

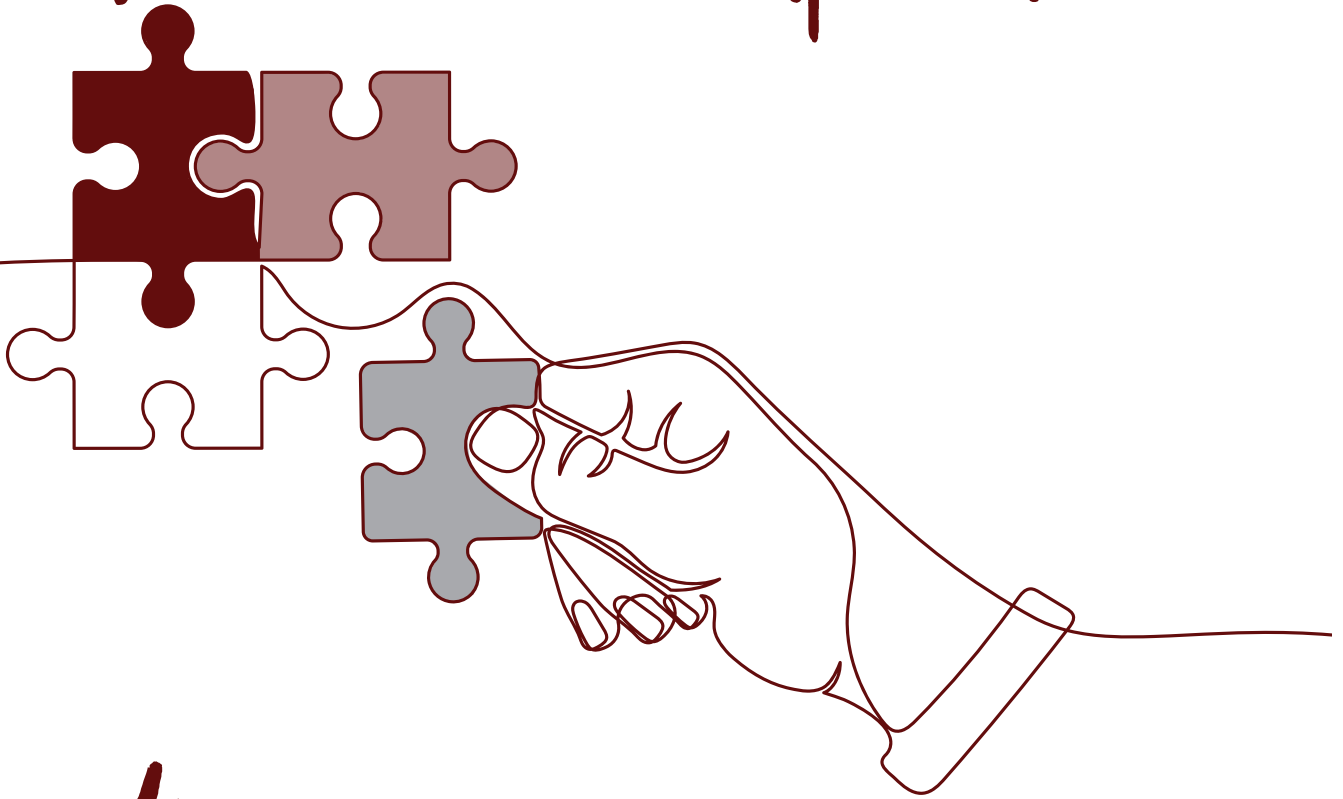


2025-26

GUÍA DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO

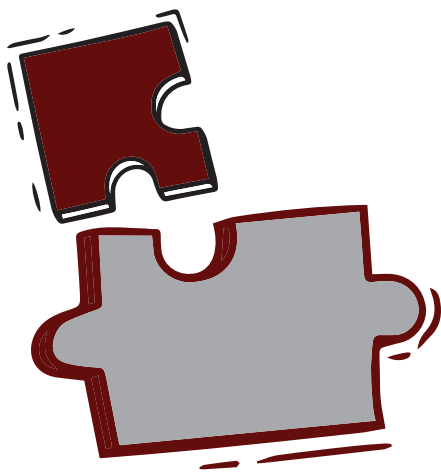
Waller
Independent School District

Piezas del rompecabezas



Índice

<i>Directorio</i>	<i>03</i>	<i>Seguro contra accidentes</i>	<i>17</i>
<i>Bienvenido(a)</i>	<i>04</i>	<i>Seguro por enfermedad grave</i>	<i>18</i>
<i>Elegibilidad</i>	<i>05</i>	<i>Seguro de indemnización hospitalaria</i>	<i>19</i>
<i>Instrucciones de inscripción</i>	<i>06</i>	<i>Seguro de vida universal</i>	<i>20</i>
<i>Plan médico</i>	<i>07</i>	<i>Seguro contra el cáncer</i>	<i>21</i>
<i>HSA</i>	<i>10</i>	<i>Pruebas genéticas del cáncer</i>	<i>22</i>
<i>FSA</i>	<i>11</i>	<i>Plan legal</i>	<i>23</i>
<i>Plan dental</i>	<i>12</i>	<i>Protección de identidad</i>	<i>24</i>
<i>Plan de visión</i>	<i>13</i>	<i>Transporte médico</i>	<i>25</i>
<i>Telemedicina</i>	<i>14</i>	<i>Programa de asistencia al empleado</i>	<i>26</i>
<i>Seguro de vida y AD&D</i>	<i>15</i>	<i>Términos del seguro médico</i>	<i>27</i>
<i>Seguro por discapacidad</i>	<i>16</i>		



Directorio

Para cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con respecto a sus Beneficios para empleados 2025-2026, puede comunicarse con los siguientes:

- Para obtener asistencia con las reclamos, puede comunicarse con la aseguradora. Necesitará su número de Seguro Social, la fecha del servicio y el nombre del proveedor.
- Si necesita ayuda adicional o tiene preguntas, por favor, comuníquese con uno de nuestros asesores de beneficios en el Centro de servicio de beneficios para obtener más información sobre sus beneficios.

Antes de hablar con un asesor de beneficios, por favor, tenga a mano la siguiente información: nombres de los dependientes, fechas de nacimiento, números de Seguro Social, direcciones y números de teléfono.

Centro de servicios de beneficios		
877-298-8572		
http://wallerisd.fbmcbenefits.com De 7 a. m. a 6 p. m. CST		
Departamento de Beneficios de Waller ISD - benefits@wallerisd.net		
Beneficio/Aseguradora	Póliza	Teléfono/Sitio web
ActiveCare Primary ActiveCare Primary+ ActiveCare HD ActiveCare 2 Plan médico - BCBSTX	385003 385001 385000 385002	(866) 355-5999 trs.texas.gov
Cuentas de ahorros para gastos médicos Cuentas de gastos flexibles NBS	NBS358093	(800) 274-0503 nbsbenefits.com
Plan dental MetLife	251300	(800) 942-0854 metlife.com
Plan de visión VSP	40155564	(800) 877-7195 vsp.com
Telemedicina Recurro Health	N/C	(855) 673-2876 recurohealth.com
Seguro básico de vida y AD&D Seguro voluntario de vida y AD&D Seguro por discapacidad a largo plazo Seguro contra accidentes Seguro por enfermedad grave Seguro de indemnización hospitalaria The Standard	171601	(800) 628-8600 (800) 628-8600 (800) 368-1135 (800) 634-1743 (800) 634-1743 (800) 634-1743 standard.com
Programa de asistencia al empleado The Standard	171601	(888) 293-6948 standard.com
Seguro contra el cáncer Transamerica	G000053023	(888) 763-7474 www.tebcs.com
Pruebas genéticas del cáncer Genomic Life	WALL-GL-2023-3625	(844) 694-3666 genomiclife.com
Seguro de vida universal Transamerica	G000053023	(888) 763-7474 www.tebcs.com
Plan legal Arag	19039	(800) 247-4184 araglegal.com
Protección de identidad Allstate/AIP	9420	(800) 789-2720 allstate.com/aip
Transporte médico MASA	MKWISD	(800) 643-9023 masamts.com

Bienvenido(a)



Cada año, nos esforzamos por ofrecer planes de beneficios integrales y competitivos a nuestros empleados. En las siguientes páginas encontrará un resumen de nuestros planes de beneficios para el año del plan del 1 de septiembre de 2025 al 31 de agosto de 2026. Por favor, lea cuidadosamente esta guía de beneficios mientras se prepara para realizar sus elecciones para el próximo año del plan.

Waller ISD está utilizando los servicios de FBMC para nuestra comunicación de beneficios e inscripción este año. Los asesores de beneficios de FBMC le proporcionarán una explicación detallada de todo su programa de beneficios. Revisarán sus beneficios con usted de forma individual y confidencial. También podrán discutir cualquier situación personal que pueda tener y que pudiera potencialmente afectar su decisión sobre los beneficios.

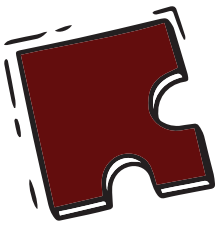
ACERCA DE ESTA GUÍA DE BENEFICIOS

Esta guía de beneficios describe los aspectos más destacados del programa de beneficios de Waller ISD en un lenguaje no técnico. Sus derechos específicos a los beneficios en virtud del plan se rigen únicamente, y en todos los aspectos, por los documentos oficiales del plan y no por la información contenida en esta guía de beneficios. Si hay alguna discrepancia entre la descripción de los elementos del programa contenidos en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como válida la redacción de los documentos oficiales del plan. Por favor, consulte los documentos específicos del plan publicados por cada uno de los respectivos proveedores para obtener información detallada del plan visitando <https://wallerisd.fbmcbenefits.com/>. Debe tener en cuenta que todos y cada uno de los elementos del programa de beneficios de Waller ISD pueden modificarse en el futuro, en cualquier momento, para cumplir con las normas del Servicio de Impuestos Internos o según lo decida Waller ISD

CAMBIOS CLAVE PARA 2025-2026

- Transamerica Cancer reemplazará a MetLife Cancer
- Transamerica Life reemplazará a Trustmark Life
- Aumento de tarifa en MetLife Dental





Elegibilidad

Waller ISD fomenta la salud y el bienestar financiero de sus empleados proporcionándoles acceso a la atención médica asequible y de calidad. Los empleados de tiempo completo elegibles tienen acceso al programa integral de beneficios de Waller ISD.

Por favor, tenga en cuenta que en cualquier momento durante el año del plan, Waller ISD puede realizar auditorías solicitando documentación de respaldo sobre todos los dependientes elegibles.

ELEGIBILIDAD DEL EMPLEADO

Los empleados a tiempo completo que trabajan un mínimo de 20 horas por semana y tengan al menos 18 años de edad son elegibles para participar en el programa de beneficios, con una fecha de entrada en vigencia del primer día del mes siguiente a su fecha de contratación. Solicitamos que todos los empleados revisen sus opciones de plan y completen la inscripción antes de fin de mes anterior a que sus beneficios entren en vigencia.

Los empleados a tiempo parcial que trabajan un mínimo de 10 horas por semana y tengan al menos 18 años de edad son elegibles para participar en el programa médico solo sin aportes del empleador. Los beneficios serán efectivos el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación.

Una vez completada su inscripción, no podrá realizar ningún cambio en sus elecciones a menos que tenga un Evento de vida habilitante (QLE) o sus horas trabajadas por semana caigan por debajo del mínimo.

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

También puede cubrir a sus dependientes elegibles, incluidos:

- Cónyuge legal
- Sus hijos elegibles hasta los 26 años.
- Se define como "hijos" a sus hijos naturales, hijastros, hijos legalmente adoptados e hijos para quienes usted es el tutor legal designado por el tribunal.
- Hijos discapacitados física o mentalmente, de cualquier edad, que no sean capaces de mantenerse por sí mismos. Se podrá solicitar una prueba de discapacidad.

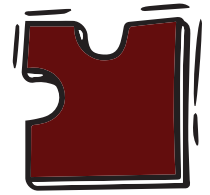
Eventos de vida habilitantes (QLE)

Si experimenta un Evento de vida habilitante (QLE), por favor, comuníquese con el Departamento de Beneficios de Waller ISD a benefits@wallerisd.net. La prueba del QLE debe presentarse dentro de los 30 días posteriores al evento de vida para cambiar las elecciones de beneficios actuales.

- Un cambio en el número de dependientes (nacimiento, adopción, muerte, tutela);
- Un cambio en el estado civil (matrimonio, divorcio, muerte, separación legal);
- Pérdida de elegibilidad de un dependiente (alcanzar la edad límite o cambiar su condición de estudiante);
- Un cambio en el horario laboral del empleado, cónyuge o dependientes;
- El cese o inicio del empleo del cónyuge del empleado o de un dependiente elegible con cobertura;
- Otros eventos que el administrador determine que están permitidos o cualquier otra directriz aplicable emitida por el Servicio de Impuestos Internos.



Instrucciones de inscripción



CÓMO INSCRIBIRSE

Comuníquese con el Centro de servicio de beneficios y hable con un asesor de beneficios para obtener más información sobre sus opciones de beneficios y completar su inscripción.

Antes de hablar con un asesor de beneficios, por favor, tenga a mano la siguiente información: nombres de los dependientes, fechas de nacimiento, números de Seguro Social, direcciones y números de teléfono.

INSCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE LLAMADAS

Centro de servicios de beneficios: 877-298-8572
De lunes a viernes: 7:00 a. m. a 6:00 p. m. (CST)

INSCRIPCIÓN EN LÍNEA

Vaya a <https://transamerica.benselect.com/Waller>

SSN: Su número de Seguro Social

PIN: Los últimos cuatro dígitos de su SSN seguidos de los dos últimos dígitos de su año de nacimiento.

Ejemplo:

John Smith

SSN: 123-45-6789

DOB (fecha de nacimiento): 27-01-2003

PIN: 678903

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LOS BENEFICIOS

No puede realizar ningún cambio en sus beneficios durante el año, a menos que experimente un Evento de vida habilitante (QLE).

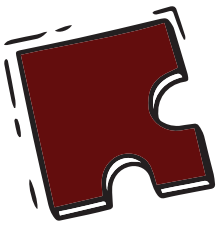
- **Nuevos empleados.** Su cobertura empieza el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación.
- **Empleados actuales.** Cualquier cambio que realice durante el período anual de Inscripción abierta entrará en vigencia el 1 de septiembre.

El año del plan de beneficios es del 1 de septiembre al 31 de agosto.

INSCRIPCIÓN ABIERTA 2025-2026

La Inscripción Abierta (OE) está activa. Si no se realizan cambios en las elecciones existentes, los beneficios se trasladarán al nuevo año del plan a partir del 1 de septiembre de 2025, con excepción de la cobertura de HSA, FSA y de atención de dependientes. Por favor, asegúrese de revisar y actualizar sus beneficiarios, si corresponde. La OE se desarrollará del 21 de julio de 2025 al 8 de agosto de 2025.





Plan médico

BCBSTX-TRS-Active Care

El programa médico es gestionado por Blue Cross Blue Shield of Texas (BCBSTX) - TRS-ActiveCare, y proporciona el marco para su buena salud y bienestar. Para satisfacer las diversas necesidades de nuestros empleados, Waller ISD ofrece los planes médicos TRS ActiveCare como se describe en las páginas 8 y 9.

PROVEEDORES DE LA RED

Red: Listado de características del plan por plan. Para obtener una lista de proveedores de red, consulte trs.texas.gov/www.bcbstx.com/trsactivecare/doctors-and-hospitals o llame al (866) 355-5999.

RECETA

¡Beneficios en medicamentos!

- Express Scripts es su administrador de beneficios de farmacia. Se incluyen las farmacias CVS y la mayoría de sus farmacias y medicamentos preferidos.
- Ciertos medicamentos de especialidad tienen un costo de \$0 a través de SaveOnSP.

BENEFICIOS DE BIENESTAR SIN COSTO ADICIONAL*

Estar saludable es fácil con:

- \$0 atención preventiva
- Servicio al cliente 24/7
- Asesores de salud individuales
- Programas de pérdida de peso
- Programas de nutrición
- Apoyo durante el embarazo OviaTM
- TRS Virtual Health
- Beneficios para la salud mental
- ¡Y mucho más!

**Disponible para todos los planes*

Deducible

El monto de dinero que debe pagar cada año para cubrir los gastos médicos elegibles antes de que su póliza de seguro comience a pagar.

Máximo de gastos de bolsillo

La mayor cantidad de dinero que pagará durante un año por la cobertura (incluidos deducibles, copagos y coseguro).

Copago

El monto fijo que usted paga por un servicio cubierto en el momento en que lo recibe. El monto puede variar según el tipo de servicio.

Coseguro

La parte que debe pagar por los servicios después de cumplir con su deducible. A menudo se trata de un porcentaje específico de los costos, es decir, usted paga el 20% mientras que el plan médico paga el 80%.

CAMBIOS CLAVE DEL PLAN

Planes TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare Primary+

Los siguientes servicios ya no requerirán una derivación:

- Visitas al dermatólogo
- Exámenes oculares (tanto de rutina como de diagnóstico)
- Fisioterapia

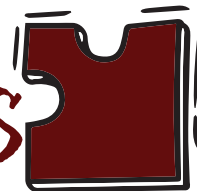


Deducciones por pago (24) de TRS ActiveCare				
DEDUCCIONES DEL PLAN MÉDICO	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY +	TRS-ACTIVECARE HD	
Empleado	\$71.00	\$115.50	\$78.00	
Empleado + Cónyuge	\$497.00	\$587.50	\$516.00	
Empleado + Hijos	\$218.50	\$294.50	\$230.50	
Empleado + Familia	\$622.00	\$743.50	\$646.00	
Aspectos destacados				
ASPECTOS DESTACADOS	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY +	TRS-ACTIVECARE HD	
	- La prima más baja de los tres planes - Copagos por visitas al médico antes de alcanzar su deducible - Red estatal - Se requieren derivaciones de proveedores de atención primaria para ver a especialistas - No compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos - No hay cobertura fuera de la red	- Deducible más bajo que los planes HD y Primary - Copagos para muchos servicios y medicamentos - Prima más alta - Red estatal - Se requieren derivaciones de proveedores de atención primaria para ver a especialistas - No compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos - No hay cobertura fuera de la red	- Compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos - Red nacional con cobertura fuera de la red - No se requieren proveedores de atención primaria ni derivaciones - Debe cumplir con su deducible antes de que el plan pague la atención no preventiva	
Características del plan				
	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY +	TRS-ACTIVECARE HD	
TIPO DE COBERTURA	SOLO COBERTURA DENTRO DE LA RED	SOLO COBERTURA DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible individual/familiar	\$2500/\$5000	\$1200/\$2400	\$3300/\$6600	\$6600/\$13 200
Coseguro	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Máximo de gastos de bolsillo individual/familiar	\$8050/\$16 100	\$6900/\$13 800	\$8300/\$16 600	\$20 500/\$41 000
Red	Red estatal	Red estatal	Red nacional	
Se requiere PCP	Sí	Sí	No	
Visitas al médico				
Atención primaria	\$30 de copago	\$15 de copago	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Especialista	\$70 de copago	\$70 de copago		
Atención inmediata				
Atención de urgencia	\$50 de copago	\$50 de copago	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Atención de emergencia	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 30% después del deducible	
TRS Virtual Health-RediMD™	\$0 por consulta médica	\$0 por consulta médica	\$30 por consulta médica	
TRS Virtual Health-Teladoc®	\$12 por consulta médica	\$12 por consulta médica	\$42 por consulta médica	
Medicamentos con receta				
Deducible de medicamentos	Integrado al plan médico	\$200 de deducible por participante (solo medicamentos de marca)	Integrado al plan médico	
Medicamentos genéricos (suministro para 31/90 días)	\$15/\$45 de copago; \$0 de copago para ciertos medicamentos genéricos	\$15/\$45 de copago	Usted paga el 20% después del deducible; \$0 de coseguro para determinados medicamentos genéricos	
Marca preferida (el máximo no aplica si se selecciona la marca y el genérico está disponible)	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible (\$100 máximo)/ Usted paga el 25% después del deducible (\$265 máximo)	Usted paga el 25% después del deducible	
No preferido	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	
Medicamentos de especialidad (31 días máx.)	\$0 si elegible para SaveOnSP; Usted paga el 30% después del deducible	\$0 si elegible para SaveOnSP; Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	
Costos de bolsillo por insulina	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días	Usted paga el 25% después del deducible	

ESTE PLAN ESTÁ CERRADO Y NO ACEPTA NUEVOS INSCRITOS. SI ACTUALMENTE ESTÁ INSCRITO EN TRS-ACTIVECARE 2, PUEDE PERMANECER EN ESTE PLAN.

Deducciones por pago (24) de TRS ActiveCare		
DEDUCCIONES DEL PLAN MÉDICO	PLAN TRS-ACTIVECARE 2 GRANDFATHERED	
Empleado	\$319.00	
Empleado + Cónyuge	\$1013.50	
Empleado + Hijos	\$566.00	
Empleado + Familia	\$1233.00	
ASPECTOS DESTACADOS	PLAN TRS-ACTIVECARE 2 GRANDFATHERED	
	• Cerrado para nuevos inscritos • Los inscritos actuales pueden elegir permanecer en el plan • Deducible más bajo • Copagos para muchos servicios y medicamentos • Red nacional con cobertura fuera de la red • No se requieren proveedores de atención primaria ni derivaciones	
Características del plan		
	PLAN TRS-ACTIVECARE 2 GRANDFATHERED	
TIPO DE COBERTURA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible individual/familiar	\$1000/\$3000	\$2000/\$6000
Coseguro	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 40% después del deducible
Máximo de gastos de bolsillo individual/familiar	\$7900/\$15 800	\$23 700/\$47 400
Red	Red nacional	
Se requiere PCP	No	
Visitas al médico		
Atención primaria	\$30 de copago	Usted paga el 40% después del deducible
Especialista	\$70 de copago	
Atención inmediata		
Atención de urgencia	\$50 de copago	Usted paga el 40% después del deducible
Atención de emergencia	Usted paga \$250 de copago más el 20% después del deducible	
TRS Virtual Health-RediMD™	\$0 por consulta médica	
TRS Virtual Health-Teladoc®	\$12 por consulta médica	
Medicamentos con receta		
Deducible de medicamentos	Deducible de medicamentos de marca de \$200	
Medicamentos genéricos (suministro para 31/90 días)	\$20/\$45 de copago	
Marca preferida (el máximo no aplica si se selecciona la marca y el genérico está disponible)	Usted paga el 25% después del deducible (\$40 mín./\$80 máx.)/ Usted paga el 25% después del deducible (\$105 mín./\$210 máx.)	
No preferido	Usted paga el 50% después del deducible (\$100 mín./\$200 máx.)/ Usted paga el 50% después del deducible (\$215 mín./\$430 máx.)	
Medicamentos de especialidad (31 días máx.)	\$0 si elegible para SaveOnSP; Usted paga el 30% después del deducible (\$200 mín./\$900 máx.)/ No hay suministro de 90 días de medicamentos de especialidad	
Costos de bolsillo por insulina	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días	

Cuenta de ahorro para gastos médicos



NBS

Una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) funciona con un plan de salud con un deducible alto (HDHP) y le permite reservar una parte de su cheque de pago, antes de impuestos, en una cuenta para ayudarle a pagar gastos médicos calificados que no están cubiertos por su plan. También puede ayudarle a planificar los gastos médicos futuros.

¿CÓMO FUNCIONA UNA HSA?

En 2025, el IRS aumentó los máximos de la HSA. Puede depositar hasta \$4300 para usted o hasta \$8550 para su familia en su HSA. Los empleados de 55 años o más pueden aportar \$1000 adicionales cada año calendario.

Los límites de la HSA establecidos por el IRS se pueden utilizar para pagar deducibles de seguros y otros gastos de atención médica, incluidos odontología, oftalmología y medicamentos con receta.

Una vez que se inscriba, se creará una cuenta para usted donde podrá acceder a un portal web seguro y fácil de utilizar para rastrear el saldo de su cuenta y enviar solicitudes de reembolso.

Además, se le emitirá una tarjeta de beneficios HSA que puede utilizar en el punto de venta para pagar gastos médicos calificados. Puede solicitar distribuciones de reembolso en línea en www.nbsbenefits.com o llame al (800) 274-0503.

A diferencia de una Cuenta de gastos flexibles (FSA), donde los fondos se adelantan al principio del año del plan, los fondos de la HSA no se adelantan.

En cambio, solo se pueden retirar los fondos disponibles en la HSA según sea necesario para cubrir gastos médicos. El saldo de la cuenta puede trasladarse de un año a otro, lo que permite al titular de la cuenta acumular ahorros en la HSA para futuros gastos médicos.

Las distribuciones pueden hacerse pagaderas a usted o a un proveedor. Los aportes que exceden el límite anual se denominan aportes en exceso y podrían estar sujetos a un impuesto especial del 6 por ciento.

LÍMITES DE HSA 2025-2026

INDIVIDUAL	\$4300
INDIVIDUAL (MAYORES DE 55 AÑOS)	\$5300
FAMILIAR	\$8550
FAMILIAR (MAYORES DE 55 AÑOS)	\$9550

ELEGIBILIDAD PARA HSA

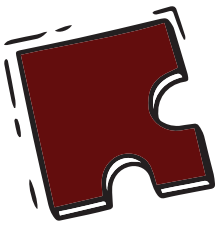
Usted es elegible para abrir y aportar a una HSA si:

- Usted está inscrito en un plan de salud con un deducible alto (HDHP);
- No está cubierto por el plan médico que no sea HDHP de su cónyuge o pareja de hecho;
- No es elegible para ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona;
- No está inscrito en Medicare o TRICARE; y
- No ha recibido beneficios médicos del Departamento de asuntos de veteranos en los últimos 90 días por atención no relacionada con la atención (**no se tomará en consideración la atención relacionada con la atención**).

¡TRIPLE AHORRO FISCAL!

Puede aprovechar el "triple ahorro fiscal" al abrir una HSA con NBS. Eso es porque...

- Sus aportes son antes de impuestos (o deducibles de impuestos);
- El saldo de su cuenta crece libre de impuestos; y
- Los retiros para gastos médicos calificados también están libres de impuestos.



Cuenta de gastos flexibles

NBS

Las Cuentas de gastos flexibles (FSA) gestionadas por NBS le permiten reservar dólares antes de impuestos de su cheque de pago para pagar muchos gastos de atención médica y atención de dependientes. Al pagar estos gastos con dólares antes de impuestos, usted reduce el monto de sus ingresos gravables y aumenta su sueldo neto. Puede elegir participar en una o ambas FSA, independientemente de si elige otros beneficios.

¿CUÁNTO PUEDO APORTAR?

Para participar, decida cuánto le gustaría aportar a una o ambas cuentas durante el año. El dinero que asigna a cada cuenta se deduce automáticamente de su cheque de pago en cada período de pago antes de que se calculen los impuestos.

- La FSA para atención médica podría aportar hasta un máximo de \$3300 para el año 2025.
- La FSA para la atención de dependientes podría aportar hasta un máximo de \$5000 para el año 2025. Las excepciones son:
 - Si usted y su cónyuge presentan declaraciones de impuestos por separado, pueden aportar \$2500 por año.
 - Si su cónyuge está empleado, su aporte máximo es el menor de los ingresos gravables de su cónyuge (pero no más de \$5000)
 - Si su cónyuge es un estudiante a tiempo completo o tiene una discapacidad física o mental, su aporte máximo es de \$2500 al año si reclama gastos para un dependiente y \$5000 al año si reclama gastos para dos o más dependientes.

LÍMITES 2025-2026

FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA (INDIVIDUAL)	\$3300
FSA PARA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES	\$5000

* Nota: Los fondos de la FSA para atención médica se pueden transferir hasta un máximo de \$500 para el año 2025

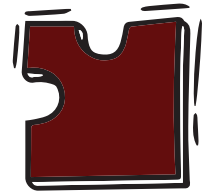
REGLAS GENERALES Y RESTRICCIONES

A cambio de las ventajas fiscales que ofrecen las FSA, el IRS ha impuesto las siguientes reglas y restricciones tanto para la FSA para atención médica como para la FSA para atención de dependientes:

- Solo puede utilizar el dinero de su FSA para reembolsar los gastos en los que haya incurrido durante el año del plan para el cual se estableció la FSA.
- El IRS requiere que usted utilice todo el dinero de su cuenta antes de fin de año o lo perderá. Esta regla se llama "se usa o se pierde".
- No se puede transferir dinero entre una FSA para atención médica y una FSA para atención de dependientes.
- No puede empezar, detener ni cambiar el monto de sus aportes a la FSA durante el año calendario a menos que experimente un Evento de vida habilitante (como: matrimonio, divorcio o nacimiento/adopción de un hijo). Comuníquese con el Departamento de beneficios de Waller ISD.
- No puede reclamar los gastos reembolsados a través de su FSA como una deducción en su declaración de impuestos sobre la renta.
- El reembolso por reclamos de FSA para atención de dependientes solo es hasta el monto total que esté en su cuenta en ese momento.
- El proveedor para atención de dependientes no puede ser ninguna persona considerada su dependiente a efectos del impuesto a la renta (como uno de sus hijos mayores). Para recibir el reembolso, deberá proporcionar el número de identificación fiscal o el número de Seguro Social de la parte que proporciona la atención.



Plan dental



Metlife

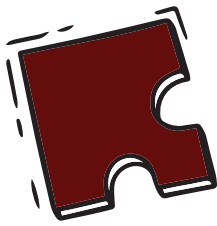
MetLife le brinda la libertad de elegir si desea visitar a un dentista participante o un dentista fuera de la red. Existen ahorros de costos considerables al acudir a un dentista que esté dentro de la red. A continuación, se presenta un breve resumen de las principales prestaciones del plan.

Red: PDP Plus

Consulte en www.metlife.com o llame al (800) 942-0854 para obtener una lista de proveedores de la red.

Aspectos destacados	Plan PPO	
	Dentro de la red (Programa de tarifas negociadas)	Fuera de la red (percentil 80)
Deducible del año del plan		
Individual	\$50	\$50
Familiar	\$150	\$150
Beneficio máximo del año del plan	\$1250	\$1250
Máximo de por vida en ortodoncia	\$1000	\$1000
Diagnóstico y prevención	100%	
Exámenes Radiografías de boca completa Radiografías de aleta de mordida Profilaxis - Limpiezas Flúor Tratamiento paliativo de emergencia	100%	
Básico		
Sellantes Empastes de amalgama Conducto radicular Cirugía Raspado periodontal Extracción simple/quirúrgica	80%	
Mayor		
Incrustaciones/Recubrimientos/ Coronas Dentaduras postizas Implantes	50%	
Ortodoncia (Hijos hasta los 19 años)	50%	

Deducciones del Plan dental	Deducciones de pago por (24)
Empleado	\$15.92
Empleado + Uno	\$32.66
Empleado + Familia	\$56.04



Plan de visión

VSP

VSP se complace en ofrecerle beneficios de visión diseñados para brindarle a usted y a sus familiares cubiertos la atención, el valor y el servicio para ayudarle a mantener una buena visión y salud general.

Red: VSP Advantage

Consulte www.vsp.com o llame al (800) 877-7195 para obtener una lista de proveedores de la red.

Con los extras exclusivos para miembros, los miembros pueden ahorrar más de \$3000 con ofertas y promociones especiales a través de VSP y otras marcas líderes de la industria.

Aspectos destacados	Plan PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes	Se cubre en su totalidad (\$10 de copago)	\$45 de asignación
Examen de retina de rutina	No más de \$39 de copago	N/C
Lentes		
Monofocal Bifocal Trifocal Lenticular	Se cubre en su totalidad (\$25 de copago)	\$30 de asignación \$50 de asignación \$60 de asignación \$50 de asignación
Lentes de contacto*		
Medicamento necesarios Electivos	\$175 de asignación \$60 de copago	\$210 de asignación \$100 de asignación
Monturas**	\$150 de asignación	\$50 de asignación
Programa VSP Laser VisionCareSM***	Los descuentos promedian entre el 15 y el 20% o el 5% de descuento en una oferta promocional para cirugía láser, incluyendo PRK, PRK personalizada, LASIK y LASIK personalizada.	
Frecuencias de servicio	Cada 12 meses	
Exámenes		
Lentes		
Monturas		

*Los lentes de contacto sustituyen a los lentes y las monturas.

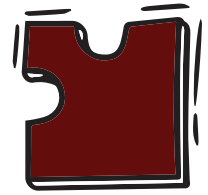
**Los miembros que seleccionen una marca de monturas destacada, incluidas bebe, Calvin Klein, Cole Haan, Dragon®, Flexon®, Longchamp, Nike y más, recibirán \$20 adicionales destinados a su asignación para monturas. 20% de descuento en cualquier monto que exceda el límite minorista.

***Los miembros pueden ahorrar hasta \$1000 en LASIK en LasikPlus, NVISION Eye Center, TLC Laser Eye Centers y The LASIK Vision Institute.

Deducciones del Plan de visión		Deducciones por pago (24)
Empleado		\$4.80
Empleado + 1 Dependiente		\$8.20
Familiar		\$11.99

Telemedicina

Recurro Health



¡BIENVENIDO A RECURRO HEALTH!

Recurro Health es un proveedor de telemedicina y salud conductual con una red nacional de médicos certificados y con licencia estatal que ofrecen consultas médicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los médicos de Recuro Health diagnostican afecciones médicas agudas no emergentes y recetan medicamentos cuando es clínicamente apropiado. Además de las consultas médicas a pedido, ahora puede conectarse virtualmente con un psiquiatra o un consejero autorizado* a través de consultas de video seguras. Hable con su médico en cuestión de minutos desde cualquier lugar: casa, trabajo o mientras viaja.

**Se aplican tarifas adicionales al momento de la consulta con el psiquiatra o consejero autorizado.*

ACTIVE SU CUENTA RE-CURO HEALTH

- Acceso mediante la aplicación móvil de Recuro Care, en línea o por teléfono
- Ingrese su identificación como miembro empleador
- Cree su nombre de usuario y contraseña
- Complete su historial médico
- Programe su consulta



Escanee el código QR para obtener más información sobre este beneficio.

No es necesario registrar su cuenta para utilizar el servicio, puede llamar al (855) 6RECuro en cualquier momento para tener acceso a médicos 24/7.

AFECCIONES TRATADAS

- Acné / Sarpullidos
- Alergias
- Resfriado / Gripe / Tos
- Problemas gastrointestinales
- Problemas de oído
- Fiebre/Dolor de cabeza
- Picaduras de insectos
- Náuseas/Vómitos
- Conjuntivitis
- Problemas respiratorios
- Infecciones urinarias / Vaginitis
- Y más

CATEGORÍAS DE RECETA

- Antibióticos
- Antihistamínico
- Antifúngico
- Infección
- Estreñimiento
- Alergia
- Asma
- Vitaminas
- Influenza
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Y más

AFECCIONES DE SALUD CONDUCTUAL

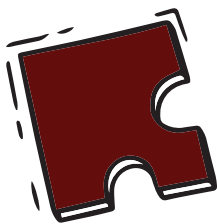
- TDAH / ADD
- Manejo de la ira
- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Trastornos del sueño
- Adicción al tabaco
- Abuso de sustancias
- Depresión
- Estrés
- Trastornos alimenticios
- Duelo y pérdida
- TEPT
- TOC
- Y más

Deducciones de Recuro Health

Deducciones de pago por (24)

Empleado + Familia

\$5.00



Seguro de vida y AD&D

The Standard

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y AD&D GRUPAL: PAGADO POR EL EMPLEADOR

Waller ISD proporciona un monto de emisión garantizado de \$30 000 de seguro básico de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin costo alguno para usted durante su empleo. Para designar o actualizar la información del beneficiario, por favor, llame al Centro de servicios de beneficios al 877-298-8572.

El seguro AD&D proporciona un beneficio monetario a un empleado o beneficiario cuando el empleado sufre ciertas lesiones corporales o la muerte como resultado de un accidente cubierto mientras está asegurado. La compañía proporciona un monto de emisión garantizado igual al monto básico del seguro de vida.

Nota: El beneficio del seguro de vida y AD&D se reduce al 50% a los 70 años.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA Y AD&D: PAGADO POR EL EMPLEADO

Además del seguro de vida pagado por la compañía, usted tiene la oportunidad de elegir un seguro de vida y AD&D adicional para usted, su cónyuge y sus hijos. El monto que usted elija para el seguro voluntario de vida reflejará lo mismo para el AD&D.

Aspectos destacados	Seguro voluntario de vida y AD&D*
Beneficio del empleado	
Monto del beneficio	Incrementos de \$10 000 hasta el menor de 5 veces el salario anual o \$500 000
Beneficio máximo	\$500 000
Emisión garantizada	\$250 000
Beneficio del cónyuge	
Monto del beneficio	Incrementos de \$5000 hasta \$250 000, sin exceder el 100% del monto del empleado
Beneficio máximo	\$250 000
Emisión garantizada	\$50 000
Beneficio del hijo	
Monto del beneficio	Monto fijo de \$10 000
Beneficio máximo	\$10 000
Emisión garantizada	\$10 000

*El beneficio del seguro voluntario de vida y AD&D se reduce al 50% a los 70 años.

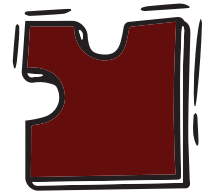
Se requerirá una Constancia de asegurabilidad para lo siguiente:

- Aumentos en los montos de los beneficios elegidos del plan actual a este plan.
- Miembros que son elegibles en virtud del plan actual, pero que no están inscritos.
- Cónyuges que son elegibles en virtud del plan actual, pero que no están inscritos.

No se requiere una Constancia de asegurabilidad para la cobertura de un hijo, pero si el empleado elige recientemente la cobertura y no es aprobado, ni el hijo ni el cónyuge serán aprobados. El empleado debe tener cobertura activa para que el cónyuge/hijo tenga cobertura.

Por favor, llame al Centro de servicio de beneficios al 877-298-8572 y hable con un asesor de beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas.

Seguro por discapacidad



The Standard

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

El seguro por discapacidad a largo plazo de The Standard proporciona beneficios de reemplazo de ingresos en el desafortunado caso de que no pueda trabajar debido a una lesión o enfermedad.

Mientras permanezca discapacitado, puede recibir pagos hasta la Edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA). Esto cubre lesiones y enfermedades tanto dentro como fuera del trabajo.

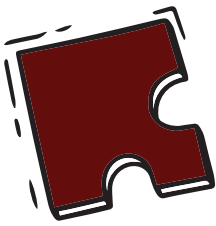
¿POR QUÉ ES VALIOSA ESTA COBERTURA?

- **Es flexible.** Puede utilizar el dinero como quiera. Puede ayudarle a pagar su alquiler o hipoteca, alimentos, gastos médicos de su bolsillo y mucho más.
- **Es asequible.** Su costo se basa en su edad cuando adquiere el seguro y no aumentará cuando pase al siguiente grupo de edad.
- **Es conveniente.** Sus primas se deducen automáticamente de su cheque de pago.

Aspectos destacados	Seguro voluntario de vida y AD&D
Beneficio mensual	66.67% del beneficio mensual bruto, hasta un máximo de \$7500
Opciones del período de eliminación	Opción 1: 14/14 días después de la lesión/enfermedad* Opción 2: 30/30 días después de la lesión/enfermedad* Opción 3: 60/60 días después de la lesión/enfermedad Opción 4: 90/90 días después de la lesión/enfermedad Opción 5: 180/180 días después de la lesión/enfermedad
Duración del beneficio	Edad normal de jubilación del Seguro Social (SSNRA)
Limitaciones preexistentes	Si tuvo una afección médica o recibió tratamiento para una afección dentro de los 3 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de su póliza, cualquier discapacidad que resulte de esa afección dentro de los primeros 12 meses de cobertura de su póliza solo se cubrirá por un período máximo de 90 días.

**Si el empleado está hospitalizado durante el período de espera, este no se aplicará.*

Por favor, llame al Centro de servicio de beneficios al 877-298-8572 y hable con un asesor de beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas.



Seguro contra accidentes

The Standard

La póliza del seguro contra accidentes de The Standard paga un beneficio en efectivo programado tras el diagnóstico de lesiones cubiertas. La póliza de seguro contra accidentes pagará un **beneficio de bienestar de \$200** una vez por año calendario, por persona(s) cubierta(s).

¿POR QUÉ ES VALIOSA ESTA COBERTURA?

- Puede ayudarle con los costos de bolsillo que su plan médico no cubre, como copagos y deducibles.
- Se le garantiza una cobertura básica, sin responder preguntas de salud.
- El costo se deduce convenientemente de su cheque de pago.
- Puede conservar su cobertura si abandona Waller ISD o se jubila. Se le facturará directamente.

BENEFICIOS DE LOS DEPORTES ORGANIZADOS POR JÓVENES

Se incluye un beneficio de deportes organizados por jóvenes con la cobertura para empleados e hijo(s) o familiares.

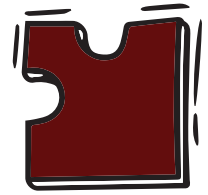
Si un hijo cubierto de 18 años o menos se lesiona mientras practica un deporte organizado, The Standard paga un 25% adicional del total de beneficios por el tratamiento recibido.

Deducciones por accidentes	Deducciones por pago (24)	
	Plan Enhanced	Plan Premier
Empleado	\$5.99	\$8.60
Empleado + Cónyuge	\$10.02	\$14.01
Empleado + Hijo(s)	\$11.00	\$15.96
Familiar	\$17.44	\$25.20

Aspectos destacados	Plan Enhanced	Plan Premier
Evaluación del mantenimiento de la salud	\$200	\$200
Muerte accidental y desmembramiento	Empleado: \$50 000 Cónyuge: \$25 000 Hijo: \$12 500	Empleado: \$100 000 Cónyuge: \$50 000 Hijo: \$25 000
Fracturas	Hasta \$8000	Hasta \$10 500
Dislocaciones	Hasta \$5000	Hasta \$7000
Quemaduras	Hasta \$10 000	Hasta \$12 500
Injertos de piel	25% de beneficio por quemaduras	50% del beneficio por quemaduras
Conmoción cerebral	\$150	\$200
Coma	\$7500	\$15 000
Beneficios quirúrgicos	Hasta \$1500	Hasta \$2000
Laceraciones	Hasta \$500	Hasta \$800
Consultorio médico inicial	\$50	\$60
Examen de diagnóstico mayor/Atención de urgencia/Radiografía	Hasta \$200	Hasta \$300
Admisión hospitalaria	\$1000	\$1500
Admisión a la Unidad de cuidados críticos	\$750	\$1000
Confinamiento hospitalario diario (por día/hasta 365 días)	\$200	\$400
Confinamiento diario en la Unidad de cuidados críticos (por día/hasta 365 días)	\$200	\$200
Servicios de terapia	\$50 hasta 3 días	\$50 hasta 4 días
Dispositivos protésicos o extremidades artificiales	Hasta \$1000	Hasta \$2000
Aparato	\$100	\$200
Ambulancia: Terrestre/Aérea	\$300/\$800	\$600/\$1500
Sangre, plasma, plaquetas	\$300	\$600
Sala de emergencia	\$150	\$200

Los empleados deben estar legalmente autorizados para trabajar en los Estados Unidos y trabajar activamente en una sede de los EE. UU. para recibir cobertura. Los cónyuges y los hijos dependientes deben residir en los Estados Unidos para recibir cobertura.

Seguro por enfermedad grave



The Standard

El seguro por enfermedad grave de The Standard paga un beneficio en efectivo de suma global tras el diagnóstico de una enfermedad grave cubierta, para ayudarle a aliviar sus preocupaciones financieras y emocionales. Puede utilizar el beneficio de cualquier forma que desee, como para tratamiento, factura o cuidado infantil. La póliza del seguro por enfermedad grave pagará un **beneficio de bienestar de \$50** una vez por año calendario, por persona(s) cubierta(s).

¿POR QUÉ ES VALIOSA ESTA COBERTURA?

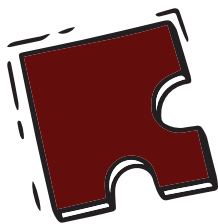
- Es más asequible si la compra a través de su empleador.
- El costo se deduce convenientemente de su cheque de pago.
- Puede conservar su cobertura si abandona Waller ISD o se jubila. Se le facturará directamente.

Aspectos destacados	Plan
Monto del beneficio	
Empleado	\$10 000 a \$30 000 en incrementos de \$10 000
Cónyuge	\$5000 a \$15 000 en incrementos de \$5000
Hijo	50% del monto de cobertura del empleado
Emisión garantizada	
Empleado	\$30 000
Cónyuge	\$15 000
Evaluación del mantenimiento de la salud	\$50
Periodo libre del tratamiento de recurrencia	6 meses
Seguro contra el cáncer	100%
Ataque cardíaco	
Insuficiencia de órgano mayor	
Insuficiencia renal en etapa terminal	
Accidente cerebrovascular	
Coma	
Avance de la enfermedad de Alzheimer	
Tumor cerebral benigno	
Pérdida de la audición/el habla/la vista	
21 enfermedades infantiles*	
Cirugía de bypass de la arteria coronaria	25%
Carcinoma in situ	

*Atresia anal, anencefalia, atresia biliar, parálisis cerebral, labio leporino o paladar hendido, pie equinovaro, coartación de la aorta, fibrosis quística, hernia diafragmática, síndrome de Down, gastrosquisis, enfermedad de Hirschsprung, síndrome del corazón izquierdo hipoplásico, estenosis pilórica hipertrófica infantil, distrofia muscular, onfalocelo, conducto arterioso persistente, espina bífida quística con mielomeningocele, tetralogía de Fallot, transposición de las grandes arterias.

Nota: Las tarifas tanto para el empleado como para el cónyuge se basan en la edad y el estado de tabaquismo del empleado.

Por favor, llame al Centro de servicio de beneficios al 877-298-8572 y hable con un asesor de beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas.



Seguro de indemnización hospitalaria

The Standard

El plan de indemnización hospitalaria de The Standard puede complementar su seguro médico para ayudarle a pagar los costos asociados con una estadía en el hospital. También puede proporcionar fondos que se pueden utilizar para ayudar a pagar los gastos de bolsillo que su plan médico no cubra, como coseguros, copagos y deducibles.

Este plan también le permite continuar con la cobertura en caso de que su empleo finalice o cuando la póliza se dé por terminada y no sea reemplazada. El plan de indemnización hospitalaria pagará un **beneficio de bienestar de \$50** una vez por año calendario, por persona(s) cubierta(s).

Nota: Los beneficios de este plan son compatibles con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA).

IMPORTANTE: ESTA ES UNA PÓLIZA DE INDEMNIZACIÓN FIJA, NO UN SEGURO MÉDICO

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el tamaño de su factura médica.
- Podría haber un límite en lo que esta póliza pagará cada año.
- Esta póliza no sustituye a un seguro médico integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro médico, no tiene por qué incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro médico.

¿Busca un seguro médico integral?

- Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) en línea o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener seguro médico a través de su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

¿Tiene preguntas sobre esta póliza?

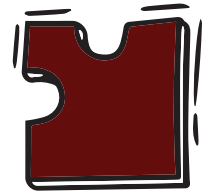
- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) bajo "Insurance Departments" (Departamentos de Seguros).
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con su empleador.

Aspectos destacados	Plan bajo	Plan alto
Beneficio por confinamiento en el hospital (hasta 30 días)	\$150	\$150
Admisión hospitalaria (por año calendario)	\$1000	\$2000
Confinamiento en la Unidad de cuidados críticos (UCC) (Paga además del beneficio por confinamiento hospitalario, hasta 15 días)	\$150	\$150
Evaluación del mantenimiento de la salud	\$50	\$50
Limitación preexistente	Ninguno	Ninguno

Deducciones por indemnización hospitalaria	Deducciones de pago por (24)	
	Plan bajo	Plan alto
Empleado	\$7.71	\$12.05
Empleado + Cónyuge	\$13.17	\$20.58
Empleado + Hijo(s)	\$10.98	\$16.82
Familiar	\$19.48	\$30.10

Seguro de vida universal

Transamerica



El seguro de vida universal con beneficios de vida de Transamerica ofrece protección financiera de por vida que se adapta a sus necesidades. Esta póliza no solo proporciona un beneficio por fallecimiento para ayudar a sus seres queridos con gastos como costos funerarios, gastos de manutención o matrícula universitaria, sino que también incluye beneficios en vida que puede utilizar mientras aún esté con vida. Con características como la posibilidad de generar valor en efectivo a lo largo del tiempo, solicitar préstamos contra la póliza y acceder a beneficios en caso de una enfermedad crónica o terminal, esta cobertura va más allá del seguro de vida tradicional. Está disponible sin exámenes médicos, ofrece opciones de pago flexibles a través de la deducción de nómina y es transferible si deja el empleo. Es una forma inteligente de ayudar a proteger tanto su presente como el futuro de su familia.

CÓMO PUEDE UTILIZAR ESTA PÓLIZA

- Si usted fallece, su familia recibe una suma global para los gastos del funeral, la hipoteca o la universidad.
- Si se enferma gravemente, puede acceder al beneficio por fallecimiento mientras vive.
- ¿Necesita fondos de emergencia? Puede solicitar un préstamo contra el valor en efectivo de su póliza.

SUS BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA UNIVERSAL

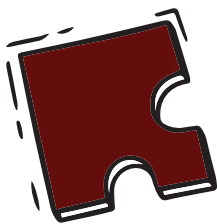
El seguro de vida universal de Transamerica proporciona un beneficio en efectivo después de su fallecimiento que puede ayudarle con sus gastos finales y la atención de sus dependientes, los gastos de manutención o la matrícula universitaria.

ASPECTOS DESTACADOS DE LA COBERTURA

- **Beneficio por fallecimiento:** Paga el monto elegido a los beneficiarios tras su fallecimiento (p. ej., de \$10 000 a \$150 000 en incrementos de \$5000, hasta 5 veces su salario).
- **Genera valor en efectivo:** Con el tiempo, su póliza acumula valor frente al que puede solicitar un préstamo.
- **Cláusulas adicionales de beneficios en vida:** Acceda anticipadamente a una parte de su beneficio por fallecimiento si se le diagnostica una enfermedad crónica o terminal.
- No se requieren exámenes físicos ni pruebas de laboratorio (solo responder las preguntas de la solicitud).
- **Tasa de interés mínima garantizada:** 2% sobre el valor en efectivo.
- Deducciones de nómina fáciles para mayor comodidad.
- **Transferible:** Puede conservar su cobertura si abandona Waller ISD.

EMPLEADO	CÓNYUGE	HIJO
▶ Rango de edad: 18 a 80 años ▶ Emisión garantizada: \$150 000	▶ Rango de edad: 18 a 65 años ▶ Emisión garantizada: \$25 000	▶ Rango de edad: 15 días a 26 años. ▶ Emisión garantizada: \$20 000

Por favor, llame al Centro de servicio de beneficios al 877-298-8572 y hable con un asesor de beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas.



NUEVO PROVEEDOR

Seguro contra el cáncer

Transamerica

El seguro CancerSelect® Plus de Transamerica es una póliza complementaria diseñada para ayudar a cubrir los gastos de bolsillo relacionados con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer; costos que pueden no estar totalmente cubiertos por su seguro médico principal. Este beneficio le paga dinero en efectivo directamente a usted para que pueda concentrarse en la recuperación en lugar de en las facturas. Ya sea que se trate de estadías en el hospital, quimioterapia, transporte o alojamiento durante el tratamiento, este plan puede ayudarle a proporcionar apoyo fundamental cuando más lo necesita.

Deducciones por pago (24)	Opción 1 del plan	Opción 2 del plan
Empleado	\$10.13	\$14.12
Empleado + Hijo(s)	\$11.40	\$16.05
Empleado + Familia	\$18.12	\$25.24

CÓMO FUNCIONA

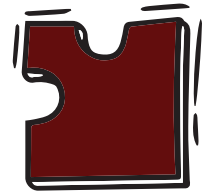
- Le paga los beneficios directamente a usted.
- Beneficios disponibles para el cónyuge y los dependientes.
- Primas deducidas de la nómina.
- Fácil proceso de inscripción.

Beneficio de detección de salud	Opción 1 del plan	Opción 2 del plan
Por año calendario	\$50	\$100

	Opción 1 del plan	Opción 2 del plan
Cáncer de piel*	\$150 por una extirpación/\$70 por extirpación adicional	\$225 por una extirpación/\$105 por extirpación adicional
Beneficio del diagnóstico inicial	\$3000 de suma global única	\$3000 de suma global única
Limitación por afecciones preexistentes	12 meses	12 meses
Confinamiento en el hospital	\$200 por día	\$300 por día
Enfermero(a) particular	\$200 por día mientras esté confinado(a) en el hospital, debe ser autorizado(a) por el médico tratante; no puede ser personal del hospital ni un familiar.	\$300 por día mientras esté confinado(a) en el hospital, debe ser autorizado(a) por el médico tratante; no puede ser personal del hospital ni un familiar.
Radioterapia/Quimioterapia	Beneficio máximo de \$10 000 por período de 12 meses; paga los cargos reales	Beneficio máximo de \$10 000 por día por período de 12 meses; paga los cargos reales
Medicamentos y medicinas para pacientes hospitalizados	\$30 adicionales por día mientras esté confinado en el hospital	\$45 adicionales por día mientras esté confinado en el hospital
Sangre, plasma, componentes sanguíneos, trasplante de médula ósea y células madre	Beneficio máximo de \$10 000 por período de 12 meses; paga los cargos reales	
Anestesia	paga el 25% del beneficio de cirugía cubierta	
Medicamentos contra las náuseas Terapia supresora del cáncer, medicamentos hematológicos, medicamentos antieméticos, agentes procinéticos	Beneficio máximo de hasta \$1000 por período de 12 meses; paga los cargos reales	Beneficio máximo de hasta \$2000 por período de 12 meses; paga los cargos reales
Cláusula adicional de la UCI	Unidad de cuidados intensivos: ninguna/unidad de cuidados intermedios: ninguna	Unidad de cuidados intensivos: \$300/unidad de cuidados intermedios: \$150 (máximo 45 días por confinamiento cubierto)
Servicios		
Asistencia médica	\$40 por día mientras esté confinado en el hospital. Una visita cada 24 horas	\$60 por día mientras esté confinado en el hospital. Una visita cada 24 horas
Ambulancia	\$200 o servicio de ambulancia autorizado para transporte a un hospital; se requiere admisión	\$300 o servicio de ambulancia autorizado para transporte a un hospital; se requiere admisión
Centro de cirugía ambulatoria	\$300 máximo por día	\$450 máximo por día
Fisioterapia o terapia del habla	\$25 por tratamiento; límite de un tratamiento por día	\$50 por tratamiento; límite de un tratamiento por día
Centro de atención prolongada	\$200 por día; hasta el número de días de la estadía hospitalaria anterior; el ingreso debe realizarse dentro de los 14 días posteriores al alta hospitalaria	\$300 por día; hasta el número de días de la estadía hospitalaria anterior; el ingreso debe realizarse dentro de los 14 días posteriores al alta del hospital
Cuidados paliativos	\$200 por día; máximo de por vida de 100 días, no pagadero mientras esté hospitalizado	\$300 por día; máximo de por vida de 100 días, no pagadero mientras esté hospitalizado
Prótesis capilar	Máximo de seguro de vida de \$100 por persona cubierta	Máximo de seguro de vida de \$150 por persona cubierta
Beneficios de la cirugía	2.00 Unidades	3.00 Unidades
Hospitalización	\$2000	\$3000
Ambulatorio	\$3000	\$4500
	La póliza paga	
	Beneficio máximo; el beneficio real se determina según el programa de cirugía en el contrato; para procedimientos múltiples en la misma incisión, solo se paga el beneficio más alto; para procedimientos múltiples en incisiones separadas, se pagará el beneficio más alto y luego el 50% por cada procedimiento menor	

*El cáncer de piel no incluye melanoma maligno ni micosis fungoide.

Pruebas genéticas del cáncer



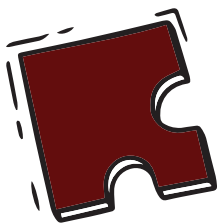
Genomic Life

A través de las pruebas genéticas del cáncer, tendrá acceso a pruebas genéticas proactivas que le permitirán conocer mejor sus riesgos hereditarios de padecer cáncer y otras enfermedades.

Al registrarse, la Plataforma Genomic Life le proporciona acceso a pruebas genéticas clínicamente relevantes y servicios especializados, que incluyen:

Deducciones por pruebas genéticas de cáncer	Deducciones de pago por (24)
Empleado	\$7.50
Empleado + Hijo(s)	\$7.50
Empleado + Cónyuge	\$15.00
Familiar	\$15.00

Aspectos destacados	Plan
Especialista en apoyo contra el cáncer	Línea de información sobre el cáncer: Hable con un especialista en oncología si tiene preguntas relacionadas con el cáncer, inquietudes, estrategias de mitigación de riesgos u orientación sobre cuidados Especialista en apoyo contra el cáncer: Si se le diagnostica cáncer, se le asigna un especialista en apoyo contra el cáncer (CSS) dedicado a proporcionar apoyo práctico, emocional y clínico Revisión de patología experta: Obtenga una segunda opinión experta sobre la revisión del diagnóstico
Pruebas DA avanzadas	Examen de salud genética: Comprenda mejor su riesgo genético de padecer ciertos tipos de cáncer hereditario, enfermedades cardíacas y otras afecciones Farmacogenómica (PGx): 25 biomarcadores resaltan las interacciones y la eficacia entre fármacos y genes Pruebas de la aseguradora: Una prueba genética que destaca 289 problemas recesivos comunes que afectan los nacimientos saludables Asesoramiento genético: Todas las pruebas a través de Genomic Life incluyen asesores genéticos expertos que están capacitados para interpretar y educar a los miembros y a sus médicos sobre los resultados de sus pruebas genéticas Perfil Genómico Integral (CGP): Si se diagnostica cáncer, el CGP analiza más de 300 genes relacionados con el cáncer en el tumor, lo que ayuda a orientar las decisiones de tratamiento y la elegibilidad para ensayos clínicos
Acompañamiento oncológico	• Enfermero(a) defensor(a) individual (incluye planes de atención personalizados, consulta médica virtual y asistencia general) • Compatibilidad de ensayos clínicos • Revisión médica entre colegas • Revisión de patología digital (confirmación del diagnóstico de cáncer, grado y estado molecular) • Perfil genómico integral



PROTÉJASE A USTED MISMO, A SU FAMILIA Y A SU FUTURO

El plan de seguro legal ARAG UltimateAdvisor® ofrece acceso asequible a abogados con experiencia, ayuda para preparar documentos legales y cobertura para necesidades legales comunes e inesperadas.

QUÉ SE CUBRE

El seguro legal incluye una amplia gama de servicios, tales como:

- Planificación patrimonial: Testamentos, fideicomisos y poderes notariales
- Asuntos familiares: Divorcio, adopción, cambios de nombre, tutela
- Vivienda y propiedad: Compra o venta de una vivienda, ejecución hipotecaria, disputas entre vecinos
- Problemas de deuda y consumo: Quiebra, cobro de deudas, fraude al consumidor
- Tráfico y conducción: Multas, suspensión de la licencia
- Derechos de los inquilinos: Disputas de arrendamiento, desalojos
- Asuntos fiscales: Auditorías y cobros del IRS

POR QUÉ ES VALIOSO EL SEGURO LEGAL

- **Ahorre dinero:** Los honorarios legales pueden costar cientos por hora. ARAG cubre el 100% de los honorarios de los abogados para la mayoría de los asuntos cubiertos cuando se acude a un abogado de la red.
- **Reduzca el estrés:** Deje que abogados con experiencia se encarguen de los asuntos complicados: ARAG hace que sea sencillo obtener apoyo.
- **Esté preparado:** Ya sea que esté planeando un testamento, lidiando con una multa de tránsito o atravesando un cambio importante en su vida, está cubierto.
- **Fácil de utilizar:** Acceda a abogados y herramientas legales en línea, a través de la aplicación ARAG o por teléfono.

Deducciones del Plan legal	Deducciones de pago por (24)
Asesor definitivo	\$9.13

Para obtener la lista completa de lo que cubre su plan, visite: ARAGlegal.com/myinfo

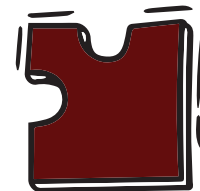
Código de acceso: 19039wal

CÓMO FUNCIONA

¿Necesita ayuda legal?

- Inicie sesión en su cuenta en línea, a través de la aplicación o llame al servicio de atención al cliente de ARAG.
- **Asignación personalizada**
ARAG confirmará su cobertura y lo conectará con abogados locales que pueden ayudarlo.
- **Reúnase con un abogado:**
Trabaje con un abogado de la red en persona, virtualmente o por teléfono. La mayoría de los servicios se cubren en su totalidad.
- **Tome acción:**
Los abogados pueden revisar y preparar documentos, brindar asesoramiento legal, escribir cartas, hacer llamadas e incluso representarle en el tribunal.

Protección de identidad



Allstate/AIP

El robo de identidad y el delito cibernético le pueden ocurrir a cualquiera: 1 de cada 4 estadounidenses ha sufrido un delito cibernético.

Allstate Identity Protection se enorgullece de tener una definición amplia e inclusiva de “familia” que cubre a todos bajo su techo (o bajo su bolsillo), sin importar su edad.*

Obtenga monitoreo de identidad integral y resolución de fraudes diseñados para ayudarle a protegerse a usted mismo y a su familia contra las amenazas digitales actuales, además de funciones de ciberseguridad diseñadas para identificar y abordar vulnerabilidades antes de que puedan ser explotadas.

**Solo disponible con el plan familiar. La capacidad de inscribirse en los planes familiares depende del método de inscripción. La definición de cobertura de Allstate Identity Protection se puede alinear con la elegibilidad para los beneficios del cliente. Comuníquese con su representante de Protección de Identidad de Allstate para obtener más detalles.*

ASPECTOS DESTACADOS DE LA COBERTURA

- Monitoreo de identidad, cuentas financieras y crédito
- Ciberprotección para dispositivos móviles
- Asistencia 24/7, además de hasta \$1 millón en reembolso de gastos por fraude o hasta \$2 millones para familias**

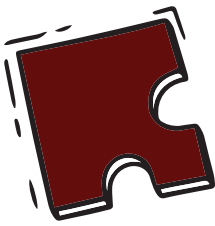
***El seguro contra robo de identidad que cubre los gastos y el reembolso de fondos robados está respaldado por American Bankers Insurance Company of Florida, una compañía de Assurant. Por favor, consulte las pólizas reales para conocer los términos, condiciones y exclusiones de la cobertura.*

Es fácil comenzar

- **Elija su plan:** Está protegido(a) a partir de su fecha de entrada en vigencia.
- **Active funciones clave:** Explore funciones adicionales en nuestro portal y aplicaciones fáciles de utilizar.
- **Viva su mejor vida en línea:** Lo tenemos cubierto con alertas 24/7.

Deducciones por protección de identidad	Deducciones de pago por (24)
Empleado	\$4.75
Familiar	\$9.25





Transporte médico

MASA

COSTOS DE TRANSPORTE DE EMERGENCIA

La mayoría de la gente asume que su seguro médico cubrirá la mayoría, si no todos, los costos de los transportes médicos de emergencia. Por lo general, ocurre lo contrario, lo que le deja con responsabilidades financieras. La cobertura de transporte médico de MASA paga estos costos para que usted no tenga que hacerlo.

¿EN QUÉ SE DIFERENCIA MASA?

- En todo Estados Unidos hay miles de proveedores de ambulancias terrestres y cientos de aseguradoras de ambulancias aéreas. SOLO MASA ofrece cobertura integral ya que MASA es un pagador y no un proveedor.
- SOLO MASA proporciona cobertura a más de 1.6 millones de miembros TANTO para transporte en ambulancia terrestre como en ambulancia aérea, independientemente del proveedor que los transporte.
- ¡Los miembros están cubiertos en CUALQUIER LUGAR de los 50 estados y Canadá!
- Además, MASA proporciona un beneficio de repatriación: Si un miembro está hospitalizado a más de 100 millas de su hogar, MASA puede organizar y pagar su transporte a un hospital más cercano a su lugar de residencia.

SU MEMBRESÍA

Una membresía de MASA le brinda acceso a transporte médico de emergencia vital sin importar dónde viva, por una tarifa mensual mínima.

- Una tarifa baja para toda la familia
- SIN deducibles
- SIN preguntas de salud
- Fácil proceso de reclamo

Aspectos destacados	Emergent Plus
Transporte terrestre urgente	Estados Unidos/Canadá
Transporte aéreo urgente	Estados Unidos/Canadá
Transporte aéreo no urgente	Estados Unidos/Canadá
Repatriación	Estados Unidos/Canadá
Deducciones por transporte médico	Deducciones de pago por (24)
Empleado + Familia	\$7.00

Programa de asistencia al empleado



The Standard (Health Advocate)

En algún momento, todos necesitamos ayuda para afrontar o tomar decisiones difíciles. El Programa de asistencia al empleado (EAP) facilita el acceso a apoyo, orientación y recursos.*

Waller ISD proporciona el EAP sin costo alguno para usted durante su empleo. EAP está ahí para usted y su familia a través de su seguro grupal por discapacidad a largo plazo de Standard Insurance Company (The Standard). Y es confidencial: la información se divulgará solo con su permiso o según lo requiera la ley.

Health AdvocateSM proporciona nuestros servicios de EAP. Sus profesionales pueden ayudar con derivaciones a grupos de apoyo, un consejero de red, recursos comunitarios o su plan médico. Si es necesario, sus profesionales pueden conectarle con los servicios de emergencia.

LOS SERVICIOS DEL EAP PUEDEN AYUDAR CON:

- Depresión, duelo, pérdida y bienestar emocional
- Problemas familiares, matrimoniales y con otras relaciones
- Mejoras en la vida y fijación de objetivos
- Adicciones como alcoholismo y drogadicción
- Estrés o ansiedad con el trabajo o la familia
- Problemas legales o financieros
- Resolución de robo de identidad
- Preparación de testamentos y otros documentos legales en línea

SESIONES DE ASESORAMIENTO

Su programa ofrece hasta **tres sesiones de asesoramiento** para cada tema que cada persona elegible quiera abordar. Las sesiones pueden ser en persona, por teléfono, por video o por mensaje de texto.

OBTENGA LA APLICACIÓN MÓVIL DEL EAP

- Visite Google Play o la App Store.
- Encuentre la aplicación móvil del EAP.
- Elija The Standard / EAP / 3 consultas.



SERVICIOS ADICIONALES

- Servicios legales
- Servicios financieros
- Administración del dinero
- Servicios de WorkLife

**El servicio EAP se proporciona a través de un acuerdo con Health Advocate, que no está afiliado a The Standard, a grupos de 10 a 2499 empleados cubiertos. Este servicio solo está disponible mientras esté asegurado bajo la póliza de discapacidad a largo plazo (LTD) de The Standard. The Standard puede cambiar de proveedor o finalizar el servicio en cualquier momento. Health Advocate es el único responsable de proporcionar y gestionar el servicio.*

Es fácil obtener ayuda

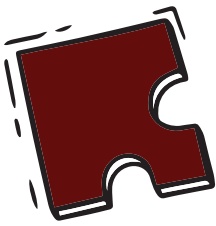
Conéctese con el soporte de EAP por teléfono, correo electrónico, en línea y chat en vivo. Incluso hay una aplicación móvil.

Comuníquese con EAP las 24 horas del día, los siete días de la semana al

888-293-6948 (teléfono)
Para servicios TTY marque 711
answers@healthadvocate.com
healthadvocate.com/standard3

Recursos en línea

Visite healthadvocate.com/standard3 para explorar artículos, seminarios web, calculadoras financieras, evaluaciones médicas y enlaces web a muchos servicios gubernamentales y sin fines de lucro.



Términos del seguro médico

Para aprovechar al máximo sus beneficios de atención médica, los siguientes son términos utilizados por compañías de seguros, planes médicos y proveedores de atención médica:

- **Beneficios:** El monto de dinero que una compañía de seguros debe pagar a un reclamante en virtud de la póliza de seguro.
- **Reclamo:** Una solicitud de una persona (o su proveedor) para que la compañía de seguros pague por los servicios obtenidos.
- **Coseguro:** El dinero que una persona debe pagar por los servicios, después de haber pagado el deducible. A menudo se trata de un porcentaje específico de los cargos. Por ejemplo, el empleado paga el 20% de los cargos mientras que el plan médico paga el 80%.
- **Copago:** Un acuerdo en el que una persona paga un monto específico por varios servicios de atención médica y el plan médico o la compañía de seguros paga el resto. Generalmente la persona debe pagar su parte cuando se prestan los servicios.
- **Deducible:** Un monto fijo en dólares que una persona debe pagar antes de que pueda empezar la cobertura del seguro para gastos médicos. Generalmente se cobran anualmente o por año contractual.
- **Exclusiones y limitaciones:** Condiciones o circunstancias específicas para las cuales una póliza o plan de seguro no proporcionará cobertura (exclusiones) o para las cuales la cobertura está específicamente limitada (limitaciones).
- **Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA):** Una cuenta de ahorros individual/personal donde el asegurado puede reservar dinero antes de impuestos para pagar artículos calificados (consulte la Publicación 502 del IRS). Debe estar cubierto por un plan de salud con un deducible alto (HDHP) para poder aportar a una HSA.
- **Cuenta de gastos flexibles (FSA):** Una cuenta de ahorros individual/personal donde el asegurado puede reservar dinero antes de impuestos para pagar artículos calificados (consulte la Publicación 502 del IRS).
- **Plan de salud con un deducible alto (HDHP):** Un plan médico que cumple con los requisitos para ser considerado un HDHP. NO hay copagos en un HDHP. Todos los gastos médicos y de medicamentos con receta se aplican primero al deducible, luego, una vez que el miembro haya satisfecho su deducible, se aplicará el coseguro.
- **Dentro de la red:** Generalmente se refiere a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que tienen contratos con el plan de seguro para proporcionar servicios a sus miembros. La cobertura de los servicios recibidos de proveedores dentro de la red generalmente será mayor que la de los servicios recibidos de proveedores fuera de la red, dependiendo del plan.
- **Medicamento necesario:** Término utilizado para describir los suministros y servicios necesarios para diagnosticar y tratar una afección médica de acuerdo con los estándares de buenas prácticas médicas. Muchos planes médicos solo pagarán el tratamiento que se considere médicamente necesario. Por ejemplo, la mayoría de los planes no cubren la cirugía estética electiva.
- **Fuera de la red:** Generalmente se refiere a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que no tienen contrato con el plan de seguro para proporcionar servicios a sus miembros. Dependiendo del plan de seguro, los gastos incurridos por servicios proporcionados por proveedores fuera de la red podrían no estar cubiertos o la cobertura podría ser menor que para los proveedores dentro de la red.
- **Máximo de gastos de bolsillo máximo:** El monto total pagado cada año por el deducible y el coseguro. Después de alcanzar el máximo de gastos de bolsillo, el plan paga el 100% de los cargos permitidos por los servicios cubiertos durante el resto del año del plan.
- **Afección preexistente:** Cualquier afección médica que haya sido diagnosticada o tratada dentro de un período específico inmediatamente antes de que una póliza de seguro médico entrara en vigencia. Es posible que estas afecciones no estén cubiertas por un período de tiempo específico en virtud de la nueva póliza.
- **Organizaciones de proveedores preferidos (PPO):** Un tipo de plan de atención gestionada en el que los médicos y los hospitales acuerdan proporcionar tarifas con descuento a los miembros del plan. Por lo general, a los pacientes se les reembolsa entre el 80 y el 100% por el tratamiento recibido dentro de la red, frente al 50 a 70% fuera de la red.
- **Médico de atención primaria (PCP):** Un profesional de la salud que es responsable de supervisar las necesidades generales de atención médica de una persona. Por lo general, un PCP actúa como guardián de la atención médica de una persona, derivándola a especialistas y admitiéndola en hospitales cuando es necesario.
- **Cargos razonables y habituales:** Las tarifas comúnmente cobradas o prevalecientes por servicios médicos dentro de un área geográfica. Si los cargos son más altos que lo que una compañía de seguros considera razonable y habitual, la compañía no pagará el monto total y, en su lugar, pagará lo que considere apropiado para el servicio en particular. Los cargos restantes serán responsabilidad del paciente.
- **Explicación de beneficios (EOB):** Un resumen de los reclamos procesados que se le proporcionará después de que se procese un reclamo para usted o un dependiente. Esta declaración describe los deducibles acumulados hasta la fecha y los montos de gastos de bolsillo cubiertos durante el año. Esta declaración se enviará por correo a menos que esté desactivada en el sitio web.

Notas





Notas

wallerisd.fmcbenefits.com | En caso de existir alguna discrepancia entre los detalles del plan en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como válida la redacción de los documentos oficiales del plan.

Notas





Notas

wallerisd.fmcbenefits.com | En caso de existir alguna discrepancia entre los detalles del plan en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como válida la redacción de los documentos oficiales del plan.

Waller

Independent School District



Administrador de contratos
FBMC Benefits Management, Inc.
PO Box 1878 • Tallahassee, Florida 32302-1878
myFBMC.com

Descargo de responsabilidad: Esta guía no contiene una lista exhaustiva de los términos y condiciones de cada beneficio. Por favor, consulte la póliza, el certificado de cobertura o la compañía aseguradora para obtener más información. La información contenida en este documento no constituye un certificado o póliza de seguro. Los certificados o pólizas se proporcionarán a los participantes después del inicio del año del plan, si corresponde.