de venta. Generalmente, las grandes farmacias, tiendas de comestibles y tiendas de grandes superficies (es decir, Walgreens, Albertsons, Walmart) tienen capacidad de IIAS.
- Si el gasto se considerará para el reembolso del seguro, intente esperar hasta recibir la Explicación de beneficios (EOB) de la compañía de seguros para asegurarse de que la transacción con tarjeta de débito sea por el monto.
- Si el comerciante no acepta la tarjeta, envíe el cargo a través del proveedor de FSA o por correo.
- Las solicitudes de reembolso de gastos médicos/ de propósito limitado, así como la documentación de las transacciones con tarjeta de débito, pueden enviarse electrónicamente, por fax o por correo.
- Para el reembolso por la atención de dependientes, debe enviar su solicitud para recibirlo. Después del envío, se le preguntará qué método de reembolso prefiere (transferencia electrónica, cheque, etc.).

Consejos para la FSA

- Si desea consultar la lista de gastos elegibles y establecer un depósito directo para el reembolso de gastos, visite **el sitio del proveedor de FSA**.
- La FSA para gastos médicos, la FSA de propósito limitado y la FSA para atención de dependientes son cuentas separadas. No puede transferir fondos entre cuentas ni cargar varias cuentas para los mismos gastos.
- Guarde sus recibos y facturas. Es posible que se le pida que presente documentación de sus gastos.
- En general, cualquier dinero que quede en su FSA al final del año se pierde. Esta es una regla del IRS. **Nota:** Si actualmente participa en la FSA de gastos médicos y elige el plan médico HSA para 2026, sus fondos de FSA vencerán el 31 de diciembre de 2025. El período de gracia no se aplica y no podrá transferir estos fondos a una FSA de propósito limitado para 2026.
- Los fondos de la FSA para atención de dependientes deben utilizarse antes del 31 de diciembre de 2026 y todos los reclamos deben presentarse antes del 31 de marzo de 2027.
- Si se jubila o deja de trabajar para la ciudad, los fondos de su FSA terminarán en la fecha de su partida. Tendrá 90 días después de la fecha de su partida para enviar pedidos de reembolso por gastos incurridos antes de su partida. No puede presentar reclamos por servicios recibidos después de la fecha de salida.



Beneficios de apoyo para la familia

La ciudad de Dallas se enorgullece de ofrecer hasta 6 semanas de Licencia por paternidad remunerada, junto con la Ley de Licencias Familiares y Médicas (FMLA), para los empleados elegibles de la ciudad de Dallas que hayan dado a luz, necesiten cuidar a, adopten o reciban la entrega de un niño de 12 años o menos.

ELEGIBILIDAD

La licencia por paternidad remunerada está disponible para los empleados a tiempo completo o parcial de la ciudad de Dallas que han estado contratados durante al menos 12 meses, son elegibles para la FMLA y cumplen con lo siguiente:

- Han dado a luz a un niño a partir del 1 de octubre de 2021; o
- Necesitan cuidar a un niño nacido a partir del 1 de octubre de 2021; o
- Han adoptado o recibido la entrega de un niño (de 12 años o menos) en cuidado de crianza en o después del 1 de octubre de 2021.

Tenga en cuenta: Los empleados temporales y de temporada de la ciudad no son elegibles.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- La Licencia por paternidad remunerada es simultánea a la licencia FMLA. Los empleados de la ciudad de Dallas deben ser elegibles para la licencia FMLA antes de que puedan ser aprobados para la Licencia por paternidad remunerada.
- La Licencia por paternidad remunerada cubre hasta las seis primeras semanas de licencia FMLA tras el nacimiento, la adopción o la entrega del niño.
- Los empleados de la ciudad deben utilizar la Licencia por paternidad remunerada antes de cualquier otra licencia remunerada.
- La Licencia por paternidad remunerada está disponible una vez por período de 12 meses consecutivos.
- La adopción por matrimonio no da derecho a la Licencia por paternidad remunerada a los empleados de la ciudad.
- Si ambos padres/tutores legales son empleados de la ciudad, deben compartir una asignación de Licencia por paternidad remunerada, sin exceder el máximo de seis semanas.

SERVICIOS DE PARTERA

La ciudad de Dallas se enorgullece de ofrecer cobertura para servicios de parteras calificadas.

- La cobertura de servicios de parteras calificadas está disponible para las empleadas que estén inscritas en uno de los planes médicos BCBSTX de la ciudad y tengan un embarazo normal. Este beneficio no se aplica a empleadas que tengan embarazos complejos.
- La cobertura de los servicios de parteras calificadas es similar a la de la atención tradicional del embarazo y el parto.
- Los servicios de parteras deben ser brindados por un Enfermero o Enfermera de Práctica Avanzada (APN) calificado(a), como un enfermero(a) especializado(a), partera-enfermera, enfermero(a) anestesista y un(a) especialista en enfermería clínica o asistente de médico (PA) que se especialice en medicina familiar, medicina interna, pediatría u obstetricia/ginecología.
- La partera que preste servicios debe formar parte de un grupo de proveedores donde haya un médico que supervise la atención o progreso y ofrezca asistencia clínica.



Conozca más o aplique

Si tiene preguntas o desea solicitar una licencia por paternidad remunerada, envíe un correo electrónico a CODemployeepaidleave@dallascityhall.com o consulte nuestro documento de preguntas frecuentes en www.cityofdallasbenefits.org.

Seguro de vida básico y complementario

No es fácil de pensar, pero ¿podría su familia vivir sin sus ingresos si usted falleciera repentinamente? ¿Su familia podría cubrir los gastos médicos asociados a una enfermedad terminal o a los gastos de entierro y funeral?

La ciudad de Dallas ofrece seguro de vida para usted y su familia para cuando ocurran situaciones difíciles. Esta cobertura se administra a través de The Standard.

Seguro básico de vida

Los empleados a tiempo completo reciben \$75,000 de cobertura de seguro básico de vida; la ciudad de Dallas paga el costo total de esta cobertura para usted.



Elegibilidad

Para ser elegible para el seguro básico y adicional de vida:

- Debe ser un empleado activo de la ciudad de Dallas. Los empleados temporales y de temporada, los miembros de las fuerzas armadas a tiempo completo, los empleados arrendados, los empleados en prácticas y los contratistas independientes no son elegibles para este beneficio.
- Si es un empleado a tiempo completo, debe trabajar regularmente al menos 40 horas a la semana.
- Si es un empleado a tiempo parcial, debe trabajar regularmente al menos 20 horas a la semana, pero menos de 40 horas.
- Para poder contratar un seguro adicional de vida, los empleados a tiempo completo deben contar con un seguro básico de vida.
- Para el Seguro de vida para dependientes: su cónyuge/pareja de hecho o hijos no deben ser miembros a tiempo completo de las fuerzas armadas o empleados activos de la ciudad de Dallas.

Seguro de vida complementario

Además del seguro básico de vida, usted puede elegir un seguro de vida complementario para usted. Los empleados a tiempo completo deben tener un seguro básico de vida para poder elegir un seguro de vida complementario. Los empleados a tiempo parcial pueden elegir esta cobertura sin tener un seguro básico de vida.

OPCIÓN 1	1 vez sus ingresos anuales, redondeado al siguiente múltiplo superior de \$1,000, si no es ya un múltiplo de \$1,000. El monto máximo es de \$500,000
OPCIÓN 2	2 vez sus ingresos anuales, redondeado al siguiente múltiplo superior de \$1,000, si no es ya un múltiplo de \$1,000. El monto máximo es de \$500,000
OPCIÓN 3	3 vez sus ingresos anuales, redondeado al siguiente múltiplo superior de \$1,000, si no es ya un múltiplo de \$1,000. El monto máximo es de \$500,000

TARIFA BIMENSUAL DEL SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO	
EDAD DEL EMPLEADO (EL 1 DE ENERO ÚLTIMO)	TARIFA (POR CADA \$1,000 DE COBERTURA TOTAL)
<25	\$0.0215
25-29	\$0.0260
30-34	\$0.0360
35-39	\$0.0370
40-44	\$0.0450
45-49	\$0.0750
50-54	\$0.1150
55-59	\$0.2110
60-64	\$0.3050
65-69	\$0.5750
70 o más	\$1.0300

Cómo calcular sus costos

Siga estos pasos para calcular el costo de su cobertura de Seguro de vida complementario:

1. Elija el monto de cobertura que desea.
2. Divida el monto de la Línea 1 por \$1,000.
3. Utilice la tabla en la página anterior para hallar el costo para su edad e ingréselo en la línea 3. Su tarifa =
4. Multiplique el monto de la línea 2 por el monto de la línea 3 para hallar su costo quincenal.

_____	LÍNEA 1
_____	LÍNEA 2
_____	LÍNEA 3
_____	LÍNEA 4

También puede visitar el estimador de necesidades de cobertura en línea de The Standard en www.standard.com/individuals-families/workplace-benefits/life-and-add/estimate-life-insurance-needs

Constancia de Asegurabilidad

Durante la Inscripción Abierta de cada año, los empleados que son elegibles pero no están asegurados pueden elegir la Opción 1 del seguro de vida complementario sin presentar una Constancia de Asegurabilidad (EOI). Los asegurados pueden aumentar la cobertura en una opción, sin presentar la EOI. Sin embargo, se requiere presentar la EOI si:

- Aumenta la cobertura en más de 1 vez sus ingresos anuales, sin exceder 3 veces sus ingresos anuales.
- La fecha de solicitud es más de 30 días después de que usted sea elegible.
- Solicita aumentos en la cobertura, la restitución de la cobertura terminada o la cobertura para miembros elegibles pero no asegurados bajo planes anteriores.

Seguro de vida para dependientes

También puede adquirir un seguro de vida opcional para sus dependientes elegibles. El monto de cobertura para su cónyuge o hijos no puede exceder el 100 por ciento de su cobertura de vida básica y adicional combinadas.

OPCIÓN 1	OPCIÓN 2
Cónyuge: \$15,000 Hijos: \$5,000	\$1.215 por período de pago, independientemente del número de dependientes elegibles cubiertos
Cónyuge: \$25,000 Hijos: \$10,000	\$2.230 por período de pago, independientemente del número de dependientes elegibles cubiertos



Designe a su beneficiario

Al momento de su inscripción inicial, se le pedirá que nombre a un beneficiario (la(s) persona(s) que recibirá(n) el beneficio del seguro de vida en caso de su fallecimiento).

Si tiene preguntas sobre el formulario de EOI, póngase en contacto con el Centro de Servicios de Beneficios por teléfono al (214) 671-6947 o por correo a hrbenefits@dallas.gov. Si desea realizar cambios en su(s) beneficiario(s) en cualquier momento del año, inicie sesión en Workday para hacerlo.

Seguro de vida básico y complementario

Beneficios acelerados

Según la disposición de Beneficio acelerado, si usted es un empleado a tiempo completo que trabaja regularmente por lo menos 40 horas a la semana, puede ser elegible para recibir hasta un 75 por ciento, o un máximo de \$500,000, de su cobertura de Seguro de vida adicional si contrae una enfermedad terminal, tiene una expectativa de vida de menos de 12 meses y cumple con otros requisitos de elegibilidad.

El monto del seguro de vida adicional pagadero en caso de su fallecimiento se reduce según el Beneficio acelerado pagado y un cargo por intereses.

Requisitos de trabajo activo

Si no está trabajando activamente el día anterior a la fecha prevista de entrada en vigor del seguro que incluya un seguro de vida para dependientes, su seguro no entrará en vigor hasta el día siguiente a la finalización de un día completo de trabajo activo como empleado elegible.

Reducciones de edad

Bajo este plan, su seguro no se reducirá debido a su edad.

Exclusión de suicidio

La cobertura de vida complementaria (pagada por el empleado) incluye una exclusión por muerte resultante de suicidio u otra lesión autoinfligida intencionalmente. El monto a pagar excluirá los montos que no hayan estado continuamente en vigencia durante al menos dos años en la fecha del fallecimiento.

Portabilidad

Si su seguro termina porque su empleo termina, usted podría ser elegible para contratar un seguro grupal portable.

Comuníquese con The Standard llamando al (877) 474-4250 para obtener más información.



Seguro voluntario por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

El seguro voluntario AD&D le proporciona beneficios a usted o a sus beneficiarios en caso de lesión accidental o fallecimiento.

Cobertura de empleado

Usted puede elegir la cobertura voluntaria de AD&D en incrementos de \$25,000, hasta un máximo de \$250,000. Sin embargo, los montos que superen los \$150,000 no pueden exceder 10 veces sus ingresos anuales.

Cobertura de dependientes

Si elige cobertura para usted, también podrá elegir cobertura para sus dependientes.

- Solo cónyuge/pareja de hecho: 60 por ciento del monto de su cobertura voluntaria de AD&D.
- Solo Hijos: 20 por ciento del monto de su cobertura voluntaria de AD&D, hasta un máximo de \$50,000 por hijo.
- Cónyuge/Pareja de hecho e Hijos: 50 por ciento del monto de su cobertura voluntaria de AD&D para su cónyuge/pareja de hecho y 15 por ciento del monto de su cobertura voluntaria de AD&D para cada hijo. El monto de cobertura para sus hijos no puede exceder los \$50,000 por hijo.

Monto del beneficio

El monto de este beneficio de seguro de AD&D por otras pérdidas cubiertas es un porcentaje del monto pagadero por la cobertura adicional de seguro de AD&D en la fecha del accidente.



TIPO DE PÉRDIDA	PORCENTAJE A PAGAR
VIDA ¹	100%
UNA MANO O UN PIE ²	50%
VISIÓN EN UN OJO	50%
HABLA AUDIBLE	50%
AUDICIÓN EN AMBOS OÍDOS	50%
DOS O MÁS DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS ANTERIORMENTE	100%
DEDO PULGAR E ÍNDICE DE LA MISMA MANO ³	25%
CUADRIPLÉJIA ⁴	100%
HEMIPLÉJIA ⁴	50%
PARAPLÉJIA ⁴	75%
UNIPLÉJIA ⁴	25%
COMA	*

- ¹ Este beneficio incluye la pérdida de vida por exposición o desaparición. La desaparición debe ser causada directamente por un accidente que pudiese haber resultado razonablemente en la muerte y debe ocurrir independientemente de que todas las demás causas continúen durante un período de 365 días después de la fecha del accidente, a pesar de los esfuerzos razonables de búsqueda.
 - ² Este beneficio se paga independientemente de que la mano o el pie se vuelva a colocar quirúrgicamente o no.
 - ³ Este beneficio no se paga si se paga un beneficio de seguro AD&D por la pérdida de toda la mano.
 - ⁴ Este beneficio no se paga por la pérdida de función de una mano o un pie si se paga un beneficio de seguro AD&D por cuadriplejia, hemiplejia, paraplejia o uniplejia que involucra esa misma mano o pie.
- * Los pagos por coma son el 1 por ciento mensual del resto del Beneficio del Seguro de AD&D pagadero por pérdida de vida después de la reducción por cualquier Beneficio del Seguro de AD&D pagado por cualquier otra pérdida como resultado del mismo accidente. Los pagos por coma no excederán un máximo de 11 meses.

Características

- **Beneficio por bolsa de aire** – Proporciona un beneficio adicional en caso de un accidente automovilístico cubierto por el cual se paga un beneficio de cinturón de seguridad.
- **Paquete de beneficios familiares** – Los familiares elegibles podrían tener derecho a recibir ayuda financiera adicional para el cuidado de hijos, universidad o formación profesional. Se incluyen el beneficio para el cuidado de hijos, el beneficio para estudios superiores y el beneficio para adaptación profesional.
- **Beneficio por parálisis** - Proporciona una parte de su beneficio de AD&D si sufre un accidente que resulta en cuadriplejía, hemiplejía o paraplejía.
- **Beneficio por transporte público** - Proporciona un beneficio adicional en caso de muerte como resultado de un accidente que ocurra mientras está viajando como pasajero que paga la tarifa en el transporte público.
- **Beneficio por cinturón de seguridad** - Proporciona un beneficio adicional en caso de un accidente de automóvil cubierto.
- **Beneficio de adaptación para hogar y vehículo** - Proporciona un beneficio adicional si sufre una pérdida, que no sea la pérdida de la vida, y es un beneficio por única vez en el que se pueden hacer adaptaciones en su residencia principal o automóvil.
- **Beneficio por cumplimiento del deber** - Beneficio adicional para los oficiales de seguridad pública que sufren una pérdida de AD&D. Lo que sea menor entre \$50,000 o el 100 por ciento del beneficio AD&D.

Ejemplos de primas (menores de 70 años)

A continuación encontrará el costo real por período de pago, según el monto del beneficio que elija.

SOLO EMPLEADO		EMPLEADO / FAMILIA	
MONTO DEL BENEFICIO	TARIFA BIMENSUAL	MONTO DEL BENEFICIO	TARIFA BIMENSUAL
\$25,000	\$0.313	\$25,000	\$0.500
\$50,000	\$0.625	\$50,000	\$1.000
\$75,000	\$0.938	\$75,000	\$1.500
\$100,000	\$1.250	\$100,000	\$2.000
\$125,000	\$1.563	\$125,000	\$2.500
\$150,000	\$1.875	\$150,000	\$3.000
\$175,000	\$2.188	\$175,000	\$3.500
\$200,000	\$2.500	\$200,000	\$4.000
\$225,000	\$2.813	\$225,000	\$4.500
\$250,000	\$3.125	\$250,000	\$5.000

Requisitos de trabajo activo

Si no está trabajando activamente el día anterior a la fecha de entrada en vigor prevista del seguro, su seguro no entrará en vigor hasta que complete un día de trabajo activo como empleado elegible.

Reducciones de edad

Bajo esta póliza, la cobertura del seguro se reduce al 65 por ciento a los 70 años, al 45 por ciento a los 75 años, al 30 por ciento a los 80 años y al 15 por ciento a los 85 años.

Limitaciones

La pérdida debe ocurrir únicamente por accidente e independientemente de todas las demás causas, dentro de los 365 días posteriores al accidente. La pérdida de la vida debe demostrarse con una copia certificada del certificado de defunción. Todas las demás pérdidas deben ser certificadas por un médico de la especialidad apropiada según lo determine The Standard.

Seguro por discapacidad

Los beneficios por discapacidad pueden ayudar a los empleados lesionados o enfermos a cumplir con sus obligaciones financieras, como pagos de hipoteca o alquiler, que el seguro médico no cubre. La cobertura a través de la ciudad de Dallas puede darle acceso a tarifas asequibles y servicios integrales, incluyendo asistencia cuando regrese a su trabajo.

Seguro por discapacidad a corto plazo (STD)

El Plan por discapacidad a corto plazo (STD), administrado por The Standard, proporciona protección de los ingresos si usted queda discapacitado y no puede trabajar debido a una enfermedad no relacionada con el trabajo o a una lesión accidental. Este beneficio es voluntario; usted paga el costo total de la cobertura si decide inscribirse.

RESUMEN DE SUS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO	
MONTO DEL BENEFICIO MENSUAL	60% de los primeros \$2,500 de sus ingresos semanales asegurados antes de su discapacidad, reducidos por el ingreso deducible
MONTO DEL BENEFICIO MÍNIMO/MÁXIMO	<ul style="list-style-type: none">• 15 como mínimo• \$1,500 como máximo
PERÍODO DE ESPERA DEL BENEFICIO	14 días*
PERÍODO MÁXIMO DEL BENEFICIO	90 días

*Si elige la cobertura después del período de elegibilidad inicial, se aplicará un período de espera de beneficios ampliado de 60 días durante los primeros 12 meses de cobertura.

DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

Se le considerará discapacitado si, como resultado de una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental:

- Usted es incapaz de cumplir, con razonable continuidad, con los deberes principales de su propia ocupación;
- Usted sufre una pérdida de al menos el 20 por ciento de sus ingresos previos a la discapacidad (PDE) cuando trabaja en su propia ocupación; y
- Usted no estará discapacitado por el mero hecho de que su derecho a ejercer su propia ocupación esté restringido, incluyendo una restricción o pérdida de licencia.

Tenga en cuenta: puede ser necesario presentar una Constancia de Asegurabilidad (EOI) si elige la cobertura después del período de inscripción inicial

RECURSOS PARA LOS EMPLEADOS

- Beneficio de gastos de adaptación razonable (si usted está en el trabajo): La compra de equipos o herramientas para que un empleado los utilice en el lugar de trabajo puede estar cubierta a través del beneficio de gastos de adaptación razonables de The Standard. No es necesario tener un gasto activo para calificar.



Más información

¿Está interesado en un seguro y por discapacidad a corto o largo plazo?

Comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios al (214) 671-6947 (opción 1) para consultar tarifas y obtener más detalles.

Seguro por discapacidad a largo plazo (LTD)

A partir del 1 de enero de 2026, dejará de ofrecerse el Seguro de Incapacidad a Largo Plazo Pagado por el Empleador. Para obtenerlo, debe inscribirse en el plan de Incapacidad a Largo Plazo Voluntario.

RESUMEN DE SUS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO		
	PLAN VOLUNTARIO (Menos de 12 meses)	PLAN PAGADO POR EL EMPLEADOR (Más de 12 meses de empleo)
MONTO DEL BENEFICIO MENSUAL	60% de los primeros \$8,333 de sus ingresos asegurados antes de la discapacidad, reducidos por los ingresos deducibles.	60% de los primeros \$12,500 de ingresos mensuales anteriores a la discapacidad, reducidos por los ingresos deducibles.
BENEFICIO MENSUAL MÍNIMO/MÁXIMO	<ul style="list-style-type: none"> \$100 como mínimo \$5,000 como máximo 	<ul style="list-style-type: none"> \$100 como mínimo \$7,500 como máximo
PERÍODO DE ESPERA DEL BENEFICIO	90 días	90 días
PERÍODO MÁXIMO DEL BENEFICIO	<ul style="list-style-type: none"> Si queda discapacitado antes de los 62 años, los beneficios LTD pueden continuar hasta los 65 años o hasta la SSNRA, o 3 años y 6 meses, lo que sea más largo. Si queda discapacitado a los 62 años o más, la duración del beneficio se determina en función de la edad de inicio de la discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Si queda discapacitado antes de los 61 años, los beneficios LTD pueden continuar hasta los 65 años o hasta la SSNRA, o 3 años y 6 meses, lo que sea más largo. Si queda discapacitado a los 62 años o más, la duración del beneficio se determina en función de la edad de inicio de la discapacidad.

Tenga en cuenta: puede ser necesario presentar una Constancia de Asegurabilidad (EOI) si elige la cobertura después del período de inscripción inicial.

DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

Durante el período de espera del beneficio y los primeros 24 meses en los que se pagan los beneficios de LTD, ser incapaz (como consecuencia de una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental) de realizar con una continuidad razonable las tareas materiales de su propia ocupación y sufrir una pérdida de al menos el 20 por ciento de los ingresos anteriores a la discapacidad al trabajar en su propia ocupación.

Después, ser incapaz (como consecuencia de una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental) de realizar con una continuidad razonable las tareas materiales de cualquier ocupación:

- Que es capaz de realizar, debido a su educación, formación o experiencia,
- Que esté disponible en uno o más lugares de la economía nacional, y
- En el que se puede esperar que gane al menos el 60 por ciento de los ingresos anteriores a la discapacidad en los 12 meses siguientes a la reincorporación al trabajo, independientemente de que trabaje en esa u otra ocupación.

RECURSOS PARA LOS EMPLEADOS

- **Beneficio de gastos de adaptación razonable (si usted está en el trabajo):** La compra de equipos o herramientas para que un empleado los utilice en el lugar de trabajo puede estar cubierta a través del beneficio de gastos de adaptación razonables de The Standard. No es necesario tener un gasto activo para calificar.

Productos de salud complementarios

Indemnización hospitalaria

UN BENEFICIO EN EFECTIVO CUANDO LO NECESITE.

Incluso los mejores responsables del presupuesto pueden olvidarse de reservar dinero para gastos médicos. El seguro de indemnización hospitalaria proporciona una forma de cubrir los gastos de bolsillo inesperados cuando termina en el hospital. También le permite:

- **Elegir cómo gastar su beneficio.** Es su dinero, gástelo como quiera, ya sea para pagar la comida, el alquiler o las facturas médicas.
- **Conseguir un descanso del pago de las primas durante las largas estancias en el hospital.** Si está en el hospital durante más de 30 días, podrá dejar de pagar las primas hasta que le den el alta.
- **Llevarla con usted.** Si deja su trabajo, puede llevarse su cobertura con usted.
- **Recibir un beneficio por cuidar de su salud.** Puede obtener un beneficio de evaluación para el mantenimiento de la salud de \$50 una vez por año calendario solo por ir al médico para hacerse un examen de bienestar cubierto, como una evaluación de densidad ósea o una mamografía, consultas preventivas de rutina que normalmente no tienen costo para usted con su seguro médico.

TARIFA BIMENSUAL DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA	
SOLO EMPLEADO	\$6.25
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$13.28
EMPLEADO + HIJO(S)	\$11.88
EMPLEADO + FAMILIA	\$20.14

Seguro contra accidentes

AYUDE A ASEGURAR QUE SUS PLANES FINANCIEROS SE MANTENGAN SALUDABLES AUN CUANDO USTED NO LO ESTÉ.

En caso de un accidente cubierto, su seguro contra accidentes le pagará un beneficio directamente a usted. Puede usar este dinero donde más lo necesite, ya sea para brindarle ayuda con su deducible, copagos y otras cuentas médicas o con sus gastos diarios mientras se recupera. Aquí hay solamente unos pocos de los muchos beneficios de este plan:

- **Tarifas de grupo asequibles.** Debido a que adquirirá este seguro a través de la ciudad de Dallas, tendrá acceso a tarifas grupales asequibles. También tendrá la conveniencia de que le deduzcan la prima directamente de su cheque de pago. Sus tarifas no aumentarán a medida que envejezca, lo que significa que pagará la misma prima durante toda la vida de la póliza, incluso si continúa su cobertura después de que termine su empleo en la ciudad de Dallas (esto se conoce como portabilidad).
- **Beneficio de evaluación para el mantenimiento de la salud.** Usted puede obtener un beneficio de evaluación para el mantenimiento de la salud de \$75 cada año solo por ir al médico para un examen de bienestar cubierto, como una prueba de estrés o un panel de lípidos; una visita preventiva de rutina que normalmente no le cuesta nada en su seguro médico.

TARIFA BIMENSUAL DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA	
SOLO EMPLEADO	\$7.33
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$11.57
EMPLEADO + HIJO(S)	\$13.82
EMPLEADO + FAMILIA	\$21.62

Los productos de salud complementarios proporcionan más cobertura

Los productos de salud complementarios, incluyendo el seguro de indemnización hospitalaria, seguro contra accidentes y seguro de enfermedades graves, ¡pueden ayudarle a pagar gastos médicos no cubiertos por el seguro médico.

Seguro de enfermedades graves

UNA CAPA ADICIONAL DE PROTECCIÓN

- **Actualice su cobertura según sea necesario.** A medida que cambien las circunstancias de su vida, aumente* o disminuya su cobertura.
- **Congele su tarifa.** Por ejemplo, si tiene 35 años cuando su cobertura entra en vigencia, pagará una tarifa para personas de 35 años durante todo el tiempo que tenga la cobertura. Si aumenta el monto de su cobertura a los 45 años, continuará pagando la tarifa correspondiente a una persona de 35 años por ese monto de cobertura aumentado mientras tenga ese monto de cobertura aumentado.
- **Llevarla con usted.** Si deja su trabajo, puede llevarse su cobertura con usted.
- **Elija cómo gastar su beneficio.** Gaste su beneficio de suma global como desee.
- **Proteja a sus seres queridos.** Cubra a su cónyuge por hasta \$30,000. Sus hijos están automáticamente cubiertos al 50 por ciento del monto elegido para usted y por las mismas enfermedades graves que usted. Los niños también están cubiertos por 21 enfermedades infantiles adicionales, incluidas la fibrosis quística, el síndrome de Down, la distrofia muscular, la espina bífida y la parálisis cerebral.
- **Reciba un beneficio por cuidar de su salud.** Usted y sus seres queridos cubiertos reciben un beneficio de evaluación para el mantenimiento de la salud de \$50 una vez por año calendario cuando visitan al médico para un examen de bienestar cubierto, como un análisis de colesterol (parte de un panel de lípidos) o una mamografía; las visitas preventivas de rutina que generalmente no le cuestan nada bajo su seguro médico.
- **Reciba beneficios adicionales.** Si se le vuelve a diagnosticar una enfermedad cubierta después de un período sin tratamiento de 12 meses, recibirá el 100 por ciento del monto del beneficio original. Si se le diagnostica una enfermedad cubierta diferente y posterior al menos 90 días después del diagnóstico de la primera enfermedad grave, recibirá un beneficio adicional de enfermedades graves.

*En algunos casos puede ser necesario demostrar buena salud. Contacte con el Centro de Servicios de Beneficios para obtener más información.

PRIMAS POR EDAD EMITIDAS BIMENSUALMENTE NO RELACIONADAS CON EL TABACO						PRIMAS POR EDAD EMITIDAS BIMENSUALMENTE RELACIONADAS CON EL TABACO				
MONTO DE LA COBERTURA	RANGO DE EDAD					RANGO DE EDAD				
	MENOS DE 30	30-39	40-49	50-59	60-70	MENOS DE 30	30-39	40-49	50-59	60-70
\$5,000	\$1.60	\$2.78	\$4.75	\$9.18	\$16.48	\$2.20	\$4.58	\$9.18	\$19.95	\$37.53
\$10,000	\$3.20	\$5.55	\$9.50	\$18.35	\$32.95	\$4.40	\$9.15	\$18.35	\$39.90	\$75.05
\$15,000	\$4.80	\$8.33	\$14.25	\$27.53	\$49.43	\$6.60	\$13.73	\$27.53	\$59.85	\$112.58
\$20,000	\$6.40	\$11.10	\$19.00	\$36.70	\$65.90	\$8.80	\$18.30	\$36.70	\$79.80	\$150.10
\$25,000	\$8.00	\$13.88	\$23.75	\$45.88	\$82.38	\$11.00	\$22.88	\$45.88	\$99.75	\$187.63
\$30,000	\$9.60	\$16.65	\$28.50	\$55.05	\$98.85	\$13.20	\$27.45	\$55.05	\$119.70	\$225.15
\$35,000	\$11.20	\$19.43	\$33.25	\$64.23	\$115.33	\$15.40	\$32.03	\$64.23	\$139.65	\$262.68
\$40,000	\$12.80	\$22.20	\$38.00	\$73.40	\$131.80	\$17.60	\$36.60	\$73.40	\$159.60	\$300.20
\$45,000	\$14.40	\$24.98	\$42.75	\$82.58	\$148.28	\$19.80	\$41.18	\$82.58	\$179.55	\$337.73
\$50,000	\$16.00	\$27.75	\$47.50	\$91.75	\$164.75	\$22.00	\$45.75	\$91.75	\$199.50	\$375.25

Beneficios Voluntarios

Seguro para mascotas

El seguro para mascotas de MetLife puede ayudar a cubrir los costos de los gastos veterinarios inesperados de su gato o perro debido a accidentes o enfermedades cubiertos. Si trata a su mascota como parte de su familia, ¿por qué no protegerla también como tal?

Para obtener más información, visite www.metlife.com/getpetquote, escanee el código QR o llame al (800) 438-6388.



Plan legal

El Plan Legal de MetLife le ofrece orientación legal cuando más la necesita y tranquilidad cuando no la necesita.

Elija entre dos opciones de planes: **Plan Legal** y **Plan Legal más la Protección y restauración de identidad premium de LifeStages**.

Ambos planes ofrecen orientación legal para asuntos legales cotidianos, como asuntos de tráfico y penales, demandas civiles, asuntos familiares y personales, planificación patrimonial, vivienda y bienes inmuebles, asuntos monetarios y temas de cuidado de personas mayores.

Para empezar, escanee el código QR, visite www.members.legalplans.com o llame al (800) 821-6400.



TARIFA BIMENSUAL DEL PLAN LEGAL

Plan Legal	\$5.63
Plan Legal más la Protección	\$7.13



Plan de ahorro para la jubilación (401K and 457B)

Todos quieren estar financieramente seguros en la jubilación. En la ciudad de Dallas, estamos aquí para ayudar ofreciéndole la excepcional oportunidad de ahorrar para la jubilación a través de nuestros planes 401(k) o 457(b). Después de todo, nunca es demasiado pronto para empezar a ahorrar.

¿Por qué invertir?

CONVENIENCIA	Sus aportes son automáticamente deducidos regularmente de su cheque de pago.
AHORRO DE IMPUESTOS AHORA	Sus aportes antes de impuestos se deducen de su salario antes de deducir los impuestos sobre la renta. Esto significa que en realidad puede reducir la cantidad de impuestos sobre la renta actuales que paga en cada período. Podría significar más dinero en su salario neto en lugar de ahorrar dinero en una cuenta sujeta a impuestos.
OPCIONES ROTH	Usted puede realizar aportes después de impuestos y tomar cualquier ganancia asociada libre de impuestos* en el momento de la jubilación, siempre y cuando la distribución sea una distribución calificada. Además, la conversión a un Roth puede ser beneficiosa si espera que su tarifa de impuestos aumentará en el futuro, porque usted paga impuestos sobre el dinero que convierte ahora.
OPORTUNIDADES DE AHORRO CON IMPUESTOS DIFERIDOS	No paga impuestos sobre ninguna ganancia hasta que la retira de su cuenta, lo que le permite mantener una mayor parte de su dinero trabajando para su beneficio ahora.
PORTABILIDAD	Usted puede transferir a este plan los ahorros elegibles de un empleador anterior. También puede llevar el saldo de su cuenta adquirida del plan si sale de la ciudad.
OPCIONES DE INVERSIÓN	Usted tiene la flexibilidad de seleccionar entre opciones de inversión que van desde las más conservadoras hasta las más agresivas, lo que le facilita el desarrollo de una cartera de inversiones bien diversificada.


*Una distribución de una cuenta Roth es libre de impuestos y sin recargos, siempre y cuando se cumpla el requisito de cinco años de antigüedad y se cumpla una de las siguientes condiciones: 59.5 años de edad, discapacidad, compra de una casa por primera vez que califique, o fallecimiento.

Características principales

- Usted puede aportar hasta el 99 por ciento de su salario bruto anual, hasta el límite anual en dólares del IRS.
- Siempre tiene el 100% de derechos sobre sus aportes propios.
- Usted decide cómo invertir sus ahorros eligiendo entre una cartera de opciones de inversión.
- Usted recibe estados de cuenta y tiene acceso las 24 horas a la información de su cuenta.

Inscripción y más información

Si está listo para inscribirse o desea obtener más información, inicie sesión en NetBenefits de Fidelity en www.netbenefits.com/enroll o llame a un representante del plan de jubilación de Fidelity al (800) 343-0860.

 ¿Necesita más ayuda?

Programe una cita personal gratuita con un planificador de la jubilación de Fidelity por teléfono al (800) 642-7131 o visite www.mysavingsatwork.com/atwork.htm.

Si está por cumplir 65 años o tiene más de 65 años y está por jubilarse

Medicare y seguro complementario

1. INSCRÍBASE EN LAS PARTES A Y B DE MEDICARE

Tres meses (90 días) antes de ser elegible para Medicare, comuníquese con la Oficina de Administración del Seguro Social local para inscribirse en las Partes A y B de Medicare.

- Los jubilados y/o sus cónyuges cubiertos deben inscribirse en las Partes A y B de Medicare al ser elegibles para Medicare como requisito de cobertura médica a través de los programas de beneficios de la ciudad. Comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios si fue contratado antes del 1 de abril de 1986 y no califica para la cobertura de Medicare Parte A sin prima debido a trimestres ganados a través de su empleo o el empleo de su cónyuge.
- Los jubilados deben pagar el costo total de la prima mensual de la Parte B de Medicare. Medicare puede cobrar un recargo a los jubilados que retrasen la inscripción en la Parte B de Medicare en el momento de la elegibilidad inicial.
- Si un jubilado renuncia a la cobertura de un plan de salud patrocinado por la ciudad, el jubilado no será elegible para la inclusión de los pagos de la prima de la Parte A de Medicare que se harán en su nombre por la ciudad de Dallas. Póngase en contacto con su oficina local de la Administración del Seguro Social o vaya a www.ssa.gov para inscribirse y determinar la elegibilidad.

2. INSCRÍBASE EN UN PLAN MÉDICO COMPLEMENTARIO

Una vez que se haya inscrito en las Partes A y B de Medicare y sea elegible para Medicare, ya no podrá participar en los planes de salud regulares de la ciudad. En su lugar, puede inscribirse en uno de los planes de Medicare Advantage ofrecidos por la ciudad o en otro plan de Medicare ofrecido a través de una compañía de seguros privada. Ambos planes ofrecidos por la ciudad incluyen cobertura de medicamentos con receta; no es necesario que se inscriba en un plan separado de la Parte D de Medicare además de un plan médico complementario si elige una de las opciones patrocinadas por la ciudad.

Health Advocate

Health Advocate ayuda a explorar las opciones de atención médica para quienes están considerando jubilarse, aquellos que actualmente están jubilados antes o después de los 65 años, o aquellos que están en transición a jubilarse después de los 65 años. Consulte la [página 19](#) para obtener más detalles.

Cómo inscribir a nuevos jubilados después de la Inscripción Abierta

Si planea jubilarse en 2025, llame al Centro de Servicios de Beneficios antes de su fecha de jubilación para analizar las opciones de inscripción de jubilados y las deducciones de nómina.

Debe inscribirse en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su jubilación. Es posible que se le pida que pague por adelantado medio mes o medio mes y un mes completo de las primas de salud de jubilado, dependiendo de la fecha de jubilación. Si no se inscribe dentro de los 30 días posteriores a su fecha de jubilación, el Centro de Servicios de Beneficios asumirá que ha renunciado a su cobertura de jubilado con la ciudad de Dallas. No será elegible para participar en la cobertura de salud de la ciudad en el futuro.

Si se inscribe en la cobertura para jubilados, esta entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su fecha de jubilación en la ciudad. Al jubilarse, todos los beneficios del seguro de vida terminarán a menos que ejerza su derecho a convertir su cobertura en un plan individual.

Para obtener más información, póngase en contacto con el Centro de Servicios de Beneficios.



Información importante

Para ser elegible para la cobertura de los planes de BCBS Group Medicare Advantage (PPO), debe estar inscrito en las Partes A y B de Medicare.

También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Medicare también requiere cierta información para procesar su inscripción:

- Una dirección permanente (**no puede ser un apartado postal**)
- El número de su credencial de Medicare

Si no está inscrito en las Partes A y B de Medicare, debe ponerse en contacto con la oficina local de la Administración del Seguro Social.

Contactos Importantes

Si tiene preguntas sobre los beneficios para 2026 y la inscripción, comuníquese con Beneficios de Recursos Humanos por correo electrónico a hrbenefits@dallas.gov o llame al (214) 671-6971 (opción 1). Para todas las demás preguntas, tales como preguntas generales sobre recursos humanos, sobre la nómina o relacionadas con el trabajo, llame al (214) 671-6971 y siga las indicaciones.

RECURSO	ASEGURADORA	TELÉFONO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO
CENTRO DE SERVICIOS DE BENEFICIOS DE LA CIUDAD DE DALLAS	N/C	(214) 671-6947	hrbenefits@dallas.gov
PLAN MÉDICO	BlueCross BlueShield of Texas (BCBSTX)	(855) 756-4445	www.bcbstx.com/member
TELEMEDICINA	MDLive	(888) 680-8646	www.mdlive.com
DEFENSA DE LA SALUD	Health Advocate	(866) 799-2731	answers@HealthAdvocate.com www.HealthAdvocate.com/members
PORTAL DE BIENESTAR	Navigate	N/C	www.wellbeingfirstbalancedyou.com
CONTROL DE LA DIABETES	Kannact	(855) 722-5513	www.kannact.com/cityofdallas
PLAN DE FARMACIA	BCBSTX-Prime Therapeutics	(855) 756-4445	www.myprime.com
PLAN DE VISIÓN	Davis Vision de MetLife	(833) 393-5433	www.mybenefits.metlife.com
PLAN DENTAL	Delta Dental	DPPO: (800) 521-2651 DHMO: (800) 422-4234	www.deltadentalins.com
HSA/FSA/DCAP	Información del proveedor disponible próximamente		
SEGURO BÁSICO Y ADICIONAL DE VIDA	The Standard	(800) 628-8600	www.standard.com
SEGURO VOLUNTARIO DE AD&D	The Standard	(800) 628-8600	www.standard.com
SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES GRAVES	The Standard	(866) 851-5505	www.standard.com
SEGURO PARA MASCOTAS	MetLife	(800) 438-6388	www.metlife.com/getpetquote
ASISTENCIA LEGAL	MetLife	(800) 821-6400	www.members.legalplans.com
SEGURO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO	The Standard	(800) 368-2859	www.standard.com
SEGURO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO	The Standard	(800) 368-1135	www.standard.com
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO	ComPsych - Guidanceresources	(844) 213-8968	www.guidanceresources.com (ID de Web: BCBSTXEAP)
PLANES 401(K) Y 457	Fidelity	(800) 343-0860	mysavingsatwork.com/atwork.htm
FONDO DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS	N/C	(214) 580-7700	www.dallaserf.org
DALLAS POLICE & FIRE PENSION	N/C	(800) 638-3861	www.dppf.org
COBRA	Información del proveedor disponible próximamente		

Avisos obligatorios

PARA TUS ARCHIVOS

Esta guía contiene avisos legales para los participantes de planes de salud grupales patrocinados por la Ciudad de Dallas. Los avisos incluidos en esta guía son:

- Opciones de cobertura del Mercado de seguros médicos y su cobertura de salud que describe el Mercado de seguros médicos y la información sobre elegibilidad y crédito fiscal.
- Aviso de prácticas de privacidad que explica cómo los planes de atención médica protegen su información médica personal.
- Aviso de la Parte D de Medicare que proporciona información sobre cómo se ve afectada su cobertura actual de medicamentos recetados bajo los planes de atención médica, y sus opciones de cobertura, cuando se vuelve elegible para Medicare.
- Aviso de derechos COBRA que explica cuándo usted y su familia podrán continuar temporalmente con la cobertura del plan(es) de atención médica si de otra manera la cobertura finalizaría para usted.
- Aviso de protección de la salud de recién nacidos y madres que describe las leyes federales que rigen los beneficios de las estadías en el hospital para las madres después del nacimiento del niño.
- Women's Health and Cancer Rights Act that summarizes the benefits available under your Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer que resume los beneficios disponibles bajo su plan médico si usted se ha sometido o se va a someter a una mastectomía. plan if you have had or are going to have a mastectomy.
- Divulgación de protección al paciente que explica a quién usted y su familia pueden designar como proveedor de atención primaria según los planes de atención médica y las reglas sobre el acceso a la atención obstétrica/ginecológica.
- Aviso sobre el Programa de Bienestar y Alternativas Razonables que informa a los empleados qué información se recopilará, cómo se utilizará, quién la recibirá y qué se hará para mantenerla confidencial, así como las opciones para aquellos que tienen una condición médica que dificulta la participación en el programa de bienestar.
- Aviso de derechos especiales de inscripción que explica cuándo puede inscribirse en el/los plan(es) de atención médica debido a circunstancias especiales.
- Período de inscripción especial de 60 días que describe un período especial de 60 días para elegir o descontinuar la cobertura.

IMPORTANTE: Si usted o sus dependientes tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, el programa de Medicamentos Recetados de Medicare les ofrece más opciones para su cobertura de medicamentos recetados. Consulte las [páginas 48 y 49](#) para obtener más detalles.

OPCIONES DE COBERTURA EN EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD Y SU COBERTURA DE SALUD

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Desde que en 2014 comenzaron a regir disposiciones claves de la ley de reforma del sistema de salud, hay una nueva forma de contratar seguros de salud: el Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una “ventanilla única” para encontrar y comparar las opciones de seguro de salud privado. Asimismo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual de inmediato. Normalmente, usted puede inscribirse en un plan de salud del Mercado durante el período anual de Inscripción Abierta del Mercado o si experimenta un evento de vida habilitante.

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

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima a los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

Does Employer Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Sí, si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, usted no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, puede resultar elegible para obtener un crédito fiscal que disminuya su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.12 por ciento de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de “valor mínimo” establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.

Nota: Si obtiene un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud que ofrece su empleador, es posible que pierda el aporte del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, este aporte del empleador, así como el aporte de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios de la Ciudad de Dallas llamando al (214) 671-6947 Opción 1.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de

seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE SALUD OFRECIDA POR SU EMPLEADOR

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

3. Nombre del empleador City of Dallas		4. Número de identificación del empleador 75-6000508	
5. Dirección del empleador 1500 Marilla Street, 1DS		6. Número de teléfono del empleador (214) 671-6947 Option 1	
7. Ciudad Dallas	8. Estado TX	9. Código postal 75201	
10. ¿A quién podemos contactar con respecto a la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? The City of Dallas Benefits Service Center, Room 1DS			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico hrbenefits@dallas.gov	

A continuación se muestra información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a algunos empleados. Los empleados elegibles son:

- Empleados permanentes a tiempo completo, empleados permanentes a tiempo parcial y empleados con horario variable que tengan la intención de trabajar al menos 30 horas por semana en promedio.

Ofrecemos cobertura para dependientes. Los dependientes elegibles son:

Un cónyuge, hijos hasta la edad de 26 años y nietos

Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, en función de los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador desea que su cobertura sea asequible, aún podría ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado de Seguros Médicos. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizás trabaja por hora o a comisión), si se contrató a mitad de año o si ha sufrido otras pérdidas de ingresos, aún podría ser elegible para un descuento en la prima..

Si decide buscar cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, www.healthcare.gov le guiará en el proceso.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder a ella. Por favor, revíselo detenidamente.

EL COMPROMISO DE NUESTRA EMPRESA CON USTED

Este aviso tiene como objetivo informarle sobre las prácticas de privacidad que sigue el Plan y sus obligaciones legales con respecto a su información médica protegida, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). El aviso también explica los derechos de privacidad que usted y sus familiares tienen como participantes del Plan. Entra en vigor el 1 de enero de 2026.

El Plan a menudo necesita acceder a su información médica protegida para pagar los servicios médicos y realizar las funciones administrativas del plan. Queremos asegurar a los participantes cubiertos por el Plan que cumplimos con las leyes federales de privacidad y respetamos su derecho a la privacidad. La Ciudad de Dallas exige que todos los miembros de nuestro personal y terceros que tengan acceso a información médica protegida cumplan con las prácticas de privacidad que se describen a continuación.

Información de salud protegida

Su información médica protegida está protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA. En general, la información médica protegida es información que identifica a una persona, creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud o un empleador en nombre de un plan de salud grupal, relacionada con afecciones de salud física o mental, la prestación de atención médica o el pago de la misma, ya sea pasada, presente o futura.

Cómo podemos utilizar su información médica protegida

Según la Regla de Privacidad de HIPAA, podemos usar o divulgar su información médica protegida para ciertos fines sin su permiso. Esta sección describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida.

Pago. Usamos o divulgamos su información médica protegida sin su autorización por escrito para determinar su elegibilidad para beneficios, solicitar un reembolso a un tercero o coordinar beneficios con otro plan de salud que le cubra. Por ejemplo, un proveedor de atención médica que le brindó tratamiento nos proporcionará su información médica. Usamos esa información para determinar si esos servicios son elegibles para el pago de nuestro plan de salud grupal.

Operaciones de Atención Médica. Usamos y divulgamos su información médica protegida para realizar funciones administrativas del plan, como actividades de control de calidad, resolución de quejas internas y evaluación del rendimiento del plan. Por ejemplo, revisamos el historial de reclamaciones para comprender la utilización de los participantes y realizar cambios en el diseño del plan para controlar los costos de la atención médica.

Sin embargo, tenemos prohibido usar o divulgar información médica protegida que sea información genética para nuestros fines de suscripción.

Tratamiento. Si bien la ley permite el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, como plan de salud, generalmente no estamos obligados a divulgarla para fines de tratamiento. Su médico o proveedor de atención médica debe explicarle cómo utilizan y comparten su información médica para fines de tratamiento, pago y atención médica.

Según lo permita o exija la ley. También podemos usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización escrita por otros motivos permitidos por la ley. La ley nos permite compartir información, sujeto a ciertos requisitos, para comunicar información sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, responder a una orden judicial o proporcionar información para promover actividades de salud pública (por ejemplo, prevenir la propagación de enfermedades) sin su autorización escrita. También podemos compartir información médica protegida durante una reestructuración corporativa, como una fusión, venta o adquisición. También divulgaremos su información médica cuando la ley lo exija, por ejemplo, para evitar daños graves a usted o a terceros.

Conforme a su autorización. Cuando la ley lo exija, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica protegida. Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso solo se realizarán con su autorización por escrito. Salvo algunas excepciones limitadas, se requiere su autorización por escrito para la venta de información médica protegida y para su uso o divulgación con fines comerciales. Si decide firmar una autorización para divulgar información, podrá revocarla posteriormente para evitar futuros usos o divulgaciones.

A los Socios Comerciales. Podemos celebrar contratos con entidades conocidas como Socios Comerciales que prestan servicios o realizan funciones en nombre del Plan. Podemos divulgar información médica protegida a los Socios Comerciales una vez que estos hayan acordado por escrito proteger dicha información. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un Socio Comercial para gestionar reclamaciones. Los Socios Comerciales también están obligados por ley a proteger la información médica protegida.

Al Patrocinador del Plan. Podemos divulgar información médica protegida a ciertos empleados de la Ciudad de Dallas para administrar el Plan. Estos empleados usarán o divulgarán la información médica protegida únicamente cuando sea necesario para realizar las funciones administrativas del plan o según lo exija la HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información médica protegida no puede utilizarse para fines laborales sin su autorización específica.

Tus derechos

Derecho a Inspeccionar y Copiar. En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que mantenemos sobre usted. Si solicita copias, le cobraremos una tarifa razonable para cubrir los costos de copia, envío u otros gastos asociados con su solicitud. Su

solicitud para inspeccionar o revisar su información médica debe presentarse por escrito a la persona que se indica a continuación. En algunas circunstancias, podríamos denegar su solicitud de inspección y copia de su información médica. Si su información se almacena en un expediente médico electrónico, es posible que pueda recibirla en formato electrónico.

Derecho a modificar. Si considera que la información de sus registros es incorrecta o falta información importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o que agreguemos la faltante. Su solicitud para modificar su información médica debe presentarse por escrito a la persona que se indica a continuación. En algunas circunstancias, podríamos denegar su solicitud de modificación. Si denegamos su solicitud, puede presentarnos una declaración de desacuerdo para que la incluyamos en futuras divulgaciones de la información en disputa.

Derecho a un Informe de Divulgaciones. Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. Este informe no incluirá las divulgaciones realizadas (1) con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) a usted; (3) con su autorización; (4) a sus amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) por motivos de seguridad nacional; o (6) relacionadas con divulgaciones permitidas.

Su solicitud de informe debe presentarse por escrito a la persona indicada a continuación. Puede solicitar un informe de las divulgaciones realizadas en los últimos seis años. Puede solicitar un informe gratuito en un plazo de 12 meses.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que no utilicemos ni divulguemos información para fines de tratamiento, pago u otros fines administrativos, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando lo exija la ley o en circunstancias de emergencia. También tiene derecho a solicitar que limitemos la información médica protegida que divulgamos a alguien involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. Su solicitud de restricciones debe presentarse por escrito a la persona que se indica a continuación. Consideraremos su solicitud, pero en la mayoría de los casos no estamos legalmente obligados a aceptar dichas restricciones. **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales que contengan su información médica. Su solicitud de restricciones debe presentarse por escrito a la persona que se indica a continuación. Estamos obligados a atender solicitudes razonables. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo o que enviemos comunicaciones sobre su tratamiento a una dirección alternativa. **Derecho a ser notificado de una infracción.** Tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o uno de nuestros socios comerciales) descubramos una infracción de su información médica protegida no segura. La notificación de dicha infracción se realizará de conformidad con los requisitos federales.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, también tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso si la solicita. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con la persona que se indica a continuación.

Nuestras responsabilidades legales

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida, a proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida y a notificar a las personas afectadas en caso de una vulneración de la información médica protegida no protegida.

Podemos modificar nuestras políticas en cualquier momento y nos reservamos el derecho de aplicar el cambio a toda la información de protección de la salud que mantenemos. En caso de que realicemos un cambio significativo en nuestras políticas, le proporcionaremos una copia revisada de este aviso. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se indica a continuación.

Si tiene alguna pregunta o queja, póngase en contacto con:
City of Dallas
1500 Marilla St, Room 1DS
Dallas, Tx 75201
Hrbenefits@dallas.gov

Quejas

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado sobre el acceso a sus registros, puede comunicarse con la persona mencionada anteriormente. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. La persona mencionada anteriormente puede proporcionarle la dirección correspondiente si la solicita o puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información. No se le sancionará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros.

AVISO IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con la ciudad de Dallas y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare dentro de su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos puntos importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. **La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos los que tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o en un Plan de Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca**

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

2. **La ciudad de Dallas ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el Plan es, en promedio para todos los participantes del plan, la que se espera que pague el mismo monto de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare estándar, y por lo tanto se considera Cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (un recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

¿Cuándo se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para afiliarse a Medicare y todos los años desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de la Ciudad de Dallas se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancela su cobertura actual de la Ciudad de Dallas, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperarla.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe tener en cuenta que si renuncia o pierde su cobertura actual con la ciudad de Dallas y es elegible para Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días posteriores al fin de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en otro momento. Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos en un 1 por ciento de la prima básica mensual del beneficiario de Medicare por cada mes en que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (un recargo) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

For More Information About This Notice Or Your Current Prescription Drug Coverage...

Comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios al (214) 671-6947 (opción 1) o envíe su correspondencia por escrito a

la dirección que figura al final de este aviso. NOTA: Este aviso se incluirá en cada guía de inscripción anual y si la cobertura a través de la Ciudad de Dallas cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare & You" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Si tiene ingresos y recursos limitados, dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.segurosocial.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

City of Dallas
1500 Marilla St, Room 1DS
Dallas, Tx 75201
Hrbenefits@dallas.gov

AVISO DE DERECHOS DE COBRA

El presente aviso incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión provisoria de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA del sector público, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

Para los empleados de la ciudad de Dallas, el derecho a la cobertura de continuación de COBRA se conserva de acuerdo con el Título XXII de la Ley de Servicios de Salud Pública. La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia si la cobertura de salud de la Ciudad se diera por terminada. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder la

cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al contratar una cobertura a través del Mercado, usted podría calificar para costos más bajos por sus primas mensuales y costos de gastos de bolsillo más bajos. Además, usted podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura de un Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. A esto también se le denomina "evento habilitante". Más adelante en este aviso encontrará una lista de eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. De acuerdo con el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por la cobertura de continuación de COBRA

Si usted es empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Sus horas de trabajo son reducidas; o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

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

- su cónyuge fallece;
- Si se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- Termina la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo, excepto falta grave de su parte;
- Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- El empleado progenitor fallece;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado progenitor;
- El empleo del empleado progenitor termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- El empleado progenitor pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente"

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a

beneficiarios calificados solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- la desvinculación laboral o la reducción del horario de trabajo;
- El fallecimiento del empleado; o
- El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte A, en la Parte B o en ambas).

Para todos los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o de un hijo dependiente que pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento habilitante. Debe proporcionar este aviso al contacto identificado al final de esta divulgación..

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe el aviso de que ocurrió un evento habilitante, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que, por lo general, se prolonga durante 18 meses a causa de la desvinculación laboral o reducción del horario de trabajo. Ciertos eventos habilitantes, o un segundo evento habilitante durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura también hay maneras en las que se puede ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

Prolongación por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o algún integrante de su familia cubierto por el Plan sufren una discapacidad y usted notifica puntualmente al Administrador del Plan, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta un total de 11 meses más de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación por segundo evento habilitante

Si su familia sufre otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden tener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento habilitante. Esta ampliación podría conferirse al cónyuge y los hijos dependientes que estén recibiendo la cobertura de continuación de COBRA cuando el empleado

o ex empleado fallezca; adquiera el derecho a los beneficios de Medicare (de acuerdo con la Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicaid, el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite www.healthcare.gov.

SI TIENE DUDAS O PREGUNTAS

Las preguntas relativas a los derechos de su Plan o a la cobertura de continuación de COBRA deberán dirigirse al contacto o los contactos que se identifican a continuación.

Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las Oficinas Regionales y Distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO SOBRE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. Asimismo, debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

agosto 2025
City of Dallas
Benefits Service Center
1500 Marilla Street ,1D South, Dallas, Tx 75201
(866) 747-0048

OTROS AVISOS

Aviso del Programa de Bienestar y Alternativas Razonables

Benefit Rewards es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados activos. El programa se administra según las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador, que buscan mejorar la salud de los empleados o evitar una enfermedad, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación Por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación de salud en línea en la que se le hacen una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y sobre si padece o ha padecido determinadas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas); un examen físico anual o un examen apropiado para su edad con su médico; y un examen biométrico con su médico (o en un evento in situ en la ciudad de Dallas, si procede), que incluye la altura, el peso, la circunferencia de cintura y un análisis de sangre para determinar los niveles de colesterol, glucosa y triglicéridos. No está obligado a participar en el programa de bienestar ni a realizar ninguna de las actividades mencionadas anteriormente.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo por completar los pasos indicados anteriormente. Aunque no está obligado a participar, solo los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

Si no puede participar en alguna de las actividades relacionadas con la salud necesarias para obtener un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o a un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con el Centro de Servicios de Beneficios al (214) 671-6947 (opción 1) o hrbenefits@dallas.gov.

La información de su valoración médica y los resultados de su prueba se utilizarán para proporcionarle información que le ayude a comprender su salud actual y sus posibles riesgos, y también pueden utilizarse para ofrecerle servicios, como el control de la diabetes o la deshabituación del tabaco. También se le sugiere que comparta sus resultados o dudas con su médico.

Protecciones contra la divulgación de información médica

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personalmente identificable. Aunque el programa de bienestar y la ciudad de Dallas pueden utilizar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar nunca divulgará ninguno de sus datos personales ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá ser utilizada para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con fines de prestarle servicios como parte del

programa de bienestar deberá respetar los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información médica personal identificable son los asesores de salud u otros representantes del programa de bienestar, con el fin de proporcionarle servicios en el marco del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se conservará separadamente de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente se encriptará y la información que usted proporcione como parte del programa de bienestar no será usada para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que se produzca una filtración de datos que incluya información que usted haya proporcionado en relación con el programa de bienestar, será notificado inmediatamente.

No podrá ser discriminado en el empleo por la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si decide no participar.

ALTERNATIVAS RAZONABLES

Su plan médico tiene el compromiso de ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Todos los empleados elegibles tienen acceso a recompensas por participar en un programa de bienestar. Si cree que no puede cumplir una norma para obtener una recompensa en el marco del programa de bienestar Benefit Rewards, podría tener la oportunidad de obtener la misma recompensa por otros medios. Comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios al (214) 671-6947 (opción 1) o hrbenefits@dallas.gov y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted teniendo en cuenta su estado de salud.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios al (214) 671-6947 (opción 1) o hrbenefits@dallas.gov.

DIVULGACIÓN DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

La Ciudad de Dallas generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para atenderlo a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y una lista de los proveedores participantes, comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios al (214) 671-6947 (opción 1).

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de la Ciudad de Dallas ni de ninguna otra persona (incluido un médico de cabecera) para acceder a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios al (214) 671-6947 (opción 1).

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE 60 DÍAS

Además de los eventos habilitantes mencionados en esta guía, usted y sus dependientes tendrán un período especial de 60 días para elegir o discontinuar la cobertura si:

- La cobertura de Medicaid o CHIP (Programa de Seguro Médico Infantil) propia o de su dependiente termina como resultado de la pérdida de elegibilidad; o
- Usted o su dependiente se vuelve elegible para recibir un subsidio de asistencia para primas bajo Medicaid o CHIP.

AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si decide no inscribirse o no inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para su otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o de sus dependientes (o siguientes a la fecha en que el empleador deje de realizar aportes a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente debido a un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes.

Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios llamando al (214) 671-6947 (opción 1).

AVISO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

Para estadías en hospitales de maternidad, de acuerdo con la ley federal, el Plan no restringe los beneficios, por cualquier duración de la estadía hospitalaria relacionada con el parto para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea.

No obstante, la legislación federal en general no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, luego de consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). El plan no puede obligar a un proveedor que prescriba una duración de la estadía inferior a 48 horas (o 96 horas después de un parto por cesárea).

AVISO DE INSCRIPCIÓN A LA LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER 1998

Si le han realizado una mastectomía, o están por realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se suministrará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Prótesis; y
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un

aspecto simétrico;

- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema

Los beneficios proporcionados están sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Si desea obtener información adicional sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al (800) 736-1364.



City of Dallas