



City of Dallas



Guía de beneficios
para empleados **de 2027**

Resúmenes de beneficios y cobertura

Los resúmenes de beneficios y cobertura (SBC) requeridos por el gobierno, que resumen 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).



¡Español disponible en línea!

Una copia en español de nuestra guía de inscripción en los beneficios 2027 está disponible en línea en www.cityofdallasbenefits.org.



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. Consulte la [página 45](#) para obtener más detalles.



Bienvenido a la **guía de sus beneficios para 2027**

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 Y ASPECTOS DESTACADOS PARA 2027	2
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA INSCRIPCIÓN	3
COBERTURA MÉDICA	6
COBERTURA FARMACÉUTICA.....	14
TELESALUD (MDLIVE)	16
HEALTH ADVOCATE.....	17
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO	18
PROGRAMAS DE BIENESTAR.....	19
COBERTURA DENTAL.....	20
COBERTURA DE LA VISIÓN.....	23
CUENTA DE AHORRO PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)	25
CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)	27
BENEFICIOS DE APOYO PARA LA FAMILIA	29
SEGURO DE VIDA BÁSICO Y COMPLEMENTARIO.....	30
SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)	33
SEGURO POR DISCAPACIDAD	35
PRODUCTOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS	37
SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA, CONTRA ACCIDENTES Y POR ENFERMEDADES GRAVES.....	33
PLANES DE AHORRO PARA LA JUBILACIÓN (401K Y 457B).....	40
SI VAA CUMPLIR 65 AÑOS O YA TIENE MÁS DE 65 Y SE VAA JUBILAR	41
CONTACTOS IMPORTANTES	42
AVISOS SOBRE COBERTURAS DE SALUD.....	43

Cambios en los beneficios y aspectos destacados para 2027



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 el período de Inscripción Abierta, no tendrá cobertura en 2027 y TODAS sus elecciones de 2026 terminarán el 31 de diciembre de 2026.

Planes médicos

- Habrá dos planes médicos: el plan de médico de atención primaria (PCP) y el plan de cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA).
- Las primas de los empleados para ambos planes se estructurarán por rangos salariales.
- Ambos planes utilizarán la red Blue Essentials, que exige contar con un PCP y una remisión médica para las consultas con especialistas.
- El deducible y el gasto máximo de bolsillo del plan de PCP aumentarán, al igual que algunos copagos. Consulte la página 9 para obtener más información.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

- El monto máximo del aporte anual para las FSA para gastos médicos y de propósito limitado aumentará a \$3,400.
- El monto máximo del aporte anual para la FSA para atención de dependientes aumentará a \$7,500.
- Las cuentas FSA funcionan según el principio de “se usa o se pierde”, así que asegúrese de calcular con cuidado sus gastos elegibles para 2027 al elegir el monto de su aporte durante el período de inscripción.
- Si desea participar en una FSA en 2027, DEBE inscribirse durante la Inscripción Abierta. De lo contrario, sus elecciones actuales de FSA finalizarán el 31 de diciembre de 2026.

Programa de bienestar 2027

- El programa actualizado le permite obtener dos recompensas de \$250, por un total de \$500 en recompensas.
- **Recompensa 1:** Hágase un examen físico preventivo anual (incluidos los análisis de laboratorio) con su proveedor de atención primaria antes del 1 de julio de 2027 para obtener una recompensa de \$250.
- **Recompensa 2:** Complete una encuesta para empleados en Navigate en enero para obtener una recompensa de \$250.
- La participación en el Programa de bienestar es voluntaria.

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.
- Un representante de 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.

Planes dentales y de visión

- El diseño de los planes dentales y de visión, así como la contribución de los empleados a las primas, se mantendrán sin cambios.

Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)

- Los montos máximos del aporte anual aumentarán a \$4,500 para la cobertura individual y a \$9,000 para la cobertura familiar.
- Aproveche el triple ahorro fiscal de la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA), los aportes libres de impuestos, las ganancias por intereses e inversiones, y los retiros para gastos médicos que cumplan con los requisitos.
- Si desea participar en una HSA en 2027, DEBE inscribirse durante la Inscripción Abierta. De lo contrario, sus elecciones actuales de HSA finalizarán el 31 de diciembre de 2026.

Seguro de indemnización hospitalaria y contra accidentes

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

En esta guía de inscripción en los beneficios para 2027 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.



Descripción general de la inscripción

En línea

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

- ✓ Inicie sesión en <https://dallascityhall.okta.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.
- ✓ Para acceder a sus beneficios en Workday una vez que haya iniciado sesión, entre a la sección "Open Enrollment" (Inscripción Abierta) desde su bandeja de entrada de Workday.
- ✓ Haga clic en la pestaña "Benefits" (Beneficios) en el lado izquierdo. Podrá acceder a la inscripción como nuevo empleado, así como crear un evento de vida habilitante. Si se pierde el período de Inscripción Abierta, tendrá que esperar hasta el siguiente período para inscribirse, a menos que tenga un evento de vida habilitante. No se permiten inscripciones tardías ni omitidas.
- ✓ Si tiene problemas para acceder a Workday o para iniciar sesión, póngase en contacto con el servicio de asistencia de TI llamando al (214) 670-1234.

¿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. (Nota: 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 necesarias para tener derecho a los beneficios.

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 que se realicen durante este período entrarán en vigor el 1 de enero. Si no participa en el período de inscripción abierta, tendrá que esperar hasta el siguiente período de Inscripción Abierta para inscribirse, a menos que tenga un evento de vida habilitante. No se permiten inscripciones tardías ni omitidas.

Documentación de apoyo requerida

Toda selección que requiera pruebas o documentación no será aceptada o finalizada hasta que se reciba 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 del período de 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.



Ayuda para la inscripción

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios para 2027 o necesita ayuda con el proceso de inscripción, llame al (214) 671-6947 (opción 1) o envíe un correo electrónico a hrbenefits@dallas.gov.

Descripción general de la inscripción (continuación)

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 ELEGIBLE	DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
CÓNYUGE	- Copia del 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. - 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 o testamento
PAREJA DE HECHO	- Copias de dos documentos que demuestren que usted y su pareja viven juntos. - 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 o testamento
HIJO DEPENDIENTE Hijo que está casado o soltero hasta los 26 años* y es hijo biológico, hijo legalmente adoptado o hijastro suyo o de su cónyuge, pareja de hecho o cónyuge por derecho consuetudinario. Nota: Los hijos dependientes se volverán asegurados en su fecha de nacimiento si usted elige el seguro de dependientes a más tardar 60 días después del nacimiento. Si usted no elige asegurar a su hijo recién nacido dentro de 60 días, la cobertura para ese hijo finalizará.	- 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)
NIETO DEPENDIENTE Nieta que está casada o soltera hasta la edad de 26 años* y es su nieta biológica 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.	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA PARA LOS DEPENDIENTES CON DISCAPACIDADES: - Afirmación del médico sobre tal condición y dependencia. - Documentación del Seguro Social que acredite la discapacidad.

* Los hijos y nietos dependientes están cubiertos hasta el final del mes de su cumpleaños 26, para la cobertura médica, dental y de la 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

Una vez que se inscriba, no podrá cambiar sus opciones de beneficios hasta el próximo período de Inscripción Abierta. Sin embargo, 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, lo 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 y, en la mayoría de los casos, antes de que transcurran 30 días. En caso de nacimiento, adopción o tutela legal de un menor, tiene 60 días para completar el proceso. La cobertura será efectiva en base a la fecha del evento. Si espera más de 30 o 60 días, en función del evento, debe esperar hasta el próximo período de 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 la 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 por 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 dos 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%.

Ambos planes utilizan una red exclusiva de Blue Essentials, una red 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. Estos planes solo están disponibles 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% 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 “Provider Finder” (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 reafirmar la identidad de género: tiene cobertura para servicios de gestión, consulta, asesoramiento, hormonas, servicios de laboratorio y quirúrgicos destinados a afirmar su identidad de género 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 de Blue Essentials exclusiva para Texas, con calidad y rentabilidad de primer nivel. Debe seleccionar un médico de atención primaria (PCP) y obtener de él las remisiones para cualquier otro tipo de atención médica.* Este plan solo está disponible para quienes viven en Texas dentro de un área de la red Blue Essentials.

* 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.



Plan HSA de Blue Essentials

El plan HSA de Blue Essentials tiene primas mensuales más bajas y deducibles más altos que un plan de salud tradicional. El plan utiliza la misma red de proveedores Blue Essentials que el plan PCP. No hay copagos: usted y el plan comienzan a compartir los gastos solo después de que haya alcanzado el deducible. Este plan también ofrece una HSA que incluye un triple ahorro fiscal: aportes libres de impuestos, crecimiento libre de impuestos y retiros libres de impuestos para gastos de atención médica que cumplan con los requisitos.



Comparación de planes médicos



	PCP	HSA
RED	BLUE ESSENTIALS (HMO)	
TIPO DE RED	Solo en Texas	
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	\$2,000 (individual) \$4,000 (familiar)	\$3,500 (individual) \$7,000 (familiar)
APORTE A LA HSA DE LA CIUDAD	N/C	\$700 (individual) \$1,700 (familiar)
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO	\$6,850 (individual) \$13,700 (familiar)	\$6,350 (individual) \$12,700 (familiar)
COSEGURO	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%
ATENCIÓN PREVENTIVA	El plan paga el 100%	El plan paga el 100%
VISITAS AL CONSULTORIO (MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA/ESPECIALISTA)	\$25 de copago/\$80 de copago	El plan paga el 80% después de que se alcanza el deducible
CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA	\$70 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
INSTALACIONES 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
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	\$400 de copago + 20% después de que se alcanza el deducible	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
MINUTE CLINIC DE CVS/HEALTHCARE CLINIC DE WALGREENS	\$40 de copago	El plan paga el 80% después de que se cumple con el deducible
CONEXIÓN DE TELESALUD (MDLIVE)	\$15 de copago	El plan paga el 100% después de que alcanza el deducible

Información de la Red Blue Essentials

Ambos planes utilizan una red exclusiva de 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.

Todos los participantes 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.

El costo de su atención médica

Comparación de planes PCP de Blue Essentials

RED BLUE ESSENTIALS (RED DE PROVEEDORES EXCLUSIVA DE TEXAS, SOLO BENEFICIOS DENTRO DE LA RED)	
MÁXIMO DE POR VIDA	Ilimitado
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	\$2,000 (individual); \$4,000 (familiar)
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR AÑO CALENDARIO (COMBINADO CON FARMACIA)	\$6,850 (individual); \$13,700 (familiar)
COSEGURO	El miembro paga 20%; El plan paga 80% después de que se cumple con el deducible
VISITAS AL CONSULTORIO	Copago de \$25 para un médico de atención primaria/Copago de \$80 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	\$400 de copago + 20% de coseguro por visita después de que se alcanza el deducible
VISITAS DE ATENCIÓN DE URGENCIA	Copago de \$70 por consulta
COBERTURA DE MEDICAMENTOS (PRIME THERAPEUTICS)	Consulte la página 13 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 un médico de familia, un médico general, un internista, un obstetra y ginecólogo o un pediatra, y obtener remisiones para recibir atención, salvo en los siguientes casos: emergencias, servicios de obstetricia y ginecología, servicios de salud conductual y por dependencia de sustancias químicas, y exámenes anuales de retina para personas con diabetes.
- El plan utiliza la red Blue Essentials exclusiva de Texas limitada a médicos, especialistas y hospitales de su área. Solo está disponible si vive en Texas. Se ofrece atención médica durante el viaje.

APORTES BIMENSUALES DE LOS EMPLEADOS A TIEMPO COMPLETO BASADOS EN EL SALARIO BASE ANUAL ^{1,2}			
PLAN PCP	MENOS DE \$50,000	\$50,000-\$75,000	MÁS DE \$75,000
SOLO EL EMPLEADO	\$19.02	\$25.36	\$31.70
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$285.73	\$302.82	\$319.90
EMPLEADO + HIJO(S)	\$83.05	\$95.73	\$108.41
EMPLEADO + FAMILIA	\$313.07	\$333.57	\$354.08

1. Por nómina (24 de 26): los aportes bimensuales de los empleados regulares a tiempo parcial se encuentran en la [página 9](#).

2. Pendiente de aprobación del Consejo.

Plan HSA de Blue Essentials

RED BLUE ESSENTIALS (RED DE PROVEEDORES EXCLUSIVA DE TEXAS, SOLO BENEFICIOS DENTRO DE LA RED)	
APORTE A LA HSA DE LA CIUDAD	\$700 (individual); \$1,700 (familiar)
MÁXIMO DE POR VIDA	Ilimitado
DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO	\$3,500 (individual); \$7,000 (familiar)
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO POR 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 AL 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
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PRIME THERAPEUTICS)	Consulte la página 13 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

APORTES BIMENSUALES DE LOS EMPLEADOS A TIEMPO COMPLETO BASADOS EN EL SALARIO BASE ANUAL ^{1,2}			
PLAN HSA	MENOS DE \$50,000	\$50,000–\$75,000	MÁS DE \$75,000
SOLO EL EMPLEADO	\$19.97	\$20.84	\$21.71
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$300.01	\$319.36	\$338.72
EMPLEADO + HIJO(S)	\$87.20	\$90.99	\$94.78
EMPLEADO + FAMILIA	\$328.72	\$349.92	\$371.13

1. Por nómina (24 de 26): los aportes bimensuales de los empleados regulares a tiempo parcial se encuentran en la [página 9](#).
2. Pendiente de aprobación del Consejo.

APORTE BIMENSUAL PARA EMPLEADOS REGULARES A TIEMPO PARCIAL ^{1,2}

	EMPLEADO
PLAN PCP DE BLUE ESSENTIALS	
SOLO EL EMPLEADO	\$75.89
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$344.51
EMPLEADO + HIJO(S)	\$207.68
EMPLEADO + FAMILIA	\$386.14
PLAN HSA DE BLUE ESSENTIALS**	
SOLO EL EMPLEADO	\$37.85
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$344.51
EMPLEADO + HIJO(S)	\$207.68
EMPLEADO + FAMILIA	\$386.14

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

2. Pendiente de aprobación del Consejo.

Programas de 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 recetados a través de www.myprime.com
- Línea de enfermería 24/7
- Programa de Maternidad Special Beginnings
- Recursos para el manejo de enfermedades crónicas

BENEFITS VALUE ADVISORS (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:

- Elegir o cambiar de PCP y ayudarle para orientarse entre las opciones de atención médica.
- 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 a "Provider Finder" (Buscador de proveedores) para buscar proveedores dentro de la red y calcular el costo de sus gastos de bolsillo para cientos de servicios. Inicie sesión en su cuenta de BAM en www.bcbstx.com/member y haga clic en "Doctors or Hospitals" (Médicos y hospitales).



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.

Member Rewards de BVA

¿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 brinda recompensas en efectivo cuando se elige, entre varias opciones, un proveedor de calidad y de menor costo.

¿CÓMO FUNCIONA?

1. Cuando un médico le recomiende tratamiento, llame a Benefits Value Advisor (BVA) al número que aparece en el reverso de su credencial de miembro o inicie sesión en BAM en <http://www.bcbstx.com/member> y haga clic en la pestaña “Doctors or Hospitals” (Doctores u hospitales), luego en “Find a Doctor or Hospital” (Encontrar un médico u hospital).
2. Elija un centro elegible de Member Rewards y podrá recibir una recompensa en efectivo.
3. Complete el proceso y, una vez verificado, recibirá un cheque en un plazo de cuatro a seis semanas.



¿Preguntas?

Para obtener más información, envíe el mensaje de texto **MYBVA** al 33633 desde su teléfono móvil (pueden aplicarse cargos por mensajes de texto y datos), 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%.*

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

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

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
- Sunbasket
- Nutrisystem
- Livekick
- eMindful
- TruHearing
- Beltone
- Fitbit
- American Hearing Benefits
- Reebok
- Skechers
- InVite Health
- Soluciones dentales
- Servicios para la visión
- Y más

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

Cobertura farmacéutica

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 miembros del plan HSA de Blue Essentials, 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.

	PLAN HSA	PLAN PPO
MEDICAMENTOS GENÉRICOS	Usted paga 20% después de que se cumple con el deducible médico	\$15 de copago
MEDICAMENTOS DE MARCA PREFERIDA	Usted paga 20% después de que se cumple con el deducible médico	\$50 de copago
MEDICAMENTOS DE MARCA NO PREFERIDOS (INCLUYE EL FORMULARIO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS)*	Usted paga 20% después de que se cumple con el deducible médico	\$85 de copago

* Los medicamentos de la lista de especialidades deben surtir con un medicamento que figure en la lista aprobada por BCBS-Prime Therapeutics. Consulte la siguiente página para obtener más información.

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.

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 by Evernorth.
- Regístrese en www.express-scripts.com/rx, 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 con receta del Formulario de Medicamentos Especializados

Ciertos medicamentos con receta del formulario de medicamentos especializados (medicamentos utilizados para tratar afecciones complejas como cáncer, esclerosis múltiple y trastornos autoinmunes) deben surtir 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 de medicamentos de Performance Select.

Su farmacia especializada se administra a través de Advocate+, donde podrá recibir apoyo de especialistas en atención médica que lo ayudarán a entender sus recetas. Advocate+ encontrará una farmacia que se adapte a su receta y que lo ayude a ahorrar tiempo y dinero, al mismo tiempo que le brinda la mejor atención.

Para obtener más información sobre las farmacias especializadas a través de Advocate+, llame al número de teléfono que aparece en el reverso de su credencial de miembro o llame al (833) 950-3858.



Cost Plus Drugs

La ciudad de Dallas se enorgullece de ofrecer una opción adicional de farmacia por correo a nuestros valiosos empleados: 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.
 - Si lo está, siga con el paso 2.
 - 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:
 - Nombre
 - Fecha de nacimiento
 - Dirección de correo electrónico (debe coincidir con la dirección de correo electrónico que figura en su Perfil de Usuario)
 - 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:
 - Mark Cuban Cost Plus Drug Company
 - 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.bcbstx.com/member o descargue la aplicación MDLive disponible en la App Store y Google Play. Para conocer los costos de MDLive, consulte la [página 8](#) de esta guía.



Comuníquese con MDLive

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

Conserje para jubilados de Health Advocate

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.

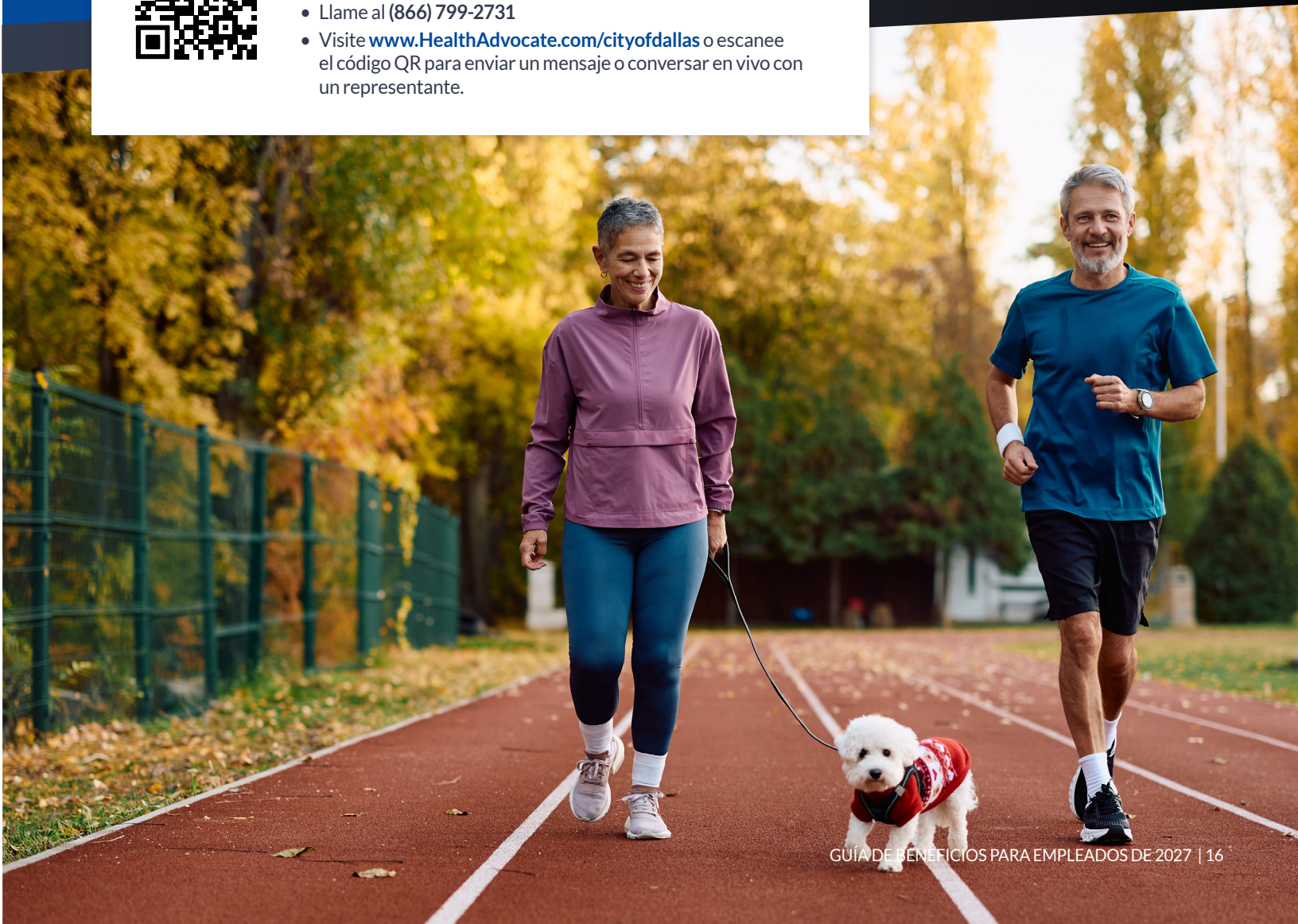
Health Advocate puede:

- 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 o escanee el código QR 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 ocho consultas por miembro, por problema específico, al 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 las siguientes:

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

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

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

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 de "Ask the Expert" (Pregunte al experto) a sus preguntas

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

Tres formas de acceder

- Llame al (800) 272-7255
- www.guidanceresources.com
(Identificación web: DALLASEAP)
- Descargue la aplicación GuidanceNow en su teléfono inteligente



Headway

Headway lo 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 lo 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.

CÓMO COMENZAR

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 de Kannact

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. Inscribese hoy y obtenga lo siguiente:

- Dispositivos y suministros médicos **gratuitos** que llegan a su domicilio, para que pueda controlar fácilmente sus signos vitales desde casa.
- Un **asesor especializado y certificado en diabetes** que lo ayudará a controlar su afección por su cuenta.
- Un **plan de acción personalizado** basado en su estilo de vida.
- Una **aplicación móvil** que puede personalizarse según sus necesidades.

Registrarse es fácil, confidencial y toma menos de cinco minutos. Visite www.kannact.com/cityofdallas o escanee el código QR 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 que 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 PCP: \$50 de copago
- Plan HSA: deducible/coseguro

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, brindándole apoyo para controlar la obesidad, la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto.

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.

PROGRAMA DE BIENESTAR 2027

El programa de bienestar le permite obtener hasta \$500 en recompensas al completar dos actividades de \$250 cada una:

1. Hágase un examen físico preventivo anual (incluidos los análisis de laboratorio) con su proveedor de atención primaria antes del 1 de julio de 2027 para obtener una recompensa de \$250.
2. Complete una encuesta para empleados en Navigate en enero de 2027 para obtener una recompensa de \$250.

La participación es voluntaria.

Para empezar, escanee el código QR o visite www.wellbeingfirstbalancedyou.com. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con el Equipo de Bienestar de la ciudad de Dallas enviando un correo electrónico 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 participar en 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 ayudarlo a ahorrar dinero en la atención dental.

COMPARACIÓN DE LOS PLANES DENTALES	PPO DENTAL	HMO DENTAL
ELECCIÓN DEL DENTISTA	Puede hacerse atender con cualquier dentista que desee. Cuando elige un dentista de Delta, recibe atención a precios reducidos. 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.	El plan requiere que preseleccione dentistas dentro de la red en el momento de la inscripción.¹ Para poder usar sus beneficios, DEBE preseleccionar a un proveedor dental. No podrá ver a un dentista hasta que seleccione a un proveedor.
CUIDADO DE ESPECIALIDAD	No se necesita derivación.	Su dentista le proporcionará una remisión a un especialista dentro de la red.
DESCUENTOS DENTRO DE 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 “Find a Dentist” (Encontrar un dentista).
- Introduzca su código postal y seleccione la red de su plan:
 - Si tiene dentistas DPPO, elija la red Delta Dental PPO³
 - Si tiene dentistas DHMO, elija la red DeltaCare USA



Cree una cuenta en línea

Obtenga información sobre su plan en cualquier momento y desde cualquier lugar al registrarse para crear una cuenta en línea. Visite www.deltadentalins.com o escanee el código QR, luego haga clic en “Log In” (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*)	\$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		
- Exámenes - Limpiezas (2 por año calendario) - Rayos X - Selladores 1. Los servicios no aplican al máximo anual	100%	100%
BÁSICA		
- 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		
- Coronas, prótesis dentales, puentes - Endodoncia - Periodoncia quirúrgica 2. Los implantes no tienen cobertura	50% después del deducible	50% después del deducible
TIPO D - ORTODONCIA (Adultos e hijos dependientes hasta los 26 años)		
Todos los procedimientos dentales realizados en relación con el tratamiento de ortodoncia se pagan como Ortodoncia	50%	50%

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

* Sujeto a limitaciones, cargos adicionales y exclusiones. Los hijos tienen derecho a la cobertura dental 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 costos 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 AL 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	Adultos: \$2,100* Niños: \$1,900*
CIRUGÍA ÓSEA	\$275 - \$345
TRATAMIENTOS DE CONDUCTO	\$110 - \$380
EXTRACCIONES	\$5 - \$130 (mayor costo por diente impactado)
ANESTESIA GENERAL Y 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.

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



Debe seleccionar un proveedor

Tenga en cuenta que 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 la 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 de Davis Vision by MetLife lo ayuda a cuidar sus ojos y, al mismo tiempo, a ahorrar dinero.¹ Elija entre una red nacional de médicos independientes con consultorios privados o socios minoristas seleccionados en los 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 ADAPTACIÓN 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
LENTE 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, ADAPTACIÓN 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 ^{2,6}	\$0/\$0/\$0 (en lugar de asignación)	\$0/\$0/\$25 (en lugar de asignación)
CRISTALES DE GAFAS		
MONOFOCALES, BIFOCALES CON LÍNEA DIVISORIA, TRIFOCALES CON LÍNEA DIVISORIA, LENTICULARES, DE TAMAÑO EXTRA GRANDE	\$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
LENTE DE CONTACTO		
EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN • Colección Davis Vision ^{2,6} • 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 • Colección Davis Vision ² • 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}
• 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.



Reclamos

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

Vision Care Processing Unit
P.O. Box 1525
Latham, NY 12110

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

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
LENTE DE CONTACTO (electivas/visualmente necesarias)	Hasta \$105/\$225	Hasta \$120/\$225

TARIFA BIMENSUAL DEL PLAN DE VISIÓN	PLAN ALTO	PLAN BAJO
SOLO EL 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.
6. La garantía contra roturas se aplica a las monturas de la colección Davis y a los lentes instalados en ellas durante un año a partir de la fecha de entrega. La garantía no se aplica a las monturas que no sean parte de la colección.

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 lentes y monturas de la colección Davis sin costo adicional.⁶
- 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.



CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)

El plan HDHP (HSA) de Blue Essentials 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 elegibles para una HSA?

Usted puede participar en la HSA solo si se inscribe en el plan HSA de Blue Essentials. 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 HDHP (HSA) de Blue Essentials. Sin embargo, puede aportar a la FSA de propósito limitado de la ciudad si está inscrito en el plan médico HDHP (HSA) de Blue Essentials.

Verificación de la cuenta HSA

La ley federal exige que las instituciones financieras obtengan información de identificación de cada persona que abra una cuenta. Cuando abra una cuenta HSA, le pedirán su nombre, dirección, fecha de nacimiento y otros datos de identificación. También se le pedirá que suba una copia de su licencia de conducir u otros documentos de identificación.

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



Conozca más

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

Detalles de la HSA

- La HSA está disponible cuando se inscribe en el plan médico HDHP (HSA) de Blue Essentials 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 de su HSA 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.
- Si fue contratado después del 1 de enero, la contribución de la ciudad a la HSA se prorrateará según su fecha de contratación.
- 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. Además, las ganancias obtenidas en la cuenta a través de intereses e inversiones no están sujetas a 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 2027	APORTE DE NIVELACIÓN ADICIONAL (MÁS 55 AÑOS)
SOLO EL EMPLEADO	\$4,500	\$1,000
EMPLEADO + DEPENDIENTES	\$9,000	\$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. Las cuentas FSA funcionan según el principio de “se usa o se pierde”, así que asegúrese de calcular con cuidado sus gastos elegibles anuales al elegir el monto de su aporte durante el período de inscripción.

FSA PARA GASTOS MÉDICOS (NO COMPATIBLE CON EL PLAN HDHP [HSA])	FSA DE PROPÓSITO LIMITADO (COMPATIBLE CON EL PLAN HDHP [HSA])	FSA PARA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES (COMPATIBLE CON TODAS LAS OPCIONES DEL PLAN)
ELIJA HASTA \$3,400 LIBRES DE IMPUESTOS	ELIJA HASTA \$3,400 LIBRES DE IMPUESTOS	ELIJA HASTA \$7,500 LIBRES DE IMPUESTOS
• 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 \$3,400. 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 2027 antes del 15 de marzo de 2028. Después de esta fecha, se perderán todos los fondos restantes.	• Si opta por aportar a una HSA en 2027, 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 \$3,400. 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 2027 antes del 15 de marzo de 2028. Después de esta fecha, se perderán todos los fondos restantes.	• 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 2027 antes del 31 de diciembre de 2027. Después de esta fecha, se perderán todos los fondos restantes.



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



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 o fondos para gastos de propósito limitado.
- 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 correcto de gastos de bolsillo..
- Si el comerciante no acepta la tarjeta, presente el gasto a través del sitio web del proveedor de la FSA o por correo.
- Las solicitudes de reembolso de gastos médicos o de propósito limitado, así como la documentación de las transacciones con tarjeta de débito, pueden enviarse electrónicamente, por fax o por correo.
- Para recibir el reembolso por cuidados de dependientes, debe presentar el comprobante de gasto para que se lo reembolsen. 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 web del proveedor de la 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 HDHP (HSA) para 2027, sus fondos de FSA vencerán el 31 de diciembre de 2026. El período de gracia no se aplica y no podrá transferir estos fondos a una FSA de propósito limitado para 2027.
- Los fondos de la FSA para atención de dependientes deben utilizarse antes del 31 de diciembre de 2027 y todos los reclamos deben presentarse antes del 31 de marzo de 2028.
- 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, que deban cuidar a un niño de 12 años o menos, que lo hayan adoptado o a quienes se les haya asignado la custodia de un niño de esa edad.

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 que 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 partería deben ser prestados por profesionales de enfermería de práctica avanzada (APN) calificados, entre los que se incluyen enfermeros practicantes, enfermeros parteros, enfermeros anestesistas, enfermeros especialistas clínicos o asistentes médicos (PA) especializados en medicina familiar, medicina interna, pediatría u obstetricia y 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.

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 veces 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 veces 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.

Elegibilidad

Para poder acceder al seguro de vida complementario:

- Debe ser un empleado activo de la ciudad de Dallas. Los empleados temporales, 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 de vida complementario, 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.

Si finaliza su relación laboral con la ciudad de Dallas, es posible que tenga la opción de transferir o convertir su cobertura de seguro de vida. Póngase en contacto directamente con The Standard para obtener información sobre su póliza y las opciones de primas.

TARIFA BIMENSUAL DEL SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO ¹	
EDAD DEL EMPLEADO (EL ÚLTIMO 1 DE ENERO)	TARIFA (POR CADA \$1,000 DE COBERTURA TOTAL)
Menos de 25	\$0.0205
25-29	\$0.0245
30-34	\$0.0340
35-39	\$0.0335
40-44	\$0.0430
45-49	\$0.0715
50-54	\$0.1095
55-59	\$0.2005
60-64	\$0.2900
65-69	\$0.5465
70 o más	\$0.9785

1. Pendiente de aprobación del Consejo.

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.

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

LÍNEA 1

LÍNEA 2

LÍNEA 3

LÍNEA 4

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.



Designe a su beneficiario

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 sus beneficiarios en cualquier momento del año, inicie sesión en Workday para hacerlo.

Seguro de vida para dependientes

También puede adquirir un seguro de vida complementario para sus dependientes elegibles. El monto de cobertura para su cónyuge o hijos no puede exceder el 100% de su cobertura de vida básica y complementaria combinadas.

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

1. Pendiente de aprobación del Consejo.

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%, o un máximo de \$500,000, de su cobertura de seguro de vida complementario 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 complementario 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.



Beneficios voluntarios

Seguro 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 para cónyuges o parejas de hecho: el 60% del monto de su cobertura voluntaria de AD&D.
- Solo para niños: el 20% del monto de su cobertura voluntaria de AD&D, hasta un máximo de \$50,000 por niño.
- Cónyuge o pareja de hecho e hijos: el 50% del monto de su cobertura voluntaria de AD&D para su cónyuge o pareja de hecho y el 15% 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 del 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%
UNIPLEJIA ⁴	25%
COMA	*

1. Este beneficio incluye la muerte por exposición o desaparición. La desaparición debe ser consecuencia directa de un accidente que, razonablemente, pudiera haber causado la muerte, y debe producirse al margen de cualquier otra causa, y mantenerse durante un período de 365 días a partir 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 cuadriplejía, hemiplejía, paraplejía o uniplejía que involucre esa misma mano o pie.
- * Los pagos por coma son el 1% 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 airbag:** ofrece un beneficio adicional en caso de un accidente automovilístico cubierto por la póliza por el que se deba pagar el beneficio por uso del cinturón de seguridad.
- **Paquete de beneficios familiares:** los familiares que cumplan con los requisitos pueden tener derecho a recibir ayuda económica adicional para el cuidado de los hijos, la educación universitaria o la capacitación profesional. Se incluyen el beneficio para el cuidado de hijos, el beneficio para estudios superiores y el beneficio para adaptación profesional.
- **Beneficio por parálisis:** cubre una parte de los beneficios de AD&D si sufre un accidente que le ocasione cuadriplejia, hemiplejia o paraplejia.
- **Beneficio de transporte público:** ofrece un beneficio adicional en caso de fallecimiento como consecuencia de un accidente que ocurra mientras viaja como pasajero que ha pagado su pasaje en el transporte público.
- **Beneficio por uso del cinturón de seguridad:** ofrece un beneficio adicional en caso de un accidente automovilístico cubierto.
- **Beneficio adaptativo para el hogar y el vehículo:** ofrece un beneficio adicional en caso de que sufra una pérdida, que no sea la muerte, y consiste en un pago único que permite realizar adaptaciones en su residencia principal o en su automóvil.
- **Beneficio por cumplimiento del deber:** beneficio adicional para los agentes de seguridad pública que sufran una pérdida por AD&D. Lo que sea menor entre \$50,000 o el 100% del beneficio de 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 EL EMPLEADO		EMPLEADO + FAMILIA	
MONTO DEL BENEFICIO	TARIFA BIMENSUAL ¹	MONTO DEL BENEFICIO	TARIFA BIMENSUAL ¹
\$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

1. Pendiente de aprobación del Consejo.

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

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

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.
BENEFICIO MENSUAL MÍNIMO/MÁXIMO	• \$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, y
- Usted sufre una pérdida de al menos el 20% 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.

Si un empleado utiliza una licencia por enfermedad o cualquier otra forma de continuación salarial (excluyendo el pago de vacaciones), esos ingresos se consideran ingresos deducibles para los beneficios de STD y LTD.

Si el pago por licencia por enfermedad es **inferior al 60% de su salario bruto**, los beneficios por STD/LTD se **reducen** para que los ingresos combinados no superen el monto total de la prestación del 60%.

Si el pago por licencia por enfermedad es del **60% o más**, los beneficios por STD/LTD se reducen al **beneficio mínimo**.

Por lo tanto, los empleados no pueden recibir el pago completo por enfermedad ni el beneficio completo por STD/LTD durante el mismo período.

RECURSO 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.



Seguro por discapacidad a largo plazo (LTD)

Para contar con la cobertura por discapacidad a largo plazo, debe inscribirse en el plan voluntario de discapacidad a largo plazo.

RESUMEN DE SUS BENEFICIOS VOLUNTARIOS POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO	
MONTO DEL BENEFICIO MENSUAL	60% de los primeros \$8,333 de sus ingresos asegurados antes de la discapacidad, reducidos por los ingresos deducibles.
BENEFICIO MENSUAL MÍNIMO/MÁXIMO	• \$100 como mínimo • \$5,000 como máximo
PERÍODO DE ESPERA DEL BENEFICIO	90 días
PERÍODO MÁXIMO DEL BENEFICIO	• 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.

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% 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% 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.

RECURSO 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

Seguro de indemnización hospitalaria

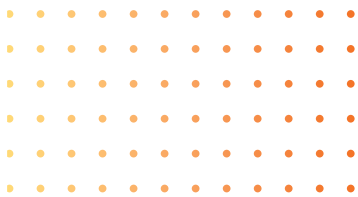
UN BENEFICIO EN EFECTIVO CUANDO LO NECESITE

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:

- **Elija cómo gastar su beneficio.** Es su dinero, gástelo como quiera, ya sea para pagar la comida, el alquiler o las facturas médicas.
- **Disfrute de una exención del pago de las primas durante las hospitalizaciones prolongadas.** Si está en el hospital durante más de 30 días, podrá dejar de pagar las primas hasta que le den el alta.
- **Llévela con usted.** Si deja su trabajo, puede llevarse su cobertura con usted.
- **Reciba 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 ¹	
SOLO EL EMPLEADO	\$5.23
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$8.90
EMPLEADO + HIJO(S)	\$7.49
EMPLEADO + FAMILIA	\$13.26

1. Pendiente de aprobación del Consejo.



Seguro contra accidentes

AYUDE A ASEGURAR QUE SUS PLANES FINANCIEROS SE MANTENGAN SALUDABLES INCLUSO 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 grupales 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 DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES ¹	
SOLO EL EMPLEADO	\$3.72
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$6.85
EMPLEADO + HIJO(S)	\$9.39
EMPLEADO + FAMILIA	\$14.23

1. Pendiente de aprobación del Consejo.

Los productos de salud complementarios proporcionan más cobertura

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

Seguro por 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.
- Llévela 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% 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% 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 por 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 ¹					PRIMAS POR EDAD EMITIDAS BIMENSUALMENTE RELACIONADAS CON EL TABACO ¹				
	RANGO DE EDAD					RANGO DE EDAD				
MONTO DE LA COBERTURA	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

1. Pendiente de aprobación del Consejo.

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?

Las características incluyen:

- Acudir a cualquier veterinario con licencia en los EE. UU., ya sea para consultas de rutina, consultas con especialistas o atención de emergencia.
- Cobertura integral cuando más se necesita: accidentes, lesiones, enfermedades, afecciones crónicas, afecciones hereditarias y congénitas, y mucho más.
- Agregar una cobertura opcional de bienestar para ayudar a cubrir el costo de los exámenes de rutina, las vacunas y los medicamentos recetados.
- Un plan, varias mascotas: inscribir a toda su familia peluda en un solo plan familiar.

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



Planes Legales

- El Plan Legal de MetLife le ofrece orientación legal cuando más la necesita y tranquilidad cuando no la necesita.
- Elige entre dos opciones de planes: **Plan Legal** y **Plan Legal Plus** con protección y restauración de identidad LifeStages Premium.
- 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	
LEGAL	\$5.63
LEGAL PLUS	\$7.13



Planes de ahorro para la jubilación (401K y 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

- Puede aportar hasta el 99% 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.
- Recibe estados de cuenta y tiene acceso las 24 horas a la información de su cuenta.

Inscripción e información adicional

- 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 va a cumplir 65 años o ya tiene más de 65 y se va a jubilar

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 DE COBERTURA MÉDICA COMPLEMENTARIA

- Como jubilado, 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, debe inscribirse en uno de los planes Medicare Advantage que ofrece la ciudad. 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 16](#) para obtener más detalles.

Cómo inscribir a nuevos jubilados después de la Inscripción Abierta

Si tiene previsto jubilarse en 2027 y está inscrito en un plan médico de la ciudad, 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 completar un formulario de continuación de cobertura para jubilados e 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 2027 y la inscripción, comuníquese con Beneficios de Recursos Humanos enviando un correo electrónico a hrbenefits@dallas.gov o llamando al (214) 671-6947 (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) 671-6947 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 Grupo n.º 297755	www.bcbstx.com/member
TELEMEDICINA	MDLive	(888) 680-8646	www.mdlive.com
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO	ComPsych - Guidanceresources	(800) 272-7255	www.guidanceresources.com (Web ID: DALLASEAP)
DEFENSA DE LA SALUD	Health Advocate	(866) 799-2731	answers@HealthAdvocate.com www.HealthAdvocate.com/cityofdallas
PORTAL DE BIENESTAR	Navigate	N/C	www.wellbeingfirstabalancedyou.com
CONTROL DE LA DIABETES	Kannact	(855) 722-5513	www.kannact.com/cityofdallas
PLAN DE FARMACIA	BCBSTX-Prime Therapeutics	(855) 756-4445 Grupo n.º 297755	www.myprime.com
PLAN DE VISIÓN	Davis Vision de MetLife	(833) 393-5433 Grupo n.º 118274	www.mybenefits.metlife.com
PLAN DENTAL	Delta Dental	DPPO: (800) 521-2651 DPPO Grupo n.º 21015 DHMO: (800) 422-4234 DHMO Grupo n.º 79345	www.deltadentalins.com
HSA/FSA/DCAP	MetLife	(833) 571-0500	www.healthsavingsandspending.metlife.com MetLife@service.healthaccountservices.com
SEGURO BÁSICO Y ADICIONAL DE VIDA	The Standard	(800) 628-8600 Grupo n.º 649116	www.standard.com
SEGURO VOLUNTARIO DE AD&D	The Standard	(800) 628-8600 Grupo n.º 649116	www.standard.com
SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA, CONTRA ACCIDENTES Y POR ENFERMEDADES GRAVES	The Standard	(866) 851-5505 Grupo n.º 649116	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
BENEFICIOS PARA LOS EMPLEADOS	Abenity	N/C	cityofdallas.employeeperks.com/GO
PLANES 401(K) Y 457B	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.dpfp.org
COBRA	Cushion	(866) 218-0614	

Avisos sobre coberturas de salud

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 estadias en el hospital para las madres después del nacimiento del niño.
- 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.
- 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 discontinuar 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 45 y 46 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.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para obtener ahorros en las primas a través del Mercado?

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 9.96 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, 6AN		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 6AN		
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 1/1/2026.

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 6AN
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 se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare fuera del plan de la Ciudad de Dallas, su cobertura actual con la Ciudad de Dallas se cancelará, y es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿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.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

Para obtener más información, comuníquese con la persona que se indica a continuación. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta 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 web www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le pida que entregue una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (un recargo).

City of Dallas
1500 Marilla St, Room 6AN
Dallas, Tx 75201
Hrbenefits@dallas.gov

AVISO DE DERECHOS DE COBRA

Usted recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan).

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.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (Consolidated

Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal de otro modo finalizaría. 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.

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". The child stops being eligible for coverage under

¿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

August 2026
City of Dallas
Benefits Service Center
1500 Marilla Street, 6ND South, Dallas, Tx 75201
(866) 747-0048

OTROS AVISOS

AVISO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR Y ALTERNATIVAS RAZONABLES

La Ciudad de Dallas tiene un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. 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 y estén inscritos en un plan médico de la Ciudad de Dallas 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, 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 descontinuar 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

Este aviso se le proporciona para asegurarnos de que comprenda su derecho a solicitar cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso aunque tenga previsto renunciar a la cobertura de salud en este momento.

Loss of Other Coverage

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)..

Ejemplo: Usted renunció a la cobertura de este Plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge deja su empleo. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que finaliza la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar cobertura en este Plan.

Matrimonio, nacimiento o adopción

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, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio o dentro de los 60 días siguientes a un nacimiento o una entrega en adopción.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, usted era soltero y decidió no elegir los beneficios de seguro de salud. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este Plan. Sin embargo, debe presentar la solicitud dentro de los 30 días a partir de la fecha de su matrimonio.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP), o se vuelven elegibles para recibir un subsidio de asistencia para primas bajo Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o a la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia para primas.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, sus hijos recibían cobertura de salud a través de CHIP y usted no los inscribió en este Plan.

Debido a cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Puede inscribirlos en este Plan si presenta la solicitud dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que perdieron la cobertura de CHIP. i

Para obtener más información o asistencia

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios llamando al (214) 671-6947 (opción 1).

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES..

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

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones
- Corregir sus registros médicos y de reclamaciones
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en cuanto a la forma en que usamos y compartimos la información cuando:

- Respondemos preguntas sobre la cobertura de sus familiares y amigos
- Brindamos ayuda en casos de desastre
- Promocionamos nuestros servicios y vendemos su información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando: Help manage the health care treatment you receive

- Administramos nuestra organización
- Pagamos sus servicios médicos
- Administramos su plan de salud
- Ayudamos con asuntos de salud pública y seguridad
- Realizamos investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de funeraria
- Atendemos solicitudes de compensación laboral, de las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

Sus derechos

En lo que respecta a su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones, y de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos responder “no” a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales.

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos responder “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos responder “no” si afectara su atención.

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información

- Puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un informe gratuito al año, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros mediante la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participen en el pago de su atención
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Fines de mercadeo
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

We typically use or share your health information in the
Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a gestionar el tratamiento médico que usted recibe

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le brindan tratamiento.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Administrar nuestra organización

- Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.
- Pagar sus servicios médicos
- Podemos usar y divulgar su información médica al pagar sus servicios médicos.

Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar sus servicios médicos

Podemos usar y divulgar su información médica al pagar sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

Administrar su plan

Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa nos contrata para proporcionar un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, por lo general de formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones establecidas por la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos del mercado
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Realizar investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Registros de trastornos por consumo de sustancias

Si corresponde, el Plan no usará ni divulgará registros de trastornos por consumo de sustancias recibidos de programas sujetos a las normas de Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que dicha divulgación se base en su consentimiento por escrito o en una orden judicial. Antes de usar divulgar dicha información conforme a una orden judicial, el Plan se lo notificará y le dará la oportunidad de ser escuchado. El Plan no usará ni divulgará registros de trastornos por consumo de sustancias conforme a una orden judicial, a menos que la orden esté acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

- Podemos compartir información médica con un juez de instrucción, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender solicitudes de compensación laboral, de las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de las fuerzas del orden
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

- www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/not-icepp.html.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita y en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

- Fecha de entrada en vigor de este aviso: 2/012/2026
- Contacto: Centro de Servicios de Beneficios de la Ciudad de Dallas 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).

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER DE 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:

- Los beneficios proporcionados están sujetos a los mismos deducibles, copagos 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.
- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema

Los beneficios proporcionados están sujetos a los mismos deducibles, copagos 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.

