

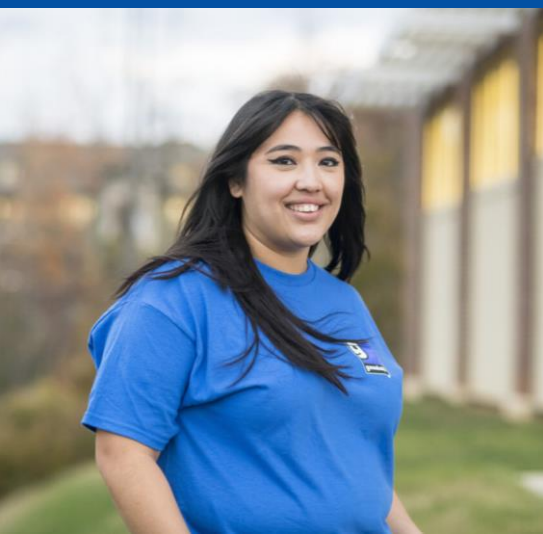


**GOODWILL**  
CENTRAL ★ TEXAS



**2024**

# Guía de Beneficios



**Personal Excel &  
Personal Temporal de GSG**

Su salud y bienestar

# CONTENIDO

3	<b>¡Bienvenido a sus Beneficios 2024!</b>
4	<b>Elegibilidad</b>
5	<b>Cómo Inscribirse</b>
6	<b>Mantenerse Conectado</b>
8	<b>Beneficios Médicos</b>
13	<b>Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)</b>
15	<b>Arreglo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)</b>
16	<b>Seguro Dental</b>
18	<b>Visión</b>
19	<b>Cuentas de Gastos Flexibles (FSAs)</b>
21	<b>Seguro de Vida Básico y AD&amp;D</b>
22	<b>Seguro de Vida Voluntario y AD&amp;D</b>
23	<b>Discapacidad a Largo Plazo</b>
24	<b>Seguro Voluntario de Discapacidad</b>
25	<b>Beneficios Adicionales</b>
26	<b>Contactos Importantes</b>
27	<b>Glosario</b>

La información de esta Guía de inscripción está destinada únicamente a fines ilustrativos e informativos. La información que figura en el presente documento se tomó de varias descripciones resumidas del plan, certificados de cobertura e información sobre beneficios. Si bien se hizo todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, siempre es posible que haya discrepancias y errores. No se pretende alterar o ampliar los derechos o responsabilidades establecidos en los contratos o documentos oficiales de los planes. No es una oferta de contrato ni existen garantías expresas o implícitas. En caso de discrepancia entre esta información y los documentos reales de los planes, prevalecerán los documentos reales de los planes. Si tiene alguna pregunta sobre este resumen, comuníquese con el Equipo de Gente y Cultura. © Copyright 2023 Marsh & McLennan Agency LLC. Todos los derechos reservados.



# ¡BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS 2024!

**Goodwill Central Texas** se complace en proporcionarle a usted y a su familia una amplia gama de beneficios competitivos. Sus beneficios son una parte importante de su compensación total. Tiene la flexibilidad de elegir los beneficios que son adecuados para usted y su familia; para mantenerse física y financieramente saludable ahora y en el futuro.

Esta guía de beneficios proporciona información importante sobre sus beneficios y cómo utilizarlos de la mejor manera posible. Revise esta información cuidadosamente, haga preguntas si es necesario, y asegúrese de inscribirse antes de la fecha límite.



# ELEGIBILIDAD

Si Usted es un Miembro del Equipo a tiempo completo y trabaja al menos 30 horas por semana, es elegible para el programa de beneficios de Goodwill Central Texas. Para las personas recién contratadas, la mayoría de sus beneficios son efectivos el primer día del mes después de haber completado 60 días de empleo a tiempo completo. También puede inscribir a sus dependientes elegibles para la cobertura. Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal o pareja de hecho calificada (del mismo sexo o del sexo opuesto) y los hijos de cualquier pareja de hecho;
- Los hijos menores de 26 años, sin importar su condición de estudiante, dependencia o estado civil;
- Los hijos mayores de 26 años que dependen totalmente de usted para su manutención debido a una discapacidad mental o física (y se indican como tales en su declaración de impuestos federales).

Para obtener detalles sobre la elegibilidad y cuándo comienzan y terminan sus beneficios, consulte los documentos del resumen de su plan.

## Los beneficios terminan

Sus beneficios médicos, dentales, visión, de vida voluntario y AD&D terminan el último día del mes en que termina su empleo. Los beneficios de vida y discapacidad terminan en la fecha de la terminación de su empleo de Goodwill Industries del centro de Texas.

## Cambio de beneficios después de la inscripción

Durante el año, no puede hacer cambios en sus elecciones a menos que experimente un evento de vida calificado, como el matrimonio o el nacimiento de un hijo. Si experimenta un Evento Calificativo, debe ponerse en contacto con su Gerente de Operaciones de Personas dentro de los 30 días posteriores al evento, o tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para hacer cambios (a menos que experimente otro evento de vida que califique).

Evento Calificativo	Documentación Necesaria
Cambio de estado civil	
Matrimonio	Copia del certificado de matrimonio
Divorcio/Separación legal	Copia de la sentencia de divorcio
Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Variación del número de dependientes	
Nacimiento o adopción	Copia del certificado de nacimiento o copia de los documentos legales de adopción
Hijastro	Copia de la partida de nacimiento más una copia de la partida de matrimonio entre el Miembro del Equipo y el cónyuge
Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Cambio en el empleo	
Cambio en su estado de elegibilidad (es decir, de tiempo completo a tiempo parcial)	Notificación de aumento o reducción de horas que cambia el estado de la cobertura
Cambio en los beneficios del cónyuge o en la situación laboral	Notificación del estado de empleo del cónyuge que resulte en una pérdida u obtención de cobertura



# CÓMO INSCRIBIRSE

Si es un nuevo empleado, tiene 31 días a partir de la fecha de contratación para completar el proceso de inscripción en línea. Debe completar su inscripción para recibir cobertura de beneficios para el año del plan.

## Antes de inscribirse

- Revise cuidadosamente los beneficios enumerados en esta guía y determine la cobertura médica, dental y de visión y otras que sean mejores para usted y su familia.
- Asegúrese que los familiares cumplan los requisitos de elegibilidad.
- Comprenda el costo de los planes que seleccionó.
- Asegúrese de tener lista la información de su beneficiario y dependiente para ingresar en la inscripción en línea.

Si tiene preguntas sobre sus Beneficios, comuníquese con el Equipo de Beneficios en [Benefits@goodwillcentraltexas.org](mailto:Benefits@goodwillcentraltexas.org).

## Cómo Inscribirse

1. Vaya a <https://marsh.employeenavigator.com>
2. ¿Usuario nuevo? Elija "Registrarse como nuevo usuario"
  - a. Complete la sección "Crea su cuenta":
    - Ingrese su nombre y apellido
    - Ingrese el Identificador de la Compañía: **100-GoodwillCTX**
    - Ingrese el PIN (últimos 4 dígitos del SSN)
    - Formato de la fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
    - Contraseña: Debe tener al menos 6 caracteres y contener un símbolo (#, ?, @, etc.) y un número
  - b. Haga clic en "Registrarse"
3. ¿Usuario recurrente?
  - a. Ingrese su nombre de usuario y contraseña o seleccione "Restablecer una contraseña olvidada"
4. Haga clic en "Iniciar" para comenzar su inscripción.
5. Siga las indicaciones para realizar sus elecciones.
6. Asegúrese de hacer clic en el botón "Haga clic para firmar" para finalizar sus elecciones.

Marsh McLennan Agency

Username

Password

Login

[Forgot Username? Forgot Password?](#)

[Register as a new user](#)

# MANTENERSE CONECTADO

## Aplicación móvil Imagine360 Medical Plan y acceso en línea

Administre sus beneficios en cualquier momento y en cualquier lugar usando la aplicación móvil miBenefits o a través del portal: <http://mibenefits.imagine360.com>



- **Búsqueda profunda de proveedores:** conseguir a un proveedor utilizando datos de calidad, acceso y costo para ayudarlo a tomar decisiones bien informadas
- **Tablero dinámico para miembros:** haga un seguimiento de todos sus reclamos y deducibles en tiempo real, imprima tarjetas de identificación, vea la información del plan y más
- **Soporte de atención médica en vivo:** mensajería integrada directamente con nuestro equipo a través del portal o la aplicación



## Centro de Servicio de Beneficios

El centro de servicio de MMA está aquí para usted; para responder a sus preguntas, incluyendo las preguntas de reclamos de seguro, por teléfono y correo electrónico. Los representantes son agentes autorizados, están familiarizados con su paquete de beneficios y pueden ayudarlo con lo siguiente:

- Punto central de contacto para preguntas sobre beneficios y cobertura
- Ayudar con la solicitud de tarjeta de identificación
- Facilitar a los Miembros del Equipo a ingresar las elecciones de inscripción (Nuevas contrataciones/Eventos calificativos de la vida)
- Investigaciones sobre reclamaciones
- Recurso para encontrar a proveedores/centros dentro de la red
- Le sirve para determinar los servicios cubiertos

Póngase en contacto con ellos por correo electrónico en [goodwillcentraltexas@marshmma.com](mailto:goodwillcentraltexas@marshmma.com) o por teléfono al 855-550-9885, PIN 1737.

Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Central. Hay representantes disponibles que hablan español.



## Telemedicina - UCM

### ¡Acceso inmediato y conveniente a la atención!

Nos hemos asociado con UCM Digital Health (UCM) y estamos orgullosos de brindarle acceso las 24/7/365 a proveedores capacitados en medicina de emergencia y consejeros experimentados con maestría y doctorado.

### Problemas médicos y lesiones

Ahora tiene acceso ilimitado a médicos y asistentes médicos capacitados en medicina de emergencia, certificados por la junta y compasivos que pueden diagnosticar y tratar cualquier problema médico o lesión que tenga por teléfono o video seguro. El equipo de la UCM también puede prescribir medicamentos cuando corresponda, ordenar pruebas de diagnóstico y asistirlo con el tratamiento médico en persona cuando sea necesario.

### Consejería de Salud Mental y Abuso de Sustancias

También recibe acceso ilimitado las 24/7 a consultas telefónicas con consejeros capacitados para obtener asesoramiento confidencial sobre salud mental y abuso de sustancias. Puede hablar con un consejero para obtener ayuda con los factores estresantes cotidianos, problemas infantiles y familiares, ansiedad y depresión, y más.

Para comenzar, vaya a [www.goseesam.com](http://www.goseesam.com) o descargar la aplicación móvil SAM de UCM hoy mismo.



# BENEFICIOS MÉDICOS

La cobertura médica de Goodwill Central Texas, a través de Imagine360 le proporciona a usted y a su familia la protección necesaria para los problemas de salud diarios o los gastos médicos inesperados.

## Cómo funciona la cobertura médica

Cuando se inscribe en la cobertura médica, paga una parte de sus gastos de atención médica cuando recibe la atención y el plan paga otra parte, como se detalla a continuación. Tenga en cuenta que los cuidados preventivos, como los exámenes físicos, vacunas contra la gripe y pruebas de detección, siempre tienen una cobertura del 100% cuando se utilizan proveedores dentro de la red. La diferencia clave entre los planes es la cantidad de dinero que pagará en cada período de pago y cuando necesita atención. Los planes tienen diferentes:

- **Deducibles:** el monto que paga cada año por los cargos elegibles dentro y fuera de la red antes de que el plan comience a pagar una parte de los costos.
- **Copagos:** el monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica. Los copagos no cuentan para su deducible anual, pero sí para su máximo de gastos de bolsillo anual.
- **Coaseguro:** Una vez que haya cumplido con su deducible, usted y el plan comparten el costo de la atención, lo que se llama coaseguro. Por ejemplo, usted paga el 20% por los servicios y el plan paga el 80% del costo hasta que alcance su máximo de gastos de bolsillo anual.
- **Desembolso Máximo:** lo máximo que pagará cada año por servicios elegibles dentro o fuera de la red, incluyendo medicamentos con receta. Después de alcanzar el máximo de bolsillo, el plan paga el costo total de los servicios elegibles de atención médica por el resto del año.
- **Programas de Medicamentos con Receta:** Para el Plan HDHP/HSA, una vez que haya alcanzado el deducible de medicamentos recetados, usted será responsable de los copagos aplicables hasta que alcance el desembolso máximo para el Año del Plan. Para los otros planes, usted es responsable de los copagos aplicables hasta que alcance el desembolso máximo.

## Antes de inscribirse

1. Piense en el costo por período de pago y en los gastos de bolsillo en los que incurrirá; y en sus gastos médicos anticipados. La opción que tiene el costo más alto por período de pago típicamente paga más para servicios, lo que significa sus deducibles, coaseguro y/o copagos son más bajos cuando necesite atenderse.
2. Usar un proveedor dentro de la red puede optimizar su experiencia. Asegúrese de que su médico esté participando en la red del plan visitando <https://miBenefits.imagine360.com>. Para buscar proveedores, seleccione la red HealthSmart y la red Partners Direct Health. Si su médico está fuera de la red, es posible que pague más por sus servicios médicos.
3. Considere el costo de los servicios y medicamentos recetados que espera recibir durante el año.





La siguiente tabla resume las principales características de la cobertura médica. Consulte los documentos oficiales de los planes para obtener información adicional sobre cobertura y exclusiones.

	Plano Básico		Plan de Compra	
	Dentro de la red		Dentro de la red	
<b>Deducible del año calendario</b>				
Individual	\$4,000		\$1,500	
Familiar	\$8,000		\$3,000	
<b>Desembolso Máximo por año calendario (incluye el deducible)</b>				
Individual	\$6,750		\$6,000	
Familiar	\$13,000		\$12,000	
	Usted paga		Usted paga	
Atención preventiva	\$0		\$0	
Médico de Atención Primaria	\$30		\$30	
Especialista	\$50		\$60	
Telemedicina: UCM	\$0		\$0	
Atención de urgencia	\$75		\$75 + 10%	
Sala de emergencias	Cargos de la Instalación: \$500 + 20%* Cargos del Médico de la ER: 20%*		Cargos de la Instalación: \$500 + 10%* Cargos del Médico de la ER: 10%*	
Coaseguro	20%		10%	
Laboratorio y radiografías	20%*		10%*	
Hospitalización	20%*		10%*	
Imágenes de diagnóstico (IRM/TC)	20%*		10%*	
<b>Farmacia</b>				
Deducible para medicamentos recetados	N/A		N/A	
Desembolso Máximo de medicamentos	Incluido en médico		Incluido en médico	
<b>Medicamentos con receta en farmacia (suministro para hasta 30 días)</b>				
Nivel 1 - Genérico	\$10		\$10	
Nivel 2 - Marca preferida	\$50		\$50	
Nivel 3 - Marca no preferida	\$80		\$80	
Especialidad	\$100		\$100	
<b>Medicamentos con receta por pedido por correo (suministro de 90 días)</b>				
	2x copago		2x copago	
<b>Contribución por Seguro Médico</b>				
	<b>Semi Mensual</b>	<b>Semanal</b>	<b>Semi Mensual</b>	<b>Semanal</b>
Miembro del Equipo Sólo	\$16.25	\$7.50	\$94.55	\$43.64
Miembro del Equipo + Cónyuge	\$97.00	\$44.77	\$191.52	\$88.39
Miembro del Equipo + Hijo(s)	\$29.91	\$13.80	\$177.16	\$81.77
Miembro del Equipo + Familia	\$140.00	\$64.62	\$280.01	\$129.24
*Después del deducible Consulte las páginas de la HRA para obtener más información.				

La siguiente tabla resume las principales características de la cobertura médica. Consulte los documentos oficiales de los planes para obtener información adicional sobre cobertura y exclusiones.

		<b>Plan HDHP/HSA</b>	
		Dentro de la red	
<b>Deducible del año calendario</b>			
Individual		\$3,000	
Familiar		\$6,000	
<b>Desembolso Máximo por año calendario (incluye el deducible)</b>			
Individual		\$4,000	
Familiar		\$8,000	
		Usted paga	
Atención preventiva		\$0	
Telemedicina: UCM		\$10	
Médico de Atención Primaria		\$0*	
Especialista		\$0*	
Atención de urgencia		\$0*	
Sala de emergencias		\$0*	
Coaseguro		0%	
Laboratorio y radiografías		\$0*	
Hospitalización		\$0*	
Imágenes de diagnóstico (IRM/TC)		\$0*	
Farmacia			
Deducible para medicamentos recetados		Incluido en médico	
Desembolso Máximo de medicamentos		Incluido en médico	
<b>Medicamentos con receta en farmacia (suministro para hasta 30 días)</b>			
Nivel 1 - Genérico		\$10*	
Nivel 2 - Marca preferida		\$50*	
Nivel 3 - Marca no preferida		\$80*	
Especialidad		\$100*	
<b>Medicamentos con receta por pedido por correo (suministro de 90 días)</b>		2x copago	
<b>Contribución por Seguro Médico</b>		<b>Semi Mensual</b>	<b>Semanal</b>
Miembro del Equipo Sólo		\$35.00	\$16.15
Miembro del Equipo + Cónyuge		\$104.47	\$48.21
Miembro del Equipo + Hijo(s)		\$64.50	\$29.77
Miembro del Equipo + Familia		\$152.74	\$70.49
*Después del deducible Consulte las páginas de la HRA para obtener más información.			



# MÉDICO - INFORMACION ÚTIL

## SHIELD PBM

SHIELD PBM administra sus beneficios de recetas de la misma manera que su compañía de seguros de salud administra sus beneficios de salud. Para activar su portal en línea, regístrese en [www.ShieldPBM.com](http://www.ShieldPBM.com).

- Haga clic en " Login with member/group ID (Iniciar sesión con ID de miembro/grupo)"
- Ingrese el ID de miembro y grupo que se encuentra en su tarjeta de beneficios
- Una vez que haya iniciado sesión, haga clic en " Update Profile (Actualizar perfil)" y complete su perfil tanto como sea posible

## Tarjeta ID (ID Card)

Llame al número que figura en su Tarjeta ID si usted:

- Tiene preguntas sobre sus beneficios
- Necesita conseguir a un proveedor
- Necesita ayuda con un reclamo
- Quisiera hablar sobre un problema de salud con una enfermera

Comprender su tarjeta de identificación de beneficios (incluye toda la información que usted y su proveedor necesitan):

- Siempre lleve su tarjeta de identificación con usted cuando vaya a un proveedor
- Presente su tarjeta de identificación en el check-in
- Aliente al personal del consultorio a llamar al número de proveedor que figura en la lista si:
  - Tenga preguntas sobre su elegibilidad para los beneficios
  - Diga que no aceptan sus beneficios
- Llame al número de servicios para miembros que figura en la tarjeta si se le pide que pague por adelantado en cualquier momento

Para obtener ayuda para conseguir a proveedores, preguntas sobre reclamos o información sobre su plan de salud:

- Correo electrónico: [myplan@imagine360.com](mailto:myplan@imagine360.com)
- Por teléfono: 800-903-4360

## Explicación de Beneficios (EOB)

Una Explicación de beneficios (EOB) es una declaración de su plan de salud para informarle cómo se procesó un reclamo. Muestra información sobre los servicios recibidos, el proveedor y la fecha del servicio. No es una factura.

Preste especial atención a las siguientes áreas importantes de su EOB:

- Información básica sobre el reclamo, incluida la identificación del paciente y el número de EOB.
- Descripción general de los servicios prestados, las fechas de los servicios, los cargos presentados y cómo se aplicaron los beneficios del plan.
- Explicación de los códigos utilizados en la aplicación de beneficios. Este cuadro también puede incluir comentarios sobre su reclamo. Lea esta sección para ver si necesita tomar alguna medida.
- El monto aplicado al deducible, así como los montos de copago y coaseguro. El total adeudado al proveedor es la cantidad que usted debe pagar.
- Compare el monto con cualquier factura que reciba de su proveedor. Si no coinciden, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

Si alguna vez le facturan más de su responsabilidad de desembolso máximo que figura en su EOB, o si tiene alguna pregunta sobre una factura, llámenos de inmediato al número que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

## Protección de Precios y Soporte de Facturación

Mientras usted se enfoca en mejorar, nosotros nos enfocamos en las facturas. Hacemos el trabajo duro, para que pueda dejar de preocuparse por los costos y tener la tranquilidad de que lo que está pagando es justo.

Aquí hay tres cosas simples que debe hacer:

- Compare las facturas de su proveedor con la EOB de su plan de salud.
- Envíenos la factura si no coinciden (correo, fax o correo electrónico), para que podamos trabajar en su nombre.
- Esté atento a su correo para ver si hay facturas de proveedores adicionales para enviarnos.

Muchas veces, nunca tendrá una razón para comunicarse con nosotros sobre una factura. Pero si lo hace, puede contar con nuestro equipo dedicado de expertos en defensa, incluido el apoyo legal, si es necesario. Simplemente llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

## Cuidado Preventivo

Su plan de salud incluye atención preventiva, que es un paso crítico que puede tomar para controlar su salud. Una afección diagnosticada antes suele ser más fácil de tratar. Además, los chequeos regulares pueden ayudarle a usted y a su médico a identificar cambios en el estilo de vida que puede hacer para evitar ciertas afecciones.

Tenga en cuenta que la cobertura de las pruebas de detección varía según los planes de salud. Para obtener una lista de los servicios preventivos cubiertos por su plan de salud, llame al número que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

Para obtener una lista completa de los servicios preventivos recomendados, visite [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov).

## Gestión de Casos

Su plan de salud incluye un programa de administración de casos para ayudar a los miembros que experimentan un accidente catastrófico, una enfermedad potencialmente mortal o un diagnóstico complejo.

Si le sucede alguno de estos eventos, una enfermera le brindará apoyo de enfermería personalizado por teléfono. Estos servicios están disponibles sin costo adicional para usted y son completamente confidenciales.

Su enfermera administradora de casos está aquí para ayudarle:

- Comprender los beneficios
- Identificar proveedores y Asistencia
- Coordinación de Farmacia
- Coordinación del sitio de atención
- Ahorro de costos
- Gestión de utilización

## Ahorrando en Imágenes con KIS

KIS Imaging está disponible para servicios de radiología de gama alta que no son de emergencia. Pueden proporcionar ahorros de hasta un 80% en tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones (PET). Se debe contactar a KIS Imaging directamente para programar los servicios para acceder a este programa.

Acerca de las imágenes de diagnóstico:

- La red más grande de Estados Unidos de proveedores de imágenes de alta calidad
- \$0 gastos de bolsillo
- Ahorre hasta un 80% en CT, MRI y PET
- Más de 2,600 centros de imágenes de radiología rentables y de alta calidad en todo el país
- Incluido en el plan de beneficios existente sin costo adicional para usted



# CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una cuenta de ahorros personal que usted posee y que puede usar para pagar los gastos médicos de su bolsillo calificados ahora o en el futuro. Sus contribuciones a la HSA y las ganancias de intereses o inversiones están libres de impuestos. Además, siempre que se utilice para gastos médicos calificados, el dinero que gasta de su HSA también está libre de impuestos. Su HSA también se puede usar para pagar los gastos de atención médica de su cónyuge y dependientes, incluso si no están cubiertos por el Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP).

## ¿Cómo funciona una HSA?



### Elegibilidad

Cualquier persona que:

- Esté cubierta por un Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP);
- No esté cubierta por otro plan médico que no sea un Plan de Salud de Deducible Alto (HDHP);
- No tenga derecho a beneficios de Medicare;
- No sea elegible para figurar en la declaración jurada de impuestos de otra persona;
- No haya recibido beneficios de VA en los últimos 3 meses; o
- No esté cubierta por su Cuenta de Gastos Flexible (FSA) suya o la de su cónyuge, a excepción de una FSA de Propósito Limitado



### Abrir una Cuenta

Deberá abrir una cuenta a través de WEX, el administrador externo de la cuenta de ahorros para la salud de Goodwill Industries of Central Texas.



### Sus Contribuciones

Puede aportar hasta el máximo del IRS que es de \$4,150/individual o \$8,300/familiar. Puede hacer un aporte adicional de "nivelación" de hasta \$1,000 al año si tiene 55 años o más.



### Gastos Elegibles

Puede usar su HSA para pagar los gastos médicos, dentales, de visión y de medicamentos con receta en los que haya incurrido usted y los miembros elegibles de su familia. *Tenga en cuenta: los fondos disponibles para el reembolso se limitan al saldo de su HSA.*



### Uso de su cuenta

Utilice la tarjeta de débito vinculada a su HSA para cubrir los gastos elegibles; o pague los gastos de su propio bolsillo y guarde los dólares de su HSA para futuros gastos médicos.



### Su HSA es siempre suya, no importa lo que pase.

Una de las mejores características de una HSA es que el dinero que sobra al final del año permanece en la cuenta para que pueda usarlo al año siguiente o en cualquier momento en el futuro. Su HSA y el dinero que elija contribuir le pertenecen.


## Ventajas Impositivas

Una HSA ofrece tres ventajas fiscales importantes:

1. Puede usar los fondos de su HSA para cubrir los gastos médicos calificados, incluyendo los gastos dentales y de visión; libre de impuestos.
2. Los fondos no utilizados crecen y pueden ganar intereses con el tiempo; libres de impuestos.
3. Puede ahorrar los dólares de su HSA para usarlos para su atención médica cuando deje Goodwill Central Texas o cuando se jubile; libre de impuestos.

Si quiere pagar menos por cada cheque de pago para la cobertura médica y ahorrar dinero libre de impuestos para gastos futuros, considere inscribirse en el HDHP con HSA.

## Cómo trabajan juntos un Plan Médico de Deducible Alto (HDHP); y una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

<b>Ejemplo del primer año: Usted se inscribe en el HDHP con HSA durante la inscripción</b>		<b>Ejemplo del segundo año: Usted sigue con el plan HDHP el año siguiente</b>
Usted aporta \$3,850 para el año		\$2,900 se traspasan del año pasado y usted aporta \$3,850 por un total de \$6,750
Paga \$950 de gastos Elegibles con la HSA		Use la HSA para pagar \$1,250 de gastos elegibles
<b>¡Tiene \$2,900 en la HSA para traspasar al próximo año!</b>		<b>¡Tiene \$5,500 en la HSA para traspasar al próximo año!</b>



# ARREGLO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (HRA)

Un Arreglo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA) es una cuenta establecida para usted por Goodwill Central Texas para reembolsarle los gastos médicos con dólares antes de impuestos. Si se inscribe en el Plan Médico Base, Goodwill Central Texas aporta fondos en su nombre y no paga impuestos sobre estas contribuciones. Aunque no puede aportar a este fondo, puede utilizar sus dólares del HRA como reembolso de los gastos médicos elegibles. Estos fondos no se pueden utilizar para gastos dentales o de la vista.

## Cómo funciona un HRA

- Debe estar inscrito en el Plan Médico Base.
- Goodwill Central Texas cubre los primeros \$1,000\* de los gastos de bolsillo de una persona; los primeros \$2,000\* de gastos de bolsillo para una familia.
- Su HRA paga sus copagos elegibles, copagos de recetas, montos de deducibles y coaseguro, siempre que haya fondos disponibles.
- Después de usar todos los fondos de su HRA, usted paga los servicios hasta que satisfaga el desembolso máximo del plan.
- Este fondo no se transfiere si deja Goodwill Central Texas.



# SEGURO DENTAL

Cuidar la salud oral no es un lujo; es necesario para una salud óptima a largo plazo. Con un enfoque en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento, la cobertura odontológica puede reducir en gran medida el costo de los procedimientos de restauración y de emergencia. Los servicios preventivos de los proveedores de la red generalmente están cubiertos sin costo alguno para usted e incluyen exámenes y limpiezas de rutina. Usted paga un pequeño deducible y un coaseguro por los servicios básicos y principales.

Puede inscribirse usted y sus dependientes elegibles; o puede renunciar a la cobertura dental. No es necesario estar inscripto en la cobertura médica para elegir un plan dental.

Goodwill Central Texas ofrece cobertura dental a través de Unum. Para obtener información sobre cómo encontrar a un proveedor participante usando la red Unum Dental, visite [www.unumdentalcare.com](http://www.unumdentalcare.com) y seleccione 'Find a Dental Provider'.

## Antes de inscribirse

considere esto:

1. La mayoría de las limpiezas y exámenes preventivos en la red están cubiertos al 100%.
2. Puede recibir atención dental dentro o fuera de la red. Sin embargo, cuando sale de la red, el proveedor podría cobrar más y el plan solo reembolsará por hasta las tarifas razonables y corrientes.







En el cuadro que figura a continuación se resumen las principales características del seguro dental. Por favor, consulte los documentos oficiales del plan para obtener información adicional sobre cobertura y exclusiones.

		<b>Plan Dental</b>	
		La red Unum Dental	
		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Su deducible del año calendario</b>			
Individual		\$50	
Familiar		\$150	
<b>Su beneficio máximo por año calendario</b>			
Por Persona		\$1,250	
<b>Beneficio traspasado**</b>			
Umbral límite		\$600	
Cantidad del traspasado / Máximo traspasado		\$300 / \$1,200	
Total Potencial Máximo Anual		\$2,450	
		Usted paga	
<b>Servicios Preventivos</b>			
Exámenes de rutina, limpiezas, radiografías, tratamientos con flúor, espaciadores, selladores		0%	
<b>Servicios Básicos</b>			
Empastes, extracciones simples, cirugía oral, endodoncia, periodoncia		20%*	
<b>Servicios Principales</b>			
Incrustaciones/ recubrimientos, coronas, puentes, dentaduras postizas, implantes, reparaciones		50%*	
<b>Ortodoncia</b>			
Adultos & Hijos		No Cubierto	
<b>Contribución por Seguro Dental</b>		<b>Semi Mensual</b>	<b>Semanal</b>
Miembro del Equipo Sólo		\$12.73	\$5.87
Miembro del Equipo + Cónyuge		\$24.68	\$11.39
Miembro del Equipo + Hijo(s)		\$24.13	\$11.14
Miembro del Equipo + Familia		\$37.36	\$17.24
*Después del deducible			
**Si recibe al menos una limpieza y un examen regular dentro del año de beneficios y sus reclamos dentales totales valen menos que el Límite Umbral, una parte de su máximo anual dental se transferirá automáticamente al próximo año.			



# VISIÓN

Unos ojos sanos y una visión clara son una parte importante de su salud general y de su calidad de vida. Puede inscribirse y a sus dependientes elegibles, o puede renunciar a la cobertura de visión. No es necesario estar inscrito en la cobertura médica para elegir un plan de visión.

Goodwill Central Texas ofrece cobertura para mantener la visión a través de de Unum Vision impulsado por EyeMed que usa la red EyeMed Insight. Para obtener información sobre cómo conseguir a un proveedor participante, visite [www.eyemedvisioncare.com/unum](http://www.eyemedvisioncare.com/unum) y seleccione 'Find an eye doctor'.

	Plan de Visión	
	Dentro de la red	Fuera de la red
	Usted paga	Reembolso
<b>Costo</b>		
Examen	\$10	Hasta \$40
Materiales	\$25	Vea abajo
<b>Servicios cubiertos - Cristales</b>		
Monofocales	\$25	Hasta \$30
Bifocales	\$25	Hasta \$50
Trifocales	\$25	Hasta \$70
Armazones	Copago de \$0, asignación de \$130, 20% de descuento en el saldo	Hasta \$70
<b>Servicios cubiertos - Lentes de contacto en lugar de armazones/cristales</b>		
Tarifa de examen de adaptación de lentes de contacto estándar	\$40	No Cubierto
Lentes de contacto – Médicamente necesarios	\$0	Hasta \$210
Lentes de contacto – Cosméticos	Copago de \$0, asignación de \$130	Hasta \$130
<b>Frecuencia del Beneficio</b>		
Exámenes	Una vez cada 12 meses	
Cristales	Una vez cada 12 meses	
Armazones	Una vez cada 24 meses	
Lentes de Contacto (en lugar de cristales)	Una vez cada 12 meses	
<b>Contribución por Seguro de Visión</b>		
	<b>Semi Mensual</b>	<b>Semanal</b>
Miembro del Equipo Sólo	\$1.95	\$0.90
Miembro del Equipo + Cónyuge	\$3.90	\$1.80
Miembro del Equipo + Hijo(s)	\$4.17	\$1.92
Miembro del Equipo + Familia	\$6.81	\$3.14



# CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSAs)

Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSAs) le permiten pagar gastos elegibles de atención médica y para el cuidado de dependientes utilizando dólares libres de impuestos. Hay dos tipos de FSA: la FSA para atención médica y la FSA para el cuidado de dependientes:

- **FSA de Atención Médica** - se usa para pagar gastos del bolsillo asociados con su tratamiento médico, dental y servicios de visión, tales como copagos, deducibles, coaseguro, gastos de medicamentos con receta, exámenes y pruebas de laboratorio, lentes de contacto y armazones.
- **FSA para el Cuidado de Dependientes** - se usa para pagar gastos de guardería asociados con el cuidado de dependientes ancianos o niños que son necesarios para que usted o su cónyuge trabaje o asista a la escuela a tiempo completo.

No puede usar su FSA de Atención Médica para pagar gastos del cuidado de dependientes y no puede usar su FSA del Cuidado de Dependientes para pagar gastos de atención médica.

Cómo funciona la FSA de Atención Médica	Cómo funciona la FSA para el Cuidado de Dependientes
Puede contribuir hasta \$3,200 en el año 2024, antes de impuestos.	Puede aportar hasta \$5,000 por año, antes de impuestos, o \$2,500 si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado
Recibe una tarjeta de débito para pagar los gastos médicos, dentales y de la visión elegibles (los fondos deben estar disponibles en su cuenta)	Usted presenta solicitudes de reembolso; no se proporcionan tarjetas de débito
Los gastos elegibles incluyen copagos médicos, coaseguros, deducibles, gafas y medicamentos de venta libre prescritos por su médico.	Se puede utilizar para pagar los gastos de atención de dependientes elegibles, incluyendo guardería, programas extraescolares y programas de cuidado para ancianos
Presentar los reclamos hasta el 31 de marzo del año siguiente para los gastos del 1 de enero al 31 de diciembre	Presentar los reclamos hasta el 31 de marzo del año siguiente para los gastos del 1 de enero al 31 de diciembre
Al final del año calendario, los participantes pueden trasladar \$640 de fondos de atención médica no utilizados. Los fondos restantes que excedan los \$640 se perderá según las regulaciones del IRS.	Si no gasta todo el dinero en esta FSA antes del 31 de marzo, los dólares no utilizados serán confiscados siguiendo las regulaciones del IRS.

## Cómo puede ahorrar en impuestos con las FSA

He aquí un ejemplo de cuánto puede usted ahorrar cuando usa las FSA, a través de WEX para pagar sus gastos predecibles de atención médica y atención de dependientes.

	FSA de Atención Médica		FSA para el Cuidado de Dependientes	
	Sin FSA	Con FSA	Sin FSA	Con FSA
Su ingreso anual imponible	\$50,000	\$50,000	\$50,000	\$50,000
Depósito en cuenta (antes de impuestos)	N/A	\$3,050	N/A	\$5,000
Sueldos sujetos a impuestos	\$50,000	\$46,950	\$50,000	\$45,000
Impuestos federales y de seguro social	\$14,325	\$13,451	\$14,325	\$12,894
Gastos (después de impuestos)	\$2,850	N/A	\$5,000	N/A
Salario en mano (neto)	\$32,825	\$33,499	\$30,675	\$32,106
Ahorro de impuestos anuales con las FSA	\$0	\$874	\$0	\$1,431

Es importante saber que si usted contribuye a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), no puede participar en la FSA de Atención Médica.





# SEGURO DE VIDA BÁSICO Y AD&D

El seguro de vida básico y muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D), está proporcionado por su compañía sin costo para usted. Esa póliza es administrada por Unum y paga una suma global a sus beneficiarios para ayudar a cubrir los gastos en caso de que usted fallezca. El seguro de muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D) paga un beneficio si usted muere o sufre ciertas lesiones graves como resultado de un accidente cubierto. En el caso de una lesión accidental cubierta (como la pérdida de la vista o la pérdida de una extremidad), el beneficio que recibe es un porcentaje de la cobertura total de AD&D en función de la gravedad de la lesión accidental.

## Información del beneficiario

Porque las situaciones cambian a menudo, podría ser necesario actualizar la información de su beneficiario. Debe revisar y actualizar esta información todos los años, o antes de jubilarse. Consulte su Equipo de Gente y Cultura para más información.

Seguro de Vida Básico / AD&D - Para usted	
	Seguro de Vida Básico y AD&D
Monto de la cobertura	Miembros del Equipo de Tiempo Parcial: \$10,000 Miembros del Equipo de Tiempo Completo: 1 vez sus ganancias anuales básicas, hasta un máximo de \$250,000
Evidencia de Asegurabilidad / Prueba de buena salud	No obligatorio
Tabla de reducción por edad	El beneficio del Miembro del Equipo a Tiempo Parcial se reduce por: 35% a los 65 años; 55% a los 70 años; 80% a los 80 años. El beneficio del Miembro del Equipo de Tiempo Completo se reduce por: 35% a los 65 años; 50% a los 70 años.

## Ingreso imputado

Según las leyes fiscales actuales, el ingreso imputado es el valor de su seguro básico de vida que excede los \$50,000 y está sujeto a los impuestos federales sobre la renta, el Seguro Social y los impuestos estatales sobre la renta, si procede. Este monto de ingreso imputado se incluirá en su cheque de paga y se mostrará en su estado de cuenta W-2.



# SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO AD&D

El seguro de vida voluntario y AD&D le permite adaptar la cobertura a sus necesidades individuales y proporcionar protección financiera a sus beneficiarios en caso de su muerte o una lesión grave accidental. El seguro de vida voluntario para usted y sus dependientes administrado por Unum también puede ayudarle a proteger a su familia durante los momentos difíciles.

Seguro de Vida Voluntario / AD&D - Para usted y sus dependientes			
	Miembros del Equipo	Cónyuge	Hijo(s) hasta la edad de 26
Monto de la cobertura	Incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 - sin exceder de cinco veces su salario	Incrementos de \$5,000 que no excede la cobertura del Miembro del Equipo	Incrementos de \$2,000 hasta un máximo de \$10,000; \$1,000 para niños nacidos vivos hasta los seis meses
Emisión Garantizada (GI)	\$200,000	\$20,000	\$10,000
Evidencia de Asegurabilidad (EOI) / Prueba de buena salud	<b>Recién elegible:</b> Inscribirse hasta GI sin EOI  <b>Inscripción abierta:</b> Aumentar o inscribir hasta GI sin EOI  <b>Actualmente inscrito con cambio de estado:</b> Se requiere EOI	<b>Recién elegible:</b> Inscribirse hasta GI sin EOI  <b>Inscripción abierta:</b> Aumentar o inscribir hasta GI sin EOI  <b>Actualmente inscrito con cambio de estado:</b> Se requiere EOI	No obligatorio

## Antes de inscribirse considere esto:

1. Por lo general, la cantidad correcta de cobertura dependerá de su edad, su situación familiar y cualquier ahorro personal que pueda tener.
2. Es importante entender cualquier regla de la EOI que se aplique. Si se inscribe cuando es elegible por primera vez, se garantiza un seguro voluntario de vida a término para usted y su cónyuge hasta los montos indicados en la tabla. Si inicialmente renuncia a esta cobertura, pero desea inscribirse en una fecha posterior, deberá presentar una EOI satisfactoria antes de que cualquier cobertura pueda entrar en vigencia.
3. Piense en quiénes desea designar como beneficiarios y asegúrese de nombrarlos como beneficiarios en su póliza.
4. El costo de la cobertura depende de su edad, estado y monto del beneficio elegido. Consulte el portal de inscripción en línea para obtener ayuda en calcular sus primas.

Tasas por Edad del Miembro del Equipo por \$1,000 de cobertura				Tasas por Edad de Cónyuge por \$1,000 de cobertura			
< 25	\$0.067	50-54	\$0.257	< 25	\$0.059	50-54	\$0.255
25-29	\$0.067	55-59	\$0.473	25-29	\$0.059	55-59	\$0.420
30-34	\$0.089	60-64	\$0.738	30-34	\$0.067	60-64	\$0.764
35-39	\$0.101	65-69	\$1.420	35-39	\$0.084	65-69	\$1.291
40-44	\$0.111	70-74	\$2.306	40-44	\$0.109	70-74	\$2.264
45-49	\$0.168	75+	\$2.306	45-49	\$0.162	75+	\$3.837
Miembros del Equipo y Cónyuge tasa de AD&D por cada \$1,000			\$0.029	Hijo Vida Voluntaria Tasa por \$1,000		\$0.089	
				Tasa voluntaria de AD&D para niños por cada \$1,000		\$0.029	



# DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

El seguro de discapacidad puede ayudarle a permanecer estable financieramente proporcionando una parte de sus ingresos si queda discapacitado y no puede trabajar. Estos beneficios se proporcionan sin costo alguno a través de Unum. **Sólo los Miembros del Equipo Asalariados son elegibles para este beneficio. Los Miembros del Equipo Asalariados elegibles se inscriben automáticamente.**

## Resumen de los beneficios de Discapacidad a Largo Plazo (LTD)

Beneficio Mensual	60% de los ingresos mensuales
Máximo Mensual	\$10,000 por mes
Duración del beneficio	SS ADEA
Período de eliminación	90 días
Limitación por afecciones preexistentes	3/12*

*\*No puede pagar beneficios por ninguna afección tratada dentro de los tres meses anteriores a la fecha de vigencia hasta que haya estado cubierto por este plan durante 12 meses.*

## Afecciones preexistentes

Una afección preexistente es una lesión o enfermedad por la que ha recibido asesoramiento o tratamiento de un médico en un plazo de tres meses a partir de la fecha de entrada en vigencia de su plan de seguro.

Una discapacidad calificada es una enfermedad o lesión certificada por un médico que le impide realizar sus funciones normales del trabajo.



# SEGURO VOLUNTARIO DE DISCAPACIDAD

El seguro de discapacidad reemplaza una parte de sus ingresos cuando usted no puede trabajar debido a una enfermedad admitida o a una lesión no relacionada con el trabajo.

Goodwill Central Texas ofrece a **todos** los Miembros del Equipo la oportunidad de comprar Discapacidad a Corto Plazo (STD). Los Miembros del Equipo pagados por hora son elegibles para comprar Discapacidad a largo plazo (LTD).

## Resumen de los beneficios de Discapacidad a Corto Plazo (STD)

Beneficio Semanal	60% de los ingresos semanales
Máximo Semanal	\$1,000 por semana
Duración del beneficio	11 semanas
Período de eliminación	14 días
Limitación por afecciones preexistentes	3/12*

\*No puede pagar beneficios por ninguna afección tratada dentro de los tres meses anteriores a la fecha de vigencia hasta que haya estado cubierto por este plan durante 12 meses.

## Tabla de tasa STD por edad por cada \$10

<25	\$0.766	45-49	\$0.596
25-29	\$0.643	50-54	\$0.744
30-34	\$0.524	55-59	\$0.858
35-39	\$0.464	60-64	\$0.958
40-44	\$0.523	65+	\$0.958

## Resumen de los beneficios de Discapacidad a Largo Plazo (LTD)

Beneficio mensual	60% de los ingresos mensuales
Máximo Mensual	\$10,000 por mes
Duración del beneficio	Hasta los 65 años / SSNRA o ADEA
Período de eliminación	90 días
Limitación por afecciones preexistentes	12/6/24*

\*Las condiciones que existieron dentro de los 12 meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia del asegurado no estarán cubiertas si la discapacidad comienza durante los primeros 24 meses de cobertura, a menos que el asegurado permanezca libre de tratamiento durante 6 meses consecutivos a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

## Tabla de tasa LTD por edad por cada \$100

<25	\$0.300	45-49	\$2.213
25-29	\$0.440	50-54	\$3.589
30-34	\$0.688	55-59	\$4.575
35-39	\$0.897	60-64	\$5.831
40-44	\$1.316	65+	\$5.831

**Consulte el portal de inscripción en línea para calcular sus primas, ya que se basan en su edad y sus ingresos.**

## Afecciones preexistentes

Una afección preexistente es una lesión o enfermedad por la que ha recibido asesoramiento o tratamiento de un médico dentro del número designado de meses antes de la fecha de entrada en vigencia de su plan de seguro.

## Evidencia de Asegurabilidad

Si rechaza la cobertura de discapacidad voluntaria cuando es elegible por primera vez y desea aumentar la cobertura en una fecha posterior, es posible que se requiera una Evidencia de Asegurabilidad (EOI), prueba de buena salud, antes de que se apruebe la cobertura.





# BENEFICIOS ADICIONALES

## Programa de Beneficios y Descuentos Para Empleados

BenefitHub es un portal todo en uno para programas de beneficios patrocinados por empleadores y un mercado de descuentos. Puede encontrar miles de ofertas increíbles de más de 300,000 proveedores en todas las marcas que ama para todo tipo de artículos, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Salud y Bienestar
- Descuentos en restaurantes, en vuelos y hoteles
- Devolución de dinero en compras
- Automóvil
- Diapositivas electrónicas
- Ofertas locales
- Educación
- Entretenimiento
- Restaurantes
- Belleza y Spa
- Entradas
- Deportes y aire libre



Vaya a <https://goodwillcentraltexas.benefithub.com> para acceder a su BenefitHub e ingrese su código de referencia **2FIF12** para volver a conectarse con el mundo que lo rodea.



# CONTACTOS IMPORTANTES

Cobertura	Administrador	Teléfono	Correo Electrónico / Sitio Web
Recursos Humanos	Cindy Adams	512-637-7549	<a href="mailto:benefits@goodwillcentraltexas.org">benefits@goodwillcentraltexas.org</a>
Centro de Servicio de MMA	Marsh McLennan Agency	855-550-9885 PIN 1737	<a href="mailto:goodwillcentraltexas@marshmma.com">goodwillcentraltexas@marshmma.com</a>
Telemedicina	United Concierge Medicine (UCM)	844-484-7362	<a href="http://www.goseesam.com">www.goseesam.com</a> O descargue la aplicación SAM:
Seguro Médico	Imagine360	800-827-7223	<a href="http://mibenefits.imagine360.com">http://mibenefits.imagine360.com</a>
Imágenes KIS	KIS Imagings	888-458-8746	<a href="mailto:info@KISImaging.com">info@KISImaging.com</a>
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	WEX	800-492-0669	<a href="http://www.wexinc.com">www.wexinc.com</a> <a href="mailto:customerservice@wexhealth.com">customerservice@wexhealth.com</a>
Arreglo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)		866-451-3399 Fax: 866-451-3245	
Seguro Dental	Unum	866-679-3054	<a href="http://www.unumdentalcare.com">www.unumdentalcare.com</a>
Visión	Unum Vision con EyeMed	866-679-3054	<a href="http://www.eyemedvisioncare.com/unum">www.eyemedvisioncare.com/unum</a>
Cuentas de Gastos Flexibles (FSAs)	WEX	800-492-0669 866-451-3399 Fax: 866-451-3245	<a href="http://www.wexinc.com">www.wexinc.com</a> <a href="mailto:customerservice@wexhealth.com">customerservice@wexhealth.com</a>
Seguro de Vida y AD&D	Unum	866-679-3054	<a href="http://www.unum.com/employees/contact-us">www.unum.com/employees/contact-us</a>
Seguro de Discapacidad	Unum	866-679-3054	<a href="http://www.unum.com/employees/contact-us">www.unum.com/employees/contact-us</a>
Programa de Beneficios y Descuentos Para Empleados	BenefitHub	866-664-4621	<a href="https://goodwillcentraltexas.benefithub.com">https://goodwillcentraltexas.benefithub.com</a> Código de referencia: 2FIF12 <a href="mailto:customercare@benefithub.com">customercare@benefithub.com</a>
Cuenta de Retiro	Alerus	855-525-3787	<a href="http://www.alerusrb.com">www.alerusrb.com</a>
Equipo de Gente y Cultura	-	-	<a href="mailto:humanresources@gwctx.org">humanresources@gwctx.org</a>



# GLOSARIO

**Cantidad permitida:** Cantidad máxima en la que se basa el pago de los servicios cubiertos de atención médica. Esto significa "gasto elegible", "asignación de pago" o "tarifa negociada". Si su proveedor cobra más de la cantidad permitida, es posible que usted tenga que pagar la diferencia (Consulte facturación del saldo).

**Beneficio máximo anual:** Un límite en los beneficios que su compañía de seguros pagará en un año mientras esté inscrito en un plan de beneficios en particular. Una vez que se alcanza el límite anual, debe pagar todos los gastos médicos asociados para el resto del año.

**Facturación del saldo:** Cuando un proveedor le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y la cantidad permitida. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$100 y la cantidad permitida es de \$70, el proveedor puede facturarle los \$30 restantes. Un proveedor que equilibra las facturas suele ser conocido como un proveedor fuera de la red. Un proveedor de la red no puede facturarle el saldo de los servicios cubiertos.

**Coaseguro:** El porcentaje de los costos de un servicio de atención médica cubierto que usted paga (por ejemplo, 20%) después de haber pagado su deducible.

**Copago:** Un monto fijo (por ejemplo, \$20) que se paga por un servicio de atención médica cubierto después de haber pagado su deducible. Los copagos pueden variar para diferentes servicios dentro del mismo plan, como medicamentos, pruebas de laboratorio y visitas a especialistas.

**Deducible:** La cantidad que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar. Con un deducible de \$2000, por ejemplo, usted paga los primeros \$2000 de servicios cubiertos. Después de pagar el deducible, normalmente solo se paga un copago y/o coaseguro para los servicios cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.

**Monto de Emisión Garantizada (GI):** El monto de cobertura que puede ser aprobado automáticamente. Si solicita más cobertura que el monto de emisión garantizada, tendrá que completar un formulario de Evidencia de Asegurabilidad, y ser aprobado para su monto de cobertura. Por lo general, solo está disponible en su primera oportunidad de inscripción.

**Dentro de la red:** Proveedores que tienen contrato con su aseguradora. Los coaseguros y copagos dentro de la red deben costar menos que los proveedores fuera de la red.

**Fuera de la red:** Proveedores que no tienen contrato con su aseguradora. El coaseguro y los copagos fuera de la red cuestan más que los proveedores dentro de la red. Además, puede ser responsable de cualquier cantidad que supere la cantidad permitida (Consulte Facturación del saldo).

**Desembolso Máximo:** Lo máximo que tiene que pagar por los servicios cubiertos en un año del plan. Después de gastar esta cantidad en deducibles, copagos y coaseguros, su plan paga el 100% de los costos de los beneficios cubiertos. El límite de gastos de bolsillo no incluye sus primas mensuales. Tampoco incluye nada que pueda gastar en servicios que su plan no cubre.

**Formulario de medicamentos recetados:** Una lista de medicinas cubiertas por un plan de seguro. También llamada lista de medicamentos.

**Autorización previa:** La aprobación del aseguradora de un plan médico que puede ser necesaria antes de que usted obtenga un servicio o surta una receta para que estén cubiertos por su plan.

**Atención preventiva:** Atención médica de rutina que incluye exámenes, chequeos y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud.



MarshMcLennan  
Agency