



PARA EMPLE-ADOS

Guía de beneficios

La guía para comprender, seleccionar y utilizar los beneficios disponibles para usted y su familia.



Beneficios diseñados especialmente para usted

Médicos



Dentales



Vista



Financieros



Bienestar



© al centro: Nekha Mathew de Servicios Universales; las hijas de Nekha y Nugget



Compañeros de trabajo:

Ahora que otro año se aproxima, nos complace compartir algunos cambios positivos en sus beneficios.

Para empezar, a partir del 1 de enero de 2024, el condado trasladará el año de su plan de beneficios a un año calendario. Este cambio simplificará la forma en que se gestionan sus beneficios, ya que los deducibles, el máximo de los gastos de bolsillo y las cuentas de gastos flexibles se determinan según el año calendario.

El incentivo de acciones saludables aumenta a \$300. Los empleados elegibles podrán recibir este importe a través de un depósito en nómina por llevar a cabo ciertas acciones durante el próximo año.

Otro cambio consiste en la transición a un nuevo seguro médico, Aetna, aprobado por la Corte de Comisionados para tener un contrato de cinco años a partir del 1 de enero.

También nos complace compartir algo que no cambiará. La Corte de Comisionados aprobó mantener las primas y nuestros beneficios igual para el próximo año del plan. Esto significa que no habrá cambios en lo que usted aporta de su sueldo o paga de su bolsillo para tener acceso a la atención y a los servicios.

Queremos que sepa que el condado de Harris y el equipo de Recursos Humanos y Gestión de Riesgos están aquí para apoyarlo. No dude en contactarnos si necesita ayuda o si desea una explicación más detallada de algún beneficio.



Shain Carrizal

director ejecutivo de Recursos Humanos y Gestión de Riesgos

Los beneficios descritos en este documento son efectivos desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. En caso de que exista alguna variación entre la información proporcionada en esta guía, el documento del plan o los contratos grupales, prevalecerán el documento del plan y los contratos grupales. Esta guía describe brevemente los beneficios ofrecidos a usted y a su familia. No pretende modificar las pólizas grupales ni los contratos entre las compañías de seguros y el condado.

Consulta rápida

Lo nuevo en 2024	05
Compare sus opciones de beneficios de salud	06
Elegibilidad e inscripción	15
Aproveche al máximo sus beneficios	20
Servicios adicionales e información del programa	24
Apoyo a su bienestar	34
Guía de beneficios financieros	39
Avisos legales	46

Lo nuevo en 2024

Nuevo seguro médico

A partir del 1 de enero de 2024, nuestra compañía de seguros médicos será Aetna. Los planes Básico y Plus permanecen igual.

Incentivo de acciones saludables

El importe máximo que puede recibirse aumenta a \$300. Las acciones para recibir este importe máximo deben completarse entre el 1 de noviembre de 2023 y el 31 de octubre de 2024. Para más información, consulte la página 37.

Nuevo programa de bienestar

En enero de 2024, lanzaremos el nuevo programa de bienestar: Navigate. Allí encontrará nuestro programa de incentivos de acciones saludables, así como una variedad de recursos y actividades, todo a su disposición. Se dará a conocer más información después de enero de 2024.

Mejora de los beneficios del seguro de vida

El seguro básico por muerte y desmembramiento accidentales (Accidental Death & Dismemberment, AD&D) del empleado aumentó a \$30.000 para igualar el beneficio del seguro de vida básico de este. Los dependientes cubiertos (cónyuges o hijos) ahora pueden inscribirse en un seguro de vida y AD&D opcional. El beneficio de seguro de vida opcional para empleados ahora tiene un importe máximo de beneficio de \$1.000.000. También se agregó un beneficio de AD&D equivalente al seguro de vida opcional. Para más información, consulte la página 42.



Encuentre detalles sobre estos y todos sus beneficios en toda esta guía.



© Silvia Alanís, jueza de paz, 8-1

Compare sus opciones de beneficios de salud

Después de revisar las opciones del plan y de tomar una decisión, siga los pasos de la página 18 para inscribirse.

Los planes de salud del condado de Harris se dividen en dos categorías: Básico y Plus. Ambas opciones de planes ofrecen la misma red de Aetna, lo que le da a usted y a sus dependientes cubiertos acceso a una amplia red de médicos, instalaciones y servicios de atención médica.

Utilice el resumen de las páginas siguientes para elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades y a las de sus dependientes.

☺ *María Sabala, secretaria del condado;*
Melina Rodríguez, secretaria del condado





Plan Básico

El plan Básico está diseñado para mantener sus gastos mensuales bajos al aplicar deducibles y gastos de bolsillo máximos más elevados. Pagará más por los servicios que utilice, pero las primas que pague serán las más bajas.

vs.

Plan Plus

Con el plan Plus, pagará una prima mensual más elevada, pero sus deducibles, gastos de bolsillo máximos y costos por servicios serán más bajos.

Términos adicionales que debe conocer

- **Beneficiario:** una persona designada para recibir los ingresos o la herencia de un testamento, póliza de seguro, fideicomiso, etc.
- **Coseguro:** el importe que usted paga como porcentaje del costo de sus servicios autorizados, después de cubrir el deducible y hasta alcanzar los gastos de bolsillo máximos del plan.
- **Copago:** el importe fijo en dólares que usted pagará por un servicios de atención médica.
- **Deducible:** cuando proceda, el importe inicial que usted paga antes de que su seguro comience a cubrir algunos servicios.
- **Dependiente:** una persona que es elegible para recibir la cobertura del seguro médico de un asegurado.
- **Gastos de bolsillo máximos:** el importe máximo que pagará por año calendario por los gastos de atención médica cubiertos dentro de la red, incluidos los medicamentos recetados. Una vez que se llega a este límite, el plan paga el 100% de los gastos admisibles durante el resto del año calendario.
- **Prima:** el importe que paga por el seguro. En la mayoría de los casos, el condado de Harris paga la totalidad o parte de la prima.



Planes resumidos

Los planes van más allá de la cobertura médica e incluyen un seguro de la vista, dental, de vida y de incapacidad a largo plazo (long-term disability, LTD). Utilice esta página para comparar las opciones mientras hace su selección.

Su costo (primas quincenales)

	BÁSICO	PLUS
Solo usted	\$0	\$36,35
Usted + hijo	\$109,03	\$181,72
Usted + cónyuge	\$121,15	\$218,07
Usted + 2 o más	\$193,84	\$290,77

Aspectos destacados de la cobertura

	BÁSICO	PLUS
Deducible	\$600 individual \$1.800 Familiar	Ninguno
Gastos de bolsillo máximos	\$7.350 individual \$14.700 Familiar	\$6.350 individual \$12.700 Familiar
Costo por visita	\$\$	\$
Programas de bienestar	✓	✓
Vista y dentales	✓	✓
Programa de asistencia al empleado	✓	✓
Medicamentos recetados	✓	✓
Seguro de vida básico Empleado/cónyuge/hijo	\$30.000 / \$5.000 / \$2.000	\$30.000 / \$5.000 / \$2.000
Seguro por muerte y desmembramiento accidentales Empleado/cónyuge/hijo	\$30.000 / \$5.000 / \$2.000	\$30.000 / \$5.000 / \$2.000
Seguro básico de incapacidad a largo plazo Solo empleado	Hasta el 50% de sus ingresos mensuales por un máximo de \$5.000	Hasta el 50% de sus ingresos mensuales por un máximo de \$5.000



Resumen de los servicios básicos

Utilice este resumen de servicios/costos para una comparación más detallada con el plan Plus. En todos los casos, la permanencia dentro de la red ofrece el mejor valor. En el resumen, “usted paga” se refiere al importe del cual usted es responsable de los gastos admisibles. Recuerde que esta no es una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones. Inicie sesión en [aetna.com](https://www.aetna.com) para saber más sobre los servicios cubiertos y para estimar gastos de bolsillo y provisiones adicionales.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Anual		
Individual	\$600	\$1.000
Familiar	\$1.800	\$3.000
Gastos de bolsillo máximos		
Individual	\$7.350	\$10.000
Familiar	\$14.700	\$30.000
Máximo de por vida	Ilimitado (a menos que se indique lo contrario)	Ilimitado
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	USTED PAGA	USTED PAGA
Servicios de prevención*	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Clínica para empleados	\$0	No aplica
Clínica de atención ambulatoria	\$30	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Visita de atención primaria (Telesalud y visita al consultorio)	\$20	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Visita al consultorio del especialista (Telesalud y visita al consultorio)	\$40	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención de urgencia	\$50	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	USTED PAGA	USTED PAGA
Servicio de ambulancia	\$300	\$300
Servicio de emergencias Si es admitido, no se aplica el copago. Usted sigue siendo responsable de los servicios para pacientes hospitalizados.	\$300	\$300

Resumen de los servicios básicos (cont.)

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS	USTED PAGA	USTED PAGA
Servicios hospitalarios Requiere precertificación y revisión de estadía continua para todas las admisiones de pacientes hospitalizados.	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Servicios médicos	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Centro de enfermería especializada Hasta 100 días por año calendario. Requiere precertificación.	10% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
ATENCIÓN AMBULATORIA	USTED PAGA	USTED PAGA
Servicios de instalaciones	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Cirugía ambulatoria	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Radiografías de diagnóstico y laboratorio	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Mamografía de diagnóstico Incluye 3D	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Tratamiento de diálisis ambulatoria	\$0	No se cubre
Imágenes complejas Resonancia magnética (MRI), tomografía axial computarizada (CAT), tomografía por emisión de positrones (PET), etc. Requiere precertificación.	10% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Rehabilitación/terapia Física, del lenguaje y ocupacional. Limitado a 60 visitas por año calendario.	\$25 por visita	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Servicios básicos de infertilidad Solo diagnóstico y tratamiento	Se paga como cualquier otro gasto; 50% de coseguro una vez alcanzado el deducible por inseminación; medicamentos para la fertilidad excluidos	50 % de coseguro después de alcanzar el deducible; medicamentos para la fertilidad excluidos



	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
MATERNIDAD	USTED PAGA	USTED PAGA
Primera visita al consultorio (Copago de especialista)	\$40	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Visitas posteriores	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Parto en hospital Cubre a la madre y al bebé.	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Equipo de lactancia	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
OTROS SERVICIOS MÉDICOS	USTED PAGA	USTED PAGA
Acupuntura	\$0 hasta un máximo de 10 visitas por año calendario	\$0 hasta un máximo de 10 visitas por año calendario
Tratamiento de alergias Incluye suero, inyecciones y medicamentos inyectables.	\$0 hasta un máximo de 150 dosis por año calendario	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención quiropráctica	\$0 hasta un máximo de 10 visitas por año calendario	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Equipo médico duradero	10% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Audífonos 1 par cada 36 meses	20% de coseguro, no deducible	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención médica a domicilio 100 visitas por año calendario	10% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Cuidados paliativos	10% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Centro de tratamiento residencial	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible

*Servicios de prevención: de acuerdo con la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA), incluyen atención adecuada para cada edad, exámenes de detección y vacunas habituales. Consulte la descripción resumida del plan para obtener información más detallada sobre los servicios de prevención cubiertos.

Resumen de los servicios Plus

Utilice este resumen de servicios/costos para una comparación más detallada con el plan Básico. En todos los casos, la permanencia dentro de la red ofrece el mejor valor. En el resumen, “usted paga” se refiere al importe del cual usted es responsable de los gastos admisibles. Recuerde que esta no es una lista completa de servicios, limitaciones o exclusiones. Inicie sesión en aetna.com para saber más sobre los servicios cubiertos y para estimar gastos de bolsillo y previsiones adicionales.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Anual		
Individual	Ninguno	\$1.000
Familiar		\$3.000
Gastos de bolsillo máximos		
Individual	\$6.350	\$10.000
Familiar	\$12.700	\$30.000
Máximo de por vida	Ilimitado (a menos que se indique lo contrario)	Ilimitado
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	USTED PAGA	USTED PAGA
Servicios de prevención*	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Clínica para empleados	\$0	No aplica
Clínica de atención ambulatoria	\$25	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Visita de atención primaria (Telesalud y visita al consultorio)	\$15	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Visita al consultorio del especialista (Telesalud y visita al consultorio)	\$30	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención de urgencia	\$50	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	USTED PAGA	USTED PAGA
Servicio de ambulancia	\$0	0% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Servicio de emergencias Si es admitido, no se aplica el copago. Usted sigue siendo responsable de los servicios para pacientes hospitalizados.	\$300	\$300
ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS	USTED PAGA	USTED PAGA
Servicios hospitalarios Requiere precertificación y revisión de estadía continua para todas las admisiones de pacientes hospitalizados.	\$600	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Servicios médicos	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Centro de enfermería especializada Hasta 100 días por año calendario. Requiere precertificación.	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
ATENCIÓN AMBULATORIA	USTED PAGA	USTED PAGA
Servicios de instalaciones	\$400	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Cirugía ambulatoria	\$400	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible



	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
ATENCIÓN AMBULATORIA	USTED PAGA	USTED PAGA
Radiografías de diagnóstico y laboratorio	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Mamografía de diagnóstico Incluye 3D	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Tratamiento de diálisis ambulatoria	\$0	No se cubre
Imágenes complejas MRI, CAT, PET, etc. Requiere precertificación.	\$100	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Rehabilitación/terapia Física, del lenguaje y ocupacional. Limitado a 60 visitas por año calendario.	\$20 por visita	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Servicios básicos de infertilidad Solo diagnóstico y tratamiento	Se paga como cualquier otro gasto; 50% de coseguro una vez alcanzado el deducible por inseminación; medicamentos para la fertilidad excluidos	50 % de coseguro después de alcanzar el deducible; medicamentos para la fertilidad excluidos
MATERNIDAD	USTED PAGA	USTED PAGA
Primera visita al consultorio (Copago de especialista)	\$30	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Visitas posteriores	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Parto en hospital Cubre a la madre y al bebé.	\$600	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Equipo de lactancia	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
OTROS SERVICIOS MÉDICOS	USTED PAGA	USTED PAGA
Acupuntura	\$0 hasta un máximo de 10 visitas por año calendario	\$0 hasta un máximo de 10 visitas por año calendario
Tratamiento de alergias Incluye suero, inyecciones y medicamentos inyectables.	\$0 hasta un máximo de 150 dosis por año calendario	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención quiropráctica	\$0 hasta un máximo de 10 visitas por año calendario	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Equipo médico duradero	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Audífonos 1 par cada 36 meses	20% de coseguro, no deducible	20% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención médica a domicilio 100 visitas por año calendario	\$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Cuidados paliativos	\$250 + 10% de coseguro	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Centro de tratamiento residencial	\$600	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible

*Servicios de prevención: de acuerdo con la Ley de Atención Médica Asequible (ACA), incluye atención adecuada para cada edad, exámenes de detección y vacunas habituales. Consulte la descripción resumida del plan para obtener información más detallada sobre los servicios de prevención cubiertos.

Primas quincenales

El condado de Harris continúa haciéndose cargo de una parte importante del costo de su cobertura de atención médica. Las primas de los planes Básico y Plus se basan en 26 períodos de pago y entrarán en vigor el 5 de enero de 2024.

BÁSICO	USTED PAGA		+	EL CONDADO DE HARRIS PAGA		=	TOTAL	
	Prima	Cobertura		Prima	Cobertura		Prima	Cobertura
	\$0	Solo usted		\$385,80			\$385,80	
	\$109,03	Usted + hijo		\$567,11			\$676,14	
	\$121,15	Usted + cónyuge		\$587,23			\$708,38	
	\$193,84	Usted + 2 o más		\$706,67			\$900,51	

PLUS	USTED PAGA		+	EL CONDADO DE HARRIS PAGA		=	TOTAL	
	Prima	Cobertura		Prima	Cobertura		Prima	Cobertura
	\$36,35	Solo usted		\$498,36			\$534,71	
	\$181,72	Usted + hijo		\$743,94			\$925,66	
	\$218,07	Usted + cónyuge		\$801,90			\$1.019,97	
	\$290,77	Usted + 2 o más		\$930,84			\$1.221,61	

Para conocer los pasos de inscripción, visite la página 18.

Detalles sobre otros servicios:



25
Embarazo y posparto



26
Medicamentos recetados



28
Vista



30
Dentales



© Michelle Blount,
Libertad condicional juvenil

Elegibilidad e inscripción

Qué hacer una vez que haya
seleccionado el plan que más le conviene.

Elegibilidad para el plan de atención médica

A menos que se indique lo contrario, usted y sus dependientes son elegibles para los beneficios descritos en esta guía siempre y cuando usted reúna los requisitos para recibirlos y sea un jefe de departamento, un empleado en un puesto de trabajo regular¹ o un funcionario elegido o designado en el condado de Harris.

Elegibilidad de dependientes

Todos los dependientes cubiertos están inscritos en el mismo plan que el empleado.

Es necesario presentar documentación que acredite la situación de elegibilidad de cada uno de sus dependientes. Los documentos enviados a la Oficina de Beneficios en un idioma extranjero deberán ir acompañados de una traducción certificada al inglés. El condado de Harris está obligado por ley a brindar cobertura de atención médica a los niños identificados en las notificaciones nacionales de apoyo médico.²

¿Planea jubilarse este año?

Los dependientes deben tener cobertura durante un año calendario completo antes de que usted se jubile para poder recibir la aportación del condado correspondiente a sus primas. Usted deberá pagar el 100% del costo de la prima de su dependiente si la cobertura de este es menor a un año calendario en el momento de su jubilación.





¿QUIEN ES ELEGIBLE?	DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO REQUERIDA	DETALLES DE ELEGIBILIDAD
Cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> Copia del acta de matrimonio o del acta de matrimonio informal. Los documentos escritos en un idioma extranjero deberán ir acompañados de una traducción certificada al inglés. 	
Hijo biológico	<ul style="list-style-type: none"> Acta de nacimiento u otro documento judicial que indique que el empleado es el padre del niño. Es posible presentar una verificación de hechos del nacimiento o un certificado de nacimiento hasta los 5 años de edad. Para niños de 5 años o más se requiere un acta de nacimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura disponible hasta los 26 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago en el que el dependiente cumpla 26 años.
Hijo adoptado	<ul style="list-style-type: none"> Copia certificada de la orden judicial o de la documentación que coloca al niño en el hogar del empleado. 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura disponible hasta los 26 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago en el que el dependiente cumpla 26 años.
Hijastro	<ul style="list-style-type: none"> Acta de nacimiento u otro documento judicial que indique que el cónyuge del empleado es el progenitor del niño. Copia del acta de matrimonio del empleado y del progenitor del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura disponible hasta los 26 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago en el que el dependiente cumpla 26 años.
Nietos	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de certificación de dependencia financiera (obtenerlo en benefitsathctx.com >> Recursos). Acta de nacimiento del nieto. Acta de nacimiento de la madre o del padre del nieto para acreditar el parentesco con el empleado. 	<ul style="list-style-type: none"> El nieto debe estar relacionado con el empleado por nacimiento o adopción. No puede ser nietastro del empleado. El nieto debe considerarse dependiente en la declaración de impuestos federales del empleado cada año para permanecer en el plan. Las auditorías de nietos se realizan cada mes de junio. Cobertura disponible hasta los 26 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago en el que el dependiente cumpla 26 años.
Niño en crianza temporal	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdo de colocación en cuidado de crianza entre el empleado y el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas o su subcontratista. 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura disponible hasta los 18 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago en el que el dependiente cumpla 18 años.
Custodia o tutela legal	<ul style="list-style-type: none"> Documentos judiciales firmados por un juez que otorgan custodia legal permanente o la tutela legal permanente al empleado. 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura disponible hasta los 18 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago en el que el dependiente cumpla 18 años.
Hijos con discapacidad de 26 años y más	<ul style="list-style-type: none"> Comuníquese con el Departamento de Beneficios y bienestar para obtener los formularios que usted y el médico deberán completar y devolver a Aetna. Aetna le comunicará a usted y al condado de Harris una determinación sobre su solicitud para continuar con la cobertura. 	<ul style="list-style-type: none"> Los hijos dependientes que, según la oficina de Administración de seguridad social, se consideren totalmente discapacitados son elegibles. Incluye a los hijos del empleado que tengan alguna discapacidad o a los hijos del cónyuge de este que se hayan incapacitado antes de los 26 años y que hayan tenido cobertura de forma ininterrumpida.

El hecho de no dar de baja a los dependientes después de un divorcio concluido por un tribunal puede considerarse un fraude al seguro y puede resultar en una remisión a la Fiscalía de Distrito para su investigación. Cualquier empleado que cometa un fraude al seguro será responsable de reembolsar al condado de Harris por la actividad reclamada.

¹Un empleado en un puesto de trabajo regular se define como "un empleado contratado por un período indefinido y programado regularmente para trabajar al menos 32 horas por semana". Consulte la sección 9 de las Políticas y procedimientos de personal del condado de Harris y del distrito de control de inundaciones del condado de Harris para más información.

²Al recibir una notificación de apoyo médico del fiscal general de Texas o del tribunal que preside, o bien, al recibir cualquier mandato legal similar por parte de un tribunal o agencia que tenga jurisdicción sobre el condado, este deberá cumplir con cualquier orden de este tipo, sujeta a los términos de nuestros planes. Dichas órdenes no podrán revocarse excepto mediante documentación revisada recibida de la agencia correspondiente que revoque cualquier orden anterior. No se emitirán reembolsos.



Inscripción y cuándo inscribirse

Inscríbese hoy en el autoservicio para empleados de STARS: stars-hr.hctx.net

Una vez que haya elegido el plan que le convenga, comience el proceso de inscripción iniciando sesión en el autoservicio para empleados de STARS >> Detalles de beneficios.

Todos los empleados en puestos de trabajo regulares deben inscribirse en el plan de salud del condado de Harris. Los que pueden renunciar voluntariamente son:

- Militares retirados que actualmente están cubiertos por TRICARE.
- Empleados de nuevo ingreso con cobertura de Medicare.
- El empleado debe ser el titular de la póliza de TRICARE o de Medicare y no un dependiente cubierto.
- Visite benefitsathctx.com >> **Recursos** para obtener el formulario de renuncia voluntaria. Este formulario debe completarse y devolverse a benefits@harriscountytexas.gov en cada período de inscripción abierta para continuar renunciando a sus beneficios.
- Para los empleados de nuevo ingreso, este formulario deberá recibirse antes de que sus beneficios comiencen a ser efectivos. De lo contrario, su próxima oportunidad de renunciar será durante la inscripción abierta.



Es importante que considere detenidamente las opciones de beneficios disponibles para usted y sus dependientes, ya que solo hay tres oportunidades para seleccionar su cobertura o para realizar cambios en sus beneficios.

1. Cuando lo contratan

Los beneficios comienzan el primer día del período de pago después de 45 días continuos como empleado en un puesto de trabajo regular, a menos que una política del condado vigente en ese momento especifique un período diferente. Si ya tiene cobertura como dependiente en el plan de salud del condado de Harris por uno de sus padres o cónyuge, esa cobertura dejará de existir cuando su cobertura entre en vigencia. No puede renunciar a su propia cobertura para permanecer en el plan de sus padres o cónyuge.

2. Durante la inscripción abierta

Es un buen momento para revisar los beneficios y hacer las actualizaciones necesarias. Puede modificar sus opciones de beneficios, agregar o dar de baja dependientes, contratar o discontinuar un seguro de vida opcional o un seguro de incapacidad a largo plazo opcional e inscribirse o cancelar su inscripción en una cuenta de gastos flexibles.

- Para el año del plan 2024, el período de inscripción abierta es del 16 de octubre al 3 de noviembre de 2023. Visite el sitio de STARS (stars-hr.hctx.net) e inicie sesión en el portal de autoservicio para empleados, luego en Detalles de beneficios para comenzar. Si agregará dependientes, tenga a la mano la documentación necesaria para cargarla.
- Los dependientes agregados durante la inscripción abierta tendrán cobertura a partir del 30 de diciembre de 2023.
- Los dependientes dados de baja durante la inscripción abierta tendrán cobertura hasta el 29 de diciembre de 2023.
- Si no realiza ningún cambio, sus beneficios actuales serán los mismos. Si realiza cambios en el plan y en los beneficios opcionales durante la inscripción abierta, entrarán en vigor el 1 de enero de 2024.

Si usted es un empleado recién contratado o recientemente elegible (incluidos cónyuges e hijos) para el seguro de vida a término opcional, podrá elegir hasta el importe de emisión garantizado, sin tener que presentar evidencia de asegurabilidad (Evidence of insurability, EOI). El importe de la emisión garantizada se le indicará en STARS. Si su estado civil cambió en los últimos 31 días, también podrá elegir el importe máximo de la emisión garantizada, sin presentar una EOI. Todos los demás, incluidos aquellos que restablezcan o aumenten la cobertura, deberán presentar una EOI. Recibirá una solicitud de EOI y deberá devolverla directamente a BlueCross BlueShield of Texas para que puedan determinar si usted o sus dependientes cubiertos son elegibles para este programa.

Si esta es la primera vez que se inscribe en una incapacidad opcional a largo plazo, BlueCross BlueShield of Texas le proporcionará una solicitud de evidencia de asegurabilidad cuando entre en vigor el nuevo año del plan. Se le pedirá que complete esta solicitud y la envíe directamente a BlueCross BlueShield of Texas y ellos determinarán si usted es elegible o no para este programa.

3. Después de eventos de vida calificados

La vida pasa y su plan de beneficios tiene la flexibilidad de adaptarse a usted. Cuando experimente un evento de vida calificado, inicie sesión en el autoservicio para empleados de STARS >> Detalles de beneficios para enviar su solicitud de cambio dentro del mismo año calendario en el que ocurra el evento, a menos que se indique lo contrario. Tenga en cuenta que solo se puede acceder a STARS dentro de la red del condado de Harris.

Los siguientes son eventos de vida calificados que le permiten realizar cambios en sus beneficios:

- Matrimonio.
- Divorcio: debe presentar los cambios en un plazo de 60 días para evitar la pérdida de los derechos de COBRA.
- Nacimiento.
- Adopción o colocación de un niño en crianza temporal.
- Muerte.
- El cónyuge o el dependiente obtiene o pierde cobertura en el empleo o en otro proveedor de seguros.
- Un cambio significativo en las condiciones económicas de los beneficios de salud proporcionados a través del empleador del cónyuge o de otra compañía de seguros.
- Licencia sin goce de sueldo tomada por el empleado o por su cónyuge
- Cambiar un proveedor de atención a dependientes o tener un aumento o disminución significativo en el pago al proveedor.
- Un cambio en el estado de elegibilidad de Medicare o Medicaid.
- Pérdida del Programa estatal de seguro médico para niños (State Children's Health Insurance Program, SCHIP), pero no de los ingresos de los beneficios del SCHIP.



Cobertura para recién nacidos

Aetna brinda cobertura automática para recién nacidos de madres aseguradas por el plan durante los primeros 31 días a partir de la fecha de nacimiento. Para que su recién nacido permanezca con cobertura después de 31 días, debe incorporarlo al plan. Si incorpora a su recién nacido a su plan después de 31 días, la cobertura no será retroactiva a la fecha del nacimiento y usted será responsable de las reclamaciones médicas incurridas durante el período no cubierto.

Aproveche al máximo sus beneficios

Aproveche las oportunidades de cobertura al mismo tiempo que mantiene los costos bajos.





Uso de su plan médico

Queremos que reciba la atención que necesita y también que ahorre dinero. Obviamente, si tiene una emergencia real, acuda al servicio de emergencias de su hospital lo antes posible. Sin embargo, algunas personas cometen el error de acudir al servicio de emergencias o a un centro de atención de urgencias por enfermedades leves, y hacerlo puede ser caro.

Utilice esta tabla como guía para saber a dónde acudir en caso de que tenga diferentes tipos de enfermedades y lesiones:

	COSTO				
	MÁS BAJO				MÁS ALTO
	CLÍNICA PARA EMPLEADOS	AETNA TELADOC	CONSULTORIO MÉDICO	ATENCIÓN DE URGENCIA	SERVICIO DE EMERGENCIAS
¿Cuál es el motivo de la visita?	Atención de rutina o de prevención, atención no urgente y para controlar alguna afección.	Enfermedades y lesiones menores. teladoc.com/Aetna 1-855-835-2362	Atención de rutina o de prevención, atención no urgente y para controlar alguna afección.	Urgente pero no grave ni con riesgo de muerte	Tratamiento inmediato para una situación grave o que ponga en peligro la vida.
¿Cuál es el tiempo de espera?	 Citas el mismo día de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 4:30 p. m.	 Por lo general, la cita se da en una hora o menos	 Normalmente requiere cita	 Sin cita previa, los tiempos de espera varían.	 No es necesario hacer cita, pero la atención puede tardar horas.
¿Cuál es el costo?	 \$0	 \$15 - \$40	 \$15 - \$40	 \$50	 \$300

La comparación se basa en servicios dentro de la red. El costo representa el copago según su plan y tipo de servicio: Básico o Plus; visita a un especialista o no especialista. Para ver los importes específicos de los copagos, consulte las páginas 8 a 13.

Este resumen sirve únicamente como referencia. Utilice siempre su mejor criterio cuando busque un tratamiento para usted y para su familia.

Servicio de asistencia de Aetna

La atención médica es personal y conlleva muchas preguntas difíciles. Llame a un único número para todo lo que necesite, **800-228-6481**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. El servicio de asistencia de Aetna está a su disposición. Lo escucharán, comprenderán sus necesidades y encontrarán soluciones adecuadas para usted. Además, está incluido en su plan, por lo que no tiene costo adicional.

Sus beneficios, a su manera

Administre su atención médica en casa o desde cualquier lugar.

Manténgase al tanto de sus beneficios

- Revise sus beneficios y lo que cubren.
- Rastree sus gastos.
- Consulte y pague las reclamaciones en el sitio web para miembros.
- Consulte su tarjeta de identificación en línea.
- Obtenga información sobre los costos antes de recibir atención.¹

Conéctese con la atención médica

- Encuentre proveedores dentro de la red, incluida la atención virtual.
- Ubique clínicas para pacientes sin cita previa y centros de atención de urgencias cerca de usted.
- Vea comentarios sobre los proveedores.

Obtenga hoy mismo la aplicación Aetna HealthSM

Visite **MyAetnaWebsite.com** para registrarse en el sitio web para miembros.

Descargue la aplicación Aetna HealthSM:

- Escanee el código QR.
- Envíe un mensaje de texto con la palabra "AETNA" al 90156 para recibir un vínculo de descarga. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.²



© Chichi Emecheta, Servicios Universales

¹ Los costos estimados no están disponibles en todos los mercados ni para todos los servicios. Proporcionamos una estimación del importe que usted adeudaría por un servicio en particular según su plan en un momento dado. No es una garantía. Los costos reales pueden variar con respecto a la estimación por varias razones: incluidos los tiempos de procesamiento de reclamaciones para otros servicios, proveedores que se unen o que abandonan nuestra red o cambios en su plan. Los miembros de una Organización de mantenimiento de la salud (Health maintenance organization, HMO) solo pueden obtener costos estimados de los servicios médicos y de los centros para pacientes ambulatorios.

² Términos y condiciones: Aetna.com/Términos. Política de privacidad: Aetna.com/legal-notices/privacy.html. Al enviar un mensaje de texto al 90156, usted autoriza recibir un único mensaje de texto automatizado de marketing de Aetna[®] con un vínculo para descargar la aplicación Aetna HealthSM. No es necesario obtener autorización para descargar la aplicación. También puede descargarla en la App Store[®] de Apple[®] o en Google Play[®]. Aetna es la marca utilizada para productos y servicios proporcionados por una o más empresas del grupo Aetna, incluida Aetna Life Insurance Company y sus afiliadas (Aetna). Apple[®] es una marca comercial de Apple Inc., registrada en EE. UU. y en otros países. App Store es una marca de servicio de Apple Inc. Google Play es una marca comercial de Google LLC.



Comprender lo que significa dentro y fuera de la red

Ya sea que usted elija el plan médico Básico o el Plus, la cobertura es a través de la red Aetna Choice POS II (acceso abierto). Es una gran red de proveedores e instalaciones que cubren casi todos los servicios médicos que puede necesitar.

Ahora bien, un gran beneficio de su plan de atención médica es que no está limitado a los proveedores dentro de la red. Siempre tiene la opción de decidir cuándo, dónde y cómo recibir atención médica. Si usted prefiere elegir un médico de atención primaria (primary care physician, PCP) u otro proveedor que no forme parte de la red, siempre podrá hacerlo. Solo tenga en cuenta que si utiliza un proveedor o un centro fuera de la red, deberá pagar la diferencia entre el importe cubierto y el importe cobrado por el proveedor o centro.

Su mejor valor

Queremos que usted y sus dependientes reciban la atención que necesitan, por eso se ha hecho un esfuerzo considerable para garantizar que la red ofrezca una amplia gama de opciones calificadas. Cuando elija un proveedor o un centro dentro de la red, obtendrá los costos más bajos. El condado también ahorrará dinero.

Para saber si un proveedor o un centro es parte de la red, vaya a [aetna.com](https://www.aetna.com) o utilice la aplicación Aetna HealthSM.

Exclusivamente dentro de la red

Cirugía bariátrica Diálisis

Para estos servicios, usted será responsable del costo total si utiliza un proveedor o centro fuera de la red.



© Joann Palanco, Roseline Onwuchuruba, Jalisa Anthony y Dominikka Gearing, personal de la clínica Kelsey-Seybold

Servicios adicionales e información del programa

Su cobertura incluye acceso a una variedad de servicios médicos. Para obtener ayuda con cualquiera de estos servicios, llame a Aetna al **800-228-6481**.

Programa de atención conductual AbleTo

A veces la vida puede ser abrumadora, lo que provoca preocupación, estrés y tristeza. Estos son sentimientos comunes con cambios importantes en la vida o con dolor crónico. No obstante, ahora la ayuda está a solo una llamada de distancia.

Con el programa AbleTo, podrá obtener un apoyo virtual y personalizado que lo ayudará a sentirse mejor. Aprenderá cómo manejar mejor sus emociones y a mejorar su salud en general. Además, su salud física y mental puede mejorar en tan solo ocho semanas.

Considere recibir el apoyo de AbleTo si ha tenido alguno de estos problemas de salud o cambios en su vida:

- Depresión, ansiedad o ataques de pánico
- Dolor crónico/manejo del dolor
- Duelo y pérdida
- Diabetes/pérdida de peso
- Enfermedad cardiovascular
- Estrés de cuidador (niño, anciano o persona con autismo)
- Problemas digestivos
- Diagnóstico y recuperación de cáncer
- Problemas respiratorios
- Infertilidad o depresión posparto
- Trastorno por consumo de alcohol o sustancias
- Transición militar

Formas sencillas de unirse al programa

Nosotros lo llamaremos:

Si la información de sus reclamaciones muestran que puede beneficiarse con este programa, un representante de Aetna o de AbleTo lo llamará para explicarle cómo funciona y por qué puede ayudarlo. En la mayoría de los casos, no tendrá ningún costo para usted.

O usted puede comunicarse con nosotros:

- Visite AbleTo.com/Aetna
- Llame al **1-844-330-3648**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m. CT
- Dígame al administrador de su caso de Aetna que le gustaría participar.

Su programa de ayuda auditiva

Hearing Care Solutions y Amplifon ofrecen precios con descuento, un período de prueba de 60 días sin riesgos, una garantía de 3 años y atención experta.

Programa Transform Oncology

Un diagnóstico de cáncer cambia la vida. Y es probable que usted tenga en mente un millón de cosas mientras se enfrenta a su tratamiento. Aetna está aquí para brindarle los recursos y el apoyo que pueda necesitar para gestionar su atención, comprender sus beneficios y localizar a los proveedores adecuados.



Embarazo y posparto

Cómo encontrar atención para usted y su bebé

Cuando está esperando un bebé, hay mucho más que hacer que solo elegir un nombre. Afortunadamente, hay programas disponibles para ayudarla a prepararse para todo, desde los cambios en su cuerpo y en su estilo de vida hasta la búsqueda de un pediatra.

Inscríbese al Aetna Enhanced Maternity Program™

Con el programa Aetna Enhanced Maternity Program llegarán cambios emocionantes para usted. Está incluido en su plan de Aetna y podrá contar con nosotros para apoyarla durante todo su embarazo. Tenga la seguridad de que recibirá apoyo y recursos sin costo adicional para usted.

- Conozca qué esperar antes y después del parto, los primeros síntomas del parto, la atención al recién nacido y mucho más.
- Reciba asesoramiento y pruebas de detección genéticas por teléfono, así como pruebas genéticas prácticas, confidenciales y a un precio razonable.
- Tome decisiones informadas en todo momento durante todo su embarazo.
- Reciba orientación para reducir el riesgo de un parto prematuro.
- Aprenda cómo afrontar la depresión posparto.

Llame a Aetna al 800-228-6481 para inscribirse tan pronto como sepa que está embarazada.

Suministros y apoyo para la lactancia materna

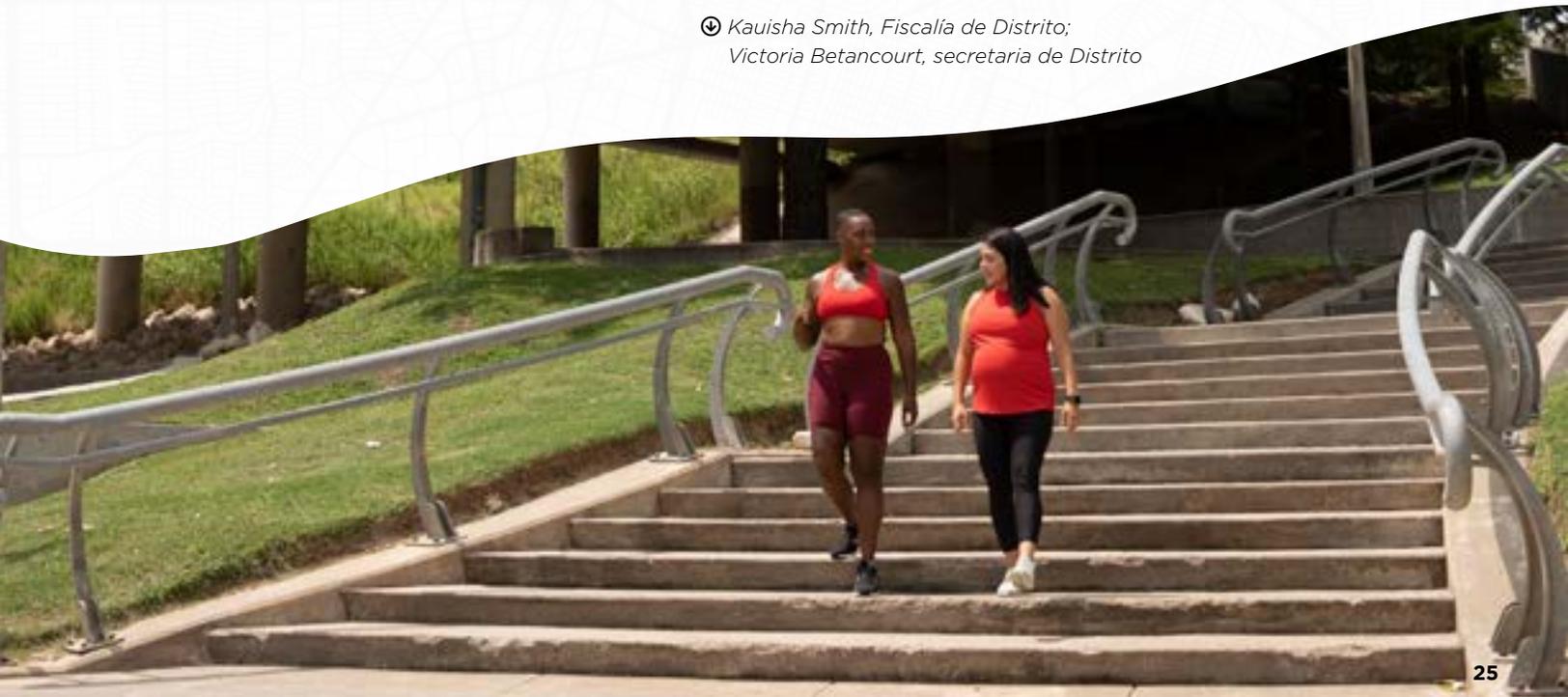
Usted es elegible para un extractor de leche con una cobertura del 100% de un proveedor de equipo médico duradero dentro de la red. Para calificar para la cobertura debe contar con alguna de las siguientes reclamaciones:

- Reclamación con diagnóstico de embarazo
- Reclamación por parto
- Reclamación por lactancia

Los proveedores de equipo médico duradero pueden requerir una receta cuando solicite el extractor de leche. Comuníquese con Aetna al 800-228-6481 para obtener una lista de proveedores nacionales de equipo médico duradero.

Las clases de apoyo a la lactancia son de prevención y están cubiertas al 100%.

📍 *Kausha Smith, Fiscalía de Distrito;*
Victoria Betancourt, secretaria de Distrito





Medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados está incluida en su plan médico y la proporciona Aetna. Aetna tiene un programa de medicamentos recetados de cuatro niveles que divide los medicamentos cubiertos en niveles o en niveles de cobertura/costo. Por lo general, entre más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento.

LOS COSTOS DE SUS MEDICAMENTOS RECETADOS

	VENTA MINORISTA	ENTREGA A DOMICILIO / VENTA MINORISTA DE 90 DÍAS
Nivel 1: genéricos	25% mínimo \$5/máximo \$50	25% mínimo \$10/máximo \$100
Nivel 2: marcas preferidas	30% mínimo \$25/máximo \$150	30% mínimo \$50/máximo \$300
Nivel 3: marcas no preferidas	35% mínimo \$50/máximo \$250	35% mínimo \$100/máximo \$500
Nivel 4: Medicamentos especializados	30% mínimo \$75/máximo \$350	-

Conozca lo qué está cubierto y estime el costo

Los medicamentos pueden reclasificarse en varios niveles, por lo que, ya sea que tenga una receta nueva o una que tome regularmente, es recomendable determinar si su medicamento está cubierto y a qué nivel pertenece. También puede estimar los costos por adelantado si compra en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de farmacia por correo CVS Caremark® de Aetna.

- **Para ver si su medicamento está cubierto:**

Descargue el plan estándar de Aetna y la lista genérica preventiva en benefitsathctx.com.

- **Para encontrar una farmacia dentro de la red y estimar el costo de su medicamento:**

Inicie sesión (o regístrese) en aetna.com o utilice la aplicación móvil Aetna HealthSM.

- **¿Dudas?**

Comuníquese con un representante de Aetna al **800-228-6481**.



Medicamentos recetados: términos clave que debe conocer

Medicamentos genéricos de prevención sin costo

Los medicamentos de prevención se utilizan para prevenir enfermedades como la presión arterial alta, el colesterol alto, la diabetes, el asma, la osteoporosis, los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la deficiencia de nutrientes prenatales. El condado de Harris y Aetna cubren algunos medicamentos genéricos de prevención al 100%, o sin costo (\$0) para usted.

Resurtidos de recetas de 90 días

Usted puede obtener su medicamento de mantenimiento en un suministro de 90 o 30 días en una farmacia minorista. Aetna cuenta con una red de farmacias minoristas que ofrece más opciones para elegir dónde puede surtir sus recetas de 90 días. Entre las principales farmacias se encuentran CVS, Walmart, H-E-B y Kroger. Inicie sesión en [aetna.com](https://www.aetna.com) o utilice la aplicación móvil Aetna HealthSM para comparar costos y encontrar una farmacia minorista participante en su zona.

Autorización previa

De acuerdo con su plan, algunos medicamentos necesitan la aprobación de Aetna antes de que estén cubiertos. Estos medicamentos presentan la indicación autorización previa (PA) junto a ellos en la lista de medicamentos y solo quedarán cubiertos por su plan si su médico los solicita y recibe la aprobación de Aetna. Los tipos de medicamentos que normalmente necesitan aprobación son aquellos que:

- Pueden ser peligrosos cuando se combinan con otros medicamentos.
- Cuentan con alternativas más baratas e igual de eficaces.
- Solo deben utilizarse para ciertos problemas de salud.
- Con frecuencia se utilizan mal o se abusa de ellos.

En el caso de los medicamentos, las autorizaciones previas, por lo general, las maneja el consultorio de su médico, que trabajará directamente con Aetna. Posteriormente, Aetna se comunicará con usted con los resultados y le informará si la cobertura de sus medicamentos ha sido aprobada o denegada o si se requiere más información.

Medicamentos especializados

Los medicamentos especializados se utilizan para tratar afecciones complejas como la esclerosis múltiple, la hepatitis C y la artritis reumatoide.

PrudentRx

CVS Caremark[®] ha colaborado con PrudentRx en exclusiva para un programa que puede ayudarlo a ahorrar dinero cuando surta medicamentos especializados admisibles.

Cómo funciona

Un miembro representante y capacitado de PrudentRx podrá ayudarlo a través de un proceso de compromiso proactivo y de primer contacto para agilizar la inscripción y para ayudarlo a obtener asistencia del fabricante no basada en necesidades, cuando corresponda.* Los miembros participantes tendrán \$0 de gastos de bolsillo en medicamentos especializados admisibles.

* No todas las recetas especializadas ofrecen asistencia del fabricante. La elegibilidad para el programa de asistencia de copagos de terceros depende de los términos y condiciones aplicables requeridos por ese programa en particular y está sujeta a cambios. El programa de asistencia de copago no puede utilizarse con ningún programa federal de atención médica.

Resumen de beneficios de la vista

Este es solo un resumen de los beneficios. Para obtener una lista completa de los detalles de los beneficios, consulte el certificado de cobertura del condado de Harris o el kit de bienvenida para miembros.

RESUMEN DE BENEFICIOS	
Servicios/productos	DENTRO DE LA RED
Frecuencia de servicios (Exámenes/lentes/armazones)	Una vez cada año calendario
Copagos (Exámenes/lentes)	\$10 / \$25
Armazones - Subsidio - Visionworks - La "colección exclusiva" ¹	\$150 de subsidio Armazones cubiertos en su totalidad ² Armazones cubiertos en su totalidad
Opciones de lentes cubiertos	Lentes de plástico transparente, monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares con línea. También están cubiertos los lentes tintadas, los resistentes a los rayones y los de policarbonato para niños.
Lentes de contacto (en lugar de anteojos) - Subsidio - La "colección exclusiva" ¹	\$150 de subsidio Totalmente cubierto hasta: 4 cajas para un reemplazo planificado 8 cajas para lentes desechables
Tarifa de ajuste de lentes de contacto - Estándar - Especialidad - La "colección exclusiva" ¹	15% de descuento ³ 15% de descuento ³ Cobertura total
LASIK	\$300 de subsidio vitalicio

¹La "colección exclusiva" está disponible en los establecimientos de los proveedores participantes y está sujeta a cambios.

²El beneficio de armazones con cobertura completa está disponible en todos los establecimientos de Visionworks en todo el país e incluye todos los armazones excepto los Maui Jim.

³Descuentos adicionales no aplicables en establecimientos de Walmart, Sam's Club o Costco.

Beneficios fuera de la red

Usted recibirá el valor más alto y maximizará los dólares de sus beneficios si utiliza un proveedor dentro de la red, pero si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, los reembolsos están disponibles de la siguiente manera:



Examen de la vista: **\$35**
 Armazones: **\$70**
 Lentes monofocales: **\$25**
 Lentes bifocales/progresivos: **\$40**
 Lentes trifocales: **\$45**
 Lentes lenticulares: **\$80**
 Lentes de contacto electivos: **\$80**
 Lentes de contacto necesarios para la vista: **\$150**



📍 Jessica Barelas, Compras



Vista

Davis Vision ofrece una variedad de beneficios de la vista a todos los miembros cubiertos por el plan médico del condado de Harris.

Cobertura total: Armazones en Visionworks

Como miembro de Davis Vision, tiene acceso a más de 750 tiendas Visionworks, que ofrecen la mayor variedad de armazones en tienda del sector. Con un promedio de 2.000 armazones por tienda, encontrará la forma, el estilo, el color y la marca adecuados para usted sin costo alguno. Los miembros también reciben un 50% de descuento en pares de anteojos adicionales.

Cobertura total: Armazones de la “colección exclusiva”

La “colección exclusiva” puede encontrarse en casi 9.000 establecimientos de proveedores independientes en todo el país. Estos armazones están a su disposición sin ningún gasto de bolsillo para usted e incluyen opciones que tienen un valor de venta al público de hasta \$195. Para encontrar un proveedor de la “colección exclusiva” cerca de usted, inicie sesión en la aplicación móvil o en davisvision.com/member.

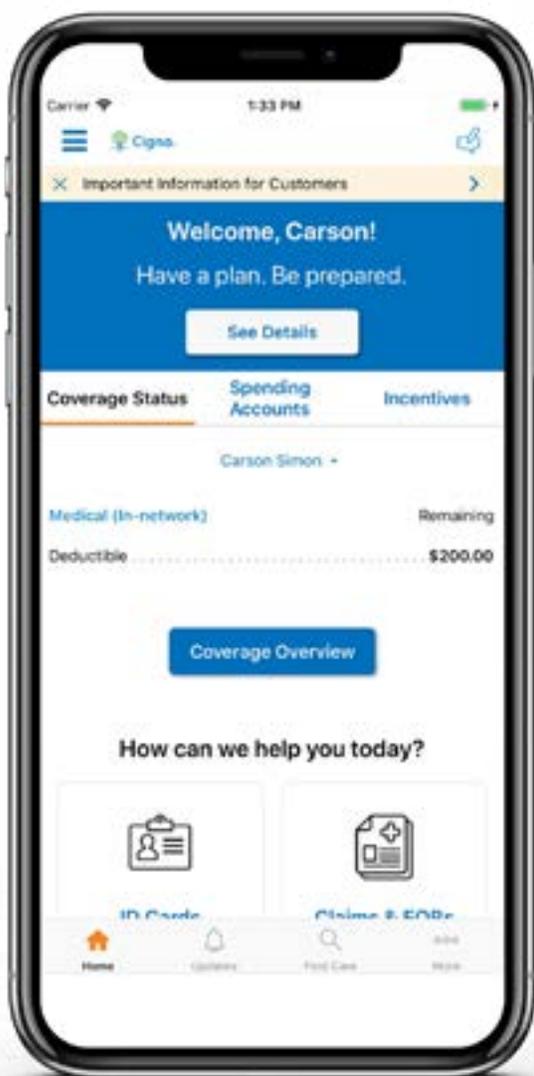
Cobertura total: Lentes de contacto de la “colección exclusiva”

La “colección exclusiva” de lentes de contacto, disponible en establecimientos de los proveedores participantes, presenta muchas marcas populares y está totalmente cubierta junto con el ajuste y la atención de seguimiento.

Dentales

Cigna ofrece beneficios dentales a todos los miembros cubiertos por el plan médico del condado de Harris.

- Puede elegir a cualquier dentista autorizado, aunque obtendrá mayores ahorros si utiliza un dentista que esté dentro de la red dental de Cigna. También puede consultar a un especialista sin necesidad de ser referido.
- El importe que paga su plan depende de:
 - El nivel de coseguro por el servicio que recibió.
 - Qué dentista visita: dentro o fuera de la red.
 - Si pagó su deducible o si alcanzó su beneficio máximo.
- Una vez que alcance el beneficio anual máximo del plan, este dejará de pagar una parte de sus costos durante ese año calendario.



Comience con myCigna:

Para buscar a un dentista de la red, hacer una estimación aproximada del costo de la atención y más, utilice su cuenta myCigna. Si no se ha registrado para obtener una cuenta **myCigna.com**, siga estos pasos :

1. Vaya a **myCigna.com** y seleccione "Registro".
2. **Introduzca sus datos personales** como nombre, dirección y fecha de nacimiento.
3. **Confirme su identidad** con información segura como su identificación de Cigna o su número de seguridad social o complete un cuestionario de seguridad. Esto garantizará que solo usted pueda acceder a su información.
4. **Cree una identificación de usuario y una contraseña.**
5. **Revise y envíe.**





Resumen de beneficios dentales

RESUMEN DE COBERTURA DENTAL	
Servicios/productos	DENTRO DE LA RED Y FUERA DE LA RED ¹
Deducible (año calendario)	
Individual	\$50
Familiar	\$150
Beneficio máximo (año calendario)	\$1.750
Aplica para gastos clase I, II, III, VII, IX	
ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS	USTED PAGA
Clase I: Diagnóstico y prevención Evaluaciones orales, limpiezas de rutina, rayos X (rutinarias, no rutinarias), aplicación de flúor, selladores (por diente), espaciadores (no de ortodoncia)	Sin cargo Sin deducible
Clase II: Restauración básica Atención de emergencia para aliviar el dolor, restauraciones (empastes), periodoncia (menor y mayor), cirugía oral (menor y mayor), anestesia (general y sedación intravenosa), reparaciones (puentes, coronas, incrustaciones, dentaduras postizas y realineaciones de dentaduras postizas), realineaciones y ajustes	20% + deducible
Clase III: Restauración mayor Incrustaciones intracoronarias y extracoronarias, prótesis sobre implantes, coronas (prefabricadas de acero inoxidable o resina, molde permanente y porcelana), puentes y dentaduras postizas	50% + deducible
Clase IV: Ortodoncia Beneficio de por vida máximo de \$1.500 (por miembro cubierto)	50% Sin deducible
Clase VII: Endodoncia	20% + deducible
Clase IX: Implantes	50% + deducible

El período de espera para recibir beneficios es de 6 meses para los empleados de nuevo ingreso y para los dependientes recién cubiertos en los procedimientos de las clases III, VII y IX.

¹Los niveles de reembolso por los servicios dentro de la red se basan en las tarifas contratadas.

Los niveles de reembolso para los servicios fuera de la red se basan en el cargo máximo permitido.

100%
REEMBOLSO

Programa de integración de salud oral de Cigna

La cobertura dental mejorada está disponible para miembros del plan con las siguientes afecciones médicas: Diabetes, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, radiación para el cáncer de cabeza y cuello, trasplantes de órganos, enfermedades renales crónicas y embarazo. Los miembros que califiquen pueden obtener un reembolso del 100% de su coseguro por algunos procedimientos dentales relacionados junto con los beneficios adicionales.

Para inscribirse, inicie sesión en myCigna.com o llame a Cigna al **800-244-6224**.

 Kyle Maronie,
Servicios de Salud Pública



Cuentas de gastos flexibles

Las cuentas de gastos flexibles (Flexible Spending Accounts, FSA) son cuentas especiales, libres de impuestos, diseñadas para que ahorre dinero en aquellos gastos de atención médica y de atención a dependientes que cumplan los requisitos. A través de las FSA, se reserva dinero (libre de impuestos) de su salario, por lo que usted pagará menos impuestos y al mismo tiempo incrementará sus ingresos disponibles.

El condado de Harris ofrece dos opciones de FSA:

- **FSA de atención médica:** para gastos médicos, de recetas, dentales y de la vista que cumplan los requisitos.
- **FSA para la atención a dependientes:** para gastos admisibles que cumplan los requisitos para la atención de un hijo o de un adulto dependiente.

	FSA DE ATENCIÓN MÉDICA	FSA PARA LA ATENCIÓN DE DEPENDIENTES
Límites de contribuciones del IRS¹	\$3.050 por año	\$5.000 por año ²
¿Cuál es el propósito?	Para pagar gastos de bolsillo admisibles de atención médica, de recetas, dentales y de la vista. No podrá utilizarse para primas de atención médica.	Para pagar el cuidado de su hijo (menor de 13 años o mayor dependiente con una discapacidad física o mental) o de un adulto dependiente mientras usted se encuentre en el trabajo. No se aplica a los gastos de atención médica de sus hijos o adultos dependientes.
¿A quién puedo pagarle gastos admisibles?	A usted y a cualquier dependiente que reúna los requisitos, aunque no estén cubiertos por el plan médico del condado de Harris. Consulte la publicación 502 del IRS para conocer los detalles específicos.	Para los hijos y adultos dependientes que reúnan los requisitos y que usted haya reclamado en su declaración federal de impuestos sobre ingresos. Consulte la publicación 503 del IRS para conocer los detalles específicos.
¿Cuándo puedo usar mi FSA?	El importe total que elija aportar para el año se puede utilizar para gastos admisibles a partir del 1 de enero de 2024.	Esta cuenta no está prefinanciada. Solo el saldo de su cuenta actual está disponible para el reembolso de gastos admisibles.
¿Cuál es el plazo para incurrir y solicitar el reembolso?	El último día en el que puede completar un servicio calificado es el 15 de marzo de 2025. El último día para presentar gastos para reembolso es el 15 de junio de 2025.	
¿Puedo reinvertir mis fondos de la FSA que no haya utilizado?	No. Los fondos que no se hayan gastado antes del 15 de marzo de 2025 se perderán.	
¿Cómo solicito el reembolso?	En 2024, la tarjeta de débito PayFlex FSA se podrá utilizar para pagar gastos admisibles en la mayoría de las oficinas de proveedores, farmacias y hospitales. También puede presentar una reclamación para recibir un reembolso en payflex.com.	Puede presentar una reclamación para obtener el reembolso en payflex.com.
¿Tendré que guardar los recibos, los EOB y las facturas de proveedores?	Sí. Aunque utilice su PayFlex Card®, es posible que le soliciten comprobar sus gastos.	Sí. Necesitará sus documentos para solicitar el reembolso.
¿Puedo inscribirme o ajustar el importe de mi aportación a la FSA a mitad de año?	Sí. Si tiene un evento de vida calificado durante el año del plan, podrá ajustar el importe de su aportación o inscribirse en una FSA de atención médica o de atención a dependientes. Consulte la página 19 para obtener una lista de eventos de vida calificados.	

¹El IRS establece el importe máximo de aportaciones tanto para la FSA de atención médica como para la de atención a dependientes. El importe indicado refleja la aportación máxima para el año calendario 2023.

²El límite de aportación para la FSA para la atención a dependientes puede variar según la compensación. El valor que aparece en esta tabla representa la presentación individual o matrimonial conjunta.

Las cuentas de gastos flexibles para el año del plan 2024 no se configurarán ni estarán disponibles para su uso hasta que usted reciba su primer pago del salario del nuevo año del plan.

Planifique, ahorre y pague

Administre sus cuentas a través de PayFlex

Podrá administrar sus cuentas de gastos flexibles a través de PayFlex, una empresa de Aetna. Inicie sesión en payflex.com.

¿Puedo ahorrar tiempo si deposito directamente los reembolsos de mis reclamaciones en mi cuenta bancaria?

Sí. Para recibir su dinero más rápido, vincule su cuenta bancaria en payflex.com. Las reclamaciones normalmente se procesan dentro de las 72 horas hábiles posteriores a su recepción.

¿Cómo envío reclamaciones a PayFlex?

A partir del 1 de enero de 2024, usted podrá presentar reclamaciones para el reembolso de los gastos de bolsillo elegibles. Cuenta con tres opciones para presentar reclamaciones:

1. En línea a través de su sitio web para miembros de PayFlex.
2. A través de PayFlex móvil.
3. Rellene un formulario de reclamación en papel y envíelo por fax o por correo directamente a PayFlex.

¿Qué pasa si dejo mi empleo o me jubilo?

Su participación en cualquier programa de FSA terminará. Las aportaciones efectuadas mientras que usted fue un empleado activo deben gastarse antes de que finalice su participación en el plan. Su participación en el plan finalizará en la fecha en que termine su seguro como un empleado activo. Todas las reclamaciones incurridas mientras se trabajó activamente deberán presentarse antes del **15 de junio de 2025**.

¿Tiene fondos restantes para 2023?

Si aún le quedan fondos en sus cuentas 2023 con Cigna, asegúrese de usarlos primero antes de usar los fondos de 2024 administrados por PayFlex.

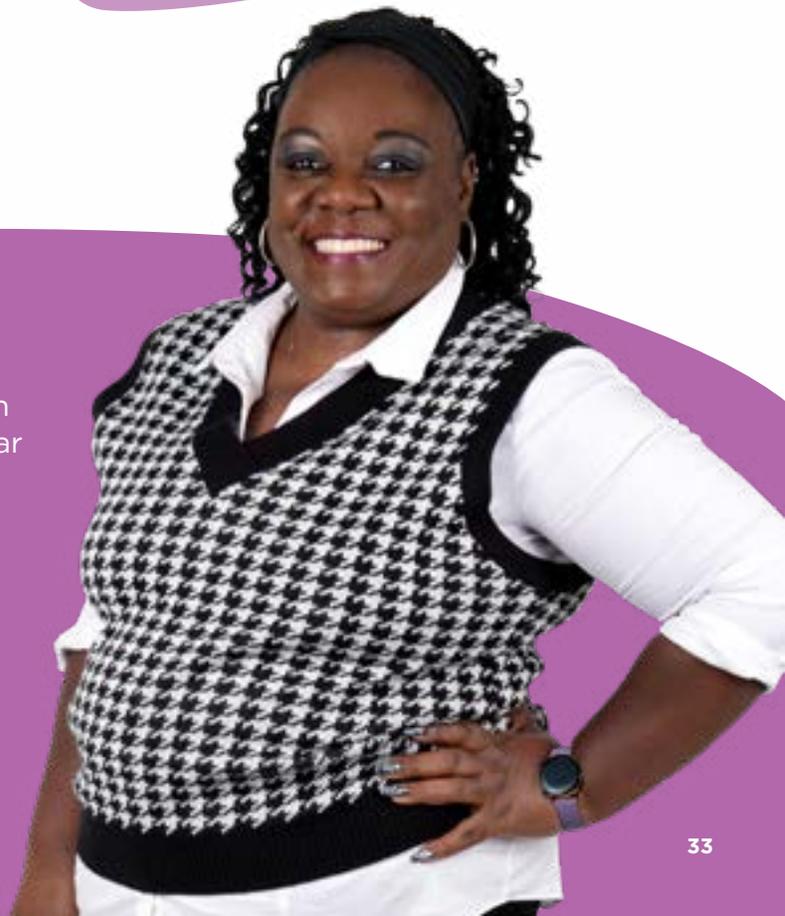
Recuerde, el último día para tener un servicio calificado para los fondos del año del plan 2023 es el 15 de marzo de 2024. El último día para presentar los gastos para reembolso es el 15 de agosto de 2024.

Manténgase conectado con la aplicación PayFlex Mobile®

No deje pasar un día más sin tener nuestra aplicación PayFlex Mobile gratuita*. Una vez que haya creado un nombre de usuario y una contraseña en el sitio web para miembros de PayFlex, utilícelos para iniciar sesión en la aplicación.

Usted puede:

- Ver el saldo de su cuenta y administrar los fondos de esta.
- Enviar reclamaciones para reembolsarse a usted mismo los gastos de bolsillo admisibles.
- Recibir alertas y notificaciones de la cuenta.



Apoyo a su bienestar

Los beneficios médicos que recibe del condado de Harris incluyen una variedad de programas que pueden ayudarlo a mejorar su salud y calidad de vida, además de ahorrarle dinero.

Ⓢ Michelle Blount,
libertad condicional
juvenil; Inocencia
Moreno, tribunales
de distrito





Bienestar de los empleados

Conviértase en una persona más sana si aprovecha estos programas, servicios e incentivos. La misión del Departamento de Bienestar de los Empleados del condado de Harris es promover el “estar bien” de los empleados a través de iniciativas que:

- Fomenten hábitos saludables.
- Enseñen los factores y recursos que mejoran la calidad de vida.
- Empoderen a los empleados para que asuman la responsabilidad de su propia salud.

Servicios y programas destacados

Actívese

- Empleado 5K
- Clases de fitness y desafíos
- Descuentos en gimnasios

Infórmese

- Primeros auxilios para la salud mental
- Clases de educación para la salud
- Campañas de sensibilización

Manténgase bien

- Servicios de salud en el sitio
- Asesoramiento sobre salud
- Control de peso

Cómo encontrar información y servicios sobre bienestar



En línea:

benefitsathctx.com



Correo electrónico:

wellness@harriscountytx.gov



Teléfono:

713-274-5500



Redes sociales:

-  [benefitsandwellnesshctx](https://www.facebook.com/benefitsandwellnesshctx)
-  [@benefitsandwellnesshctx](https://www.instagram.com/benefitsandwellnesshctx)
-  Beneficios y bienestar del condado de Harris

 Sherifat Akanji,
Recursos Humanos
y Gestión de Riesgos





Clínica de salud y bienestar para empleados

Por Kelsey-Seybold Clinic®

La clínica de salud y bienestar para empleados del condado de Harris (Harris County Employee Health & Wellness Clinic) ofrece atención de rutina tanto para visitas de enfermos como de bienestar. Si cuenta con un seguro del plan médico del condado de Harris, es elegible para utilizar los servicios ofrecidos en esta clínica. Eso también incluye la atención a sus dependientes (mayores de 18 años) cubiertos por el plan médico del condado.

Detalles de la clínica

Completamente confidencial

Los servicios de la clínica son proporcionados por Kelsey-Seybold Clinic, una empresa de atención médica independiente y respetada. Como lo exigen las leyes estatales y federales, su información de salud no se comparte con el condado de Harris.

Costo

\$0 de copago por atención a enfermos, visitas en persona. Los exámenes de bienestar o cualquier otro tipo de atención de prevención no tienen costo. Los servicios de laboratorio, si se brindan durante su visita, tampoco tendrán costo.

Ubicación y horarios

Harris County Employee Health & Wellness Clinic
1310 Prairie Street, 9th Floor
Houston, Texas 77002
de lunes a viernes: de 7:30 a. m. a 4:30 p. m.

PROGRAMACIÓN 24 HORAS AL DÍA, LOS 7 DÍAS A LA SEMANA

713-442-WELL (9355)
myKelseyOnline.com

La clínica Kelsey-Seybold no acepta Medicare tradicional cuando Medicare le ofrezca la cobertura principal. Si cuenta con Medicare tradicional como su cobertura principal y desea que el médico de Kelsey-Seybold lo siga atendiendo, deberá estar inscrito en un plan Medicare Advantage que Kelsey acepte. Los dos planes Medicare Advantage que acepta Kelsey son: KelseyCare Advantage y Wellcare TexanPlus.

Entrega de recetas

La entrega de medicamentos recetados el mismo día está disponible en cualquier oficina del condado de Harris que tenga el código postal 77002. Hay una tarifa fija de \$5 por entrega (más su copago) por este servicio.

Esta clínica no trata lesiones de compensación de trabajadores.

La clínica es un recurso conveniente en el centro de la ciudad para:

- Bronquitis, resfriados, dolores de garganta y gripa
- Cortes, raspaduras, erupciones y problemas de la piel
- Dolor de espalda, tensiones musculares y esguinces.
- Dolores de cabeza y de oídos
- Problemas oculares
- Problemas digestivos
- Pruebas de laboratorio en el sitio
- Recetas disponibles
- Atención preventiva, incluidos exámenes físicos y vacunas

📍 Roseline Onwuchuruba, personal de la clínica Kelsey-Seybold





Mejore su bienestar con Navigate

Navigate es nuestra nueva plataforma del bienestar enfocada en el cuidado integral de uno mismo, abarca desde recursos de atención plena y salud mental hasta clases de fitness y gestión financiera. Comienza con una encuesta de bienestar que le brinda información y objetivos personalizados, para que pueda concentrarse en lo que es más importante para usted. Espere más detalles en 2024.



Para 2024, el incentivo de acciones saludables aumenta a \$300 y se gestionará a través de Navigate. Usted puede recibir un incentivo monetario por participar en acciones saludables. Las principales fechas del programa aparecen a continuación. Espere más detalles en 2024.

- **1 de noviembre de 2023**
Comience a completar sus acciones.
- **31 de octubre de 2024**
Último día para completar sus acciones para el incentivo de acciones saludables 2025.
- **enero de 2025**
Depósito en la nómina del incentivo de acciones saludables ganado.

Reciba hasta
\$300!

➔ *Pamela Greenwood,
agente, distrito 7*





Para ayuda e información sobre cualquier servicio EAP:

- Llame a Aetna las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **833-657-2111**
- LNICIE sesión **ResourcesForLiving.com**
nombre de usuario: Harris County
contraseña: EAP

Programa de asistencia al empleado

Resources for Living de Aetna

Usted combina muchas cosas: el trabajo, el hogar, la familia y más. No tiene que hacerlo solo. Resources for Living de Aetna está aquí para ayudarlo a estresarse menos y a vivir más.

Como empleado o jubilado, Aetna le proporciona un programa de asistencia al empleado (Employee Assistance Program, EAP) sin costo adicional. Estos servicios también están disponibles para los miembros de la familia que vivan en su hogar, incluso si no están incluidos en su póliza de seguro.

Apoyo al bienestar emocional

Acceda a un máximo de ocho sesiones de asesoramiento por problema cada año. También puede llamarnos las 24 horas del día para recibir apoyo de bienestar emocional en el momento.

Las sesiones de asesoría están disponibles cara a cara, por televideo o por terapia de chat. Los servicios son gratuitos y confidenciales.

Servicios legales

Consulta de 30 minutos con un abogado para temas como derecho de familia, derecho de personas mayores y planificación patrimonial, transacciones de bienes raíces, preparación de testamentos y otros documentos, y muchos otros servicios.* Si opta por servicios más allá de la consulta inicial, podrá obtener un descuento del 25%. También tiene acceso gratuito a documentos y formularios legales en el sitio web para miembros.

*Los temas legales relacionados con el empleo no están cubiertos.

Servicios financieros

Consulta telefónica de 30 minutos con un especialista calificado en temas como elaboración de presupuestos, jubilación o planificación financiera, cuestiones de crédito y deudas, así como financiamiento universitario. Puede obtener un 25% de descuento en los servicios de preparación de impuestos. También tiene acceso a artículos financieros, calculadoras y a una evaluación financiera en el sitio web para miembros.

Robo de identidad

Consulta telefónica de resolución de fraude de una hora o asesoramiento sobre prevención de robo de identidad y restauración de crédito. Los servicios incluyen un kit de emergencia gratuito para las víctimas.

Programa de asistencia para la vida diaria

Orientación personalizada para encontrar recursos para apoyar el cuidado infantil, la paternidad y la adopción, investigación de ayuda financiera y escolar, apoyo para cuidadores e incluso recursos para ayudarlo con la reparación de su hogar.



Guía de beneficios financieros

Desde planes de jubilación hasta opciones de seguro de vida y más, el condado de Harris lo ayuda a prepararse para el futuro y proteger a sus seres queridos.



© Keith Richard, comisionado del precinto 1

Planes de jubilación

El condado de Harris lo ayuda a prepararse para su futuro de dos maneras:

- Al inscribirlo automáticamente en un plan de beneficios definidos con el Sistema de jubilación de condados y distritos de Texas (Texas County & District Retirement System, TCDRS).
- Al ofrecerle la opción de realizar inversiones adicionales a largo plazo a través de un plan de compensación diferida 457.

TCDRS lo hace fácil

- Obtenga respuestas a sus preguntas
- Designe a su beneficiario
- Estime su beneficio de jubilación
- Más

Llame al **800-823-7782** o inicie sesión en **tcdrs.org**.

Inscripción automática

Sistema de jubilación de condados y distritos de Texas

Como empleado del condado, aportará una parte de su salario cada vez que lo reciba a su cuenta del TCDRS. La Corte de Comisionados del condado de Harris define este porcentaje junto con el importe que el condado igualará cuando usted se jubile y lo que debe hacer para ser elegible para jubilarse. La Legislatura de Texas establece la tasa a la que su cuenta generará intereses.

NÚMEROS CLAVE PARA 2022

Tasa de interés anual	7%
Tasa de depósito para empleados	7%
Tasa de contrapartida del condado de Harris	225%
Requisito de adquisición de derechos de pensión	8 años

Adquisición de derechos de pensión

Se le considera “invertido” cuando haya acumulado ocho (8) años de crédito de servicio. Una vez invertido, puede dejar de trabajar para el condado de Harris y conservar el derecho a un futuro beneficio de jubilación. Su cuenta del TCDRS seguirá ganando intereses cada año hasta que finalice su membresía.

Otras formas de obtener tiempo de servicio

El Programa de jubilación proporcional le permite utilizar un crédito de servicio de cualquiera de los sistemas que aparecen a continuación para calificar para los beneficios de jubilación.

- Sistema de jubilación de empleados de la ciudad de Austin (COAERS)
- Sistema de jubilación de empleados de Texas (ERS)
- Sistema de jubilación judicial de Texas (JRS)
- Sistema de jubilación de maestros de Texas (TRS)
- Sistema de jubilación municipal de Texas (TMRS)

Para obtener más información sobre el Programa de jubilación proporcional, comuníquese con Servicios para miembros del TCDRS.

Elegibilidad para beneficios de jubilación

Usted es elegible para un beneficio de jubilación cuando cumpla uno de los siguientes requisitos:

- Tiene 60 años o más y ha acumulado ocho años de tiempo de servicio.
- Ha acumulado 30 años de tiempo de servicio (independientemente de su edad).
- Su edad más sus años de servicio suman 75 (también llamada regla del 75).
- Jubilación por Incapacidad.



Inscripción voluntaria

Compensación diferida

Invierta aún más dinero en su jubilación con el plan de compensación diferida 457 (compensación diferida). Está diseñado para ser un complemento a su pensión y es una forma adicional de invertir a largo plazo directamente desde su salario. Usted tiene el control de cómo utilizar la compensación diferida para ayudarlo a alcanzar sus metas. Las cuentas Roth 457 también están disponibles.

Cuenta 457 con impuestos diferidos

Ahorre dinero ahora al posponer los impuestos hasta que realice un retiro. Con el plan 457 con impuestos diferidos, su dinero ingresa a su cuenta antes de que los impuestos salgan de su cheque. Por ejemplo, supongamos que usted paga alrededor del 25% en impuestos sobre la renta. Como usted aporta a su plan de compensación diferida antes de impuestos, ingresar \$100 en su cuenta solo le cuesta \$75 de su salario neto. Cuando realice retiros de la cuenta en el futuro, pagará los impuestos sobre la renta en ese momento.

Cuenta Roth 457

Si le gusta la idea de no tener que pagar impuestos durante la jubilación, entonces una cuenta Roth 457 puede ser una excelente opción. Cuando aporta a un plan Roth 457, usted paga impuestos sobre la parte de su salario que se destina al plan; sin embargo, los retiros de las aportaciones y los ingresos pueden estar libres de impuestos durante la jubilación si se cumplen ciertas condiciones. Si lo desea, puede incluso dividir sus aportaciones entre las tradicionales antes de impuestos y las Roth después de impuestos.

Cómo comenzar

Ambos tipos de planes 457 están disponibles para los empleados del condado de Harris a través de uno de nuestros proveedores de compensación diferida (Nationwide, Valic o Voya). Comuníquese con cualquiera de ellos para recibir orientación e información adicional. Complete el formulario 777 del auditor con la ayuda del representante de cuentas del proveedor seleccionado. Deberá enviar el formulario al Departamento de Nóminas para configurar su cuenta y las deducciones de su nómina. La deducción mínima es de \$25/mes o de \$12,50/quincenal por cada salario que reciba.

Visite benefitsathctx.com para obtener la lista de contactos de asesores financieros actualizada.

Seguro de vida

Inscripción automática

Actualmente, el condado ofrece un nivel básico de seguro por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D), a través de BlueCross BlueShield of Texas, a empleados elegibles sin costo. Este beneficio ayuda a proteger a su familia en caso de su fallecimiento o de una lesión accidental.

- Los empleados cuentan con un beneficio de seguro de vida de \$30.000 y un beneficio de AD&D de \$30.000.
- El seguro de vida para dependientes y el seguro AD&D correspondiente se otorgan por \$5.000 para el cónyuge cubierto y por \$2.000 para hijos cubiertos hasta los 26 años, sin costo para usted. **El seguro de vida para dependientes y el seguro AD&D solo están disponibles para los dependientes cubiertos en su plan de salud/dental/de la vista.**
 - Todo seguro de vida para dependientes termina cuando el empleado se jubila.

Si usted fallece mientras tiene un seguro de vida o si sufre un accidente mientras tiene un seguro AD&D, y el accidente resulta en una pérdida, BlueCross BlueShield of Texas pagará los beneficios de acuerdo con los términos de la póliza grupal después de recibir la prueba de la pérdida.

Para el seguro AD&D, siniestro significa la pérdida de la vida, de una mano, de un pie o de la vista, que haya sido provocada única y directamente por un accidente, que ocurra independientemente de todas las demás causas y que se dé dentro de los 365 días posteriores al accidente.

Seguro de vida a término y AD&D opcionales

Los empleados tienen la opción de comprar un seguro de vida adicional equivalente a una vez (hasta \$150.000), dos veces (hasta \$300.000) o tres veces (hasta \$1.000.000) su salario anual. Si su sueldo o salario cambia, el importe de su seguro cambiará en el próximo año del plan. Actualmente, se incluye un beneficio equivalente de AD&D cuando se inscribe en un seguro de vida opcional.

Ingreso imputado: Cualquier seguro de vida antes de impuestos otorgado bajo los planes del condado que supere los \$50.000 está sujeto a impuestos anuales. Los empleados que decidan aumentar su seguro de vida opcional deberán completar un formulario de evidencia de asegurabilidad (EOI) y ser aprobados por BlueCross BlueShield of Texas antes de que la cobertura adicional entre en vigencia.

Novedad. El seguro de vida opcional y el seguro AD&D equivalente están disponibles para los dependientes cubiertos en su plan.

Puede inscribir a su cónyuge cubierto en los seguros de vida y AD&D opcionales hasta alcanzar un beneficio máximo de \$50.000 o no más del 50% del beneficio opcional del seguro de vida del empleado. Puede inscribir a sus hijos cubiertos en seguros de vida y AD&D opcionales hasta alcanzar un beneficio máximo de \$20.000.

Nota: Para inscribir a sus dependientes en un seguro de vida y AD&D opcionales, también usted deberá inscribirse en un seguro de vida y AD&D opcionales.



**TARIFAS DE SEGURO DE VIDA Y AD&D
OPCIONALES PARA EMPLEADOS
Y CÓNYUGES CUBIERTOS***

POR EDAD	TARIFA MENSUAL POR CADA \$1.000 DE COBERTURA
Menos de 30	\$0,066
30 - 34	\$0,081
35 - 39	\$0,093
40 - 44	\$0,115
45 - 49	\$0,166
50 - 54	\$0,243
55 - 59	\$0,437
60 - 64	\$0,602
65 - 69	\$1,087
70 - 74	\$1,863
75 y más	\$2,018

**TARIFAS OPCIONALES DE VIDA Y AD&D
PARA HIJOS CUBIERTOS**

POR EDAD	TARIFA MENSUAL POR CADA \$1.000 DE COBERTURA
0 - 26	\$0,291

Las tarifas pueden cambiar conforme el asegurado ingrese en una categoría de mayor edad. Además, las tarifas pueden cambiar si la experiencia del plan requiere un cambio para todos los asegurados.

*Estos importes se calcularán en su formulario de inscripción según su edad o salario al momento de la inscripción.

BlueCross BlueShield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, un licenciatario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Exención de prima

Según los términos de su póliza de vida grupal, si queda total y permanentemente incapacitado durante al menos 6 meses antes de cumplir 60 años, su cobertura de seguro de vida puede continuar. El proceso de solicitud de exención de prima debe completarse dentro de los 6 meses posteriores a su último día de trabajo activo y la cobertura continuará hasta los 65 años. Después de esta edad, tendrá la opción de convertir parte o toda su cobertura en un seguro permanente.

¿Necesita completar una solicitud?

Llame a BCBS directamente al **877-442-4207** o descargue la aplicación (por ejemplo, exención de prima, portabilidad-vida o aplicación para convertir) en **bcbstx.com/ancillary**.

Utilice la política grupal numero F019139 cuando llene los formularios.



☎ *Raheem Stevens,
Recursos Humanos
y Gestión de Riesgos*

Seguro por incapacidad a largo plazo

El seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) paga un porcentaje de su salario cuando no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión cubierta. Estos beneficios pueden utilizarse para ayudar a pagar los gastos diarios cuando no reciba un salario.

La cobertura LTD básica se le proporciona sin costo alguno. También tiene la opción de adquirir una cobertura adicional. BlueCross BlueShield of Texas proporciona todos los planes LTD.

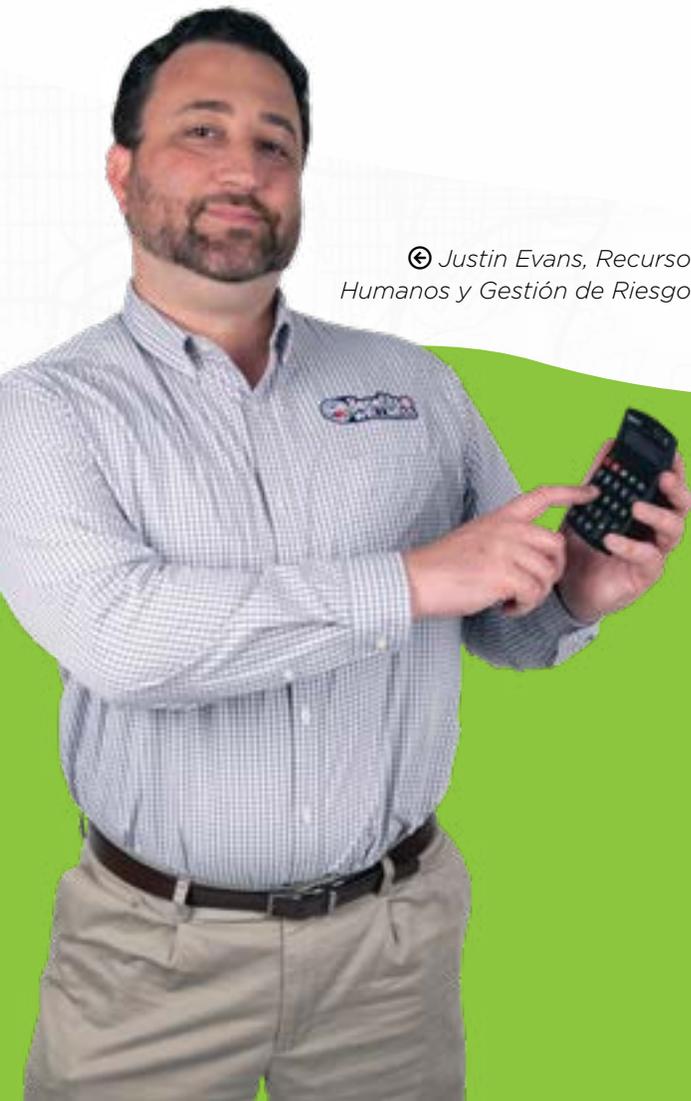
Usted es elegible para el seguro LTD básico a partir del primer período de pago después de 45 días de un empleo continuo en el condado de Harris. Para un LTD opcional (plan de compra), usted es elegible para recibir cobertura a partir del primer período de pago después de 12 meses de un empleo continuo en el condado de Harris.

LTD Básica

- Proporcionada sin costo para usted.
- Paga el 50% de sus ingresos mensuales hasta un máximo de \$5.000.
- Los beneficios comenzarán una vez que haya cumplido el período de eliminación de 180 días de incapacidad continua por lesión o enfermedad.
- Los beneficios pueden continuar hasta por 24 meses.

LTD opcional

- Puede adquirir esta opción para aumentar su beneficio.
- Paga el 60% de sus ingresos mensuales hasta un máximo de \$6.000.
- Los beneficios comenzarán una vez que haya cumplido el período de eliminación de 90 días de incapacidad continua por lesión o enfermedad.
- Los beneficios podrán continuar para los empleados hasta los plazos máximos como se indica a continuación:
 - Menos de 62 años: hasta los 65 años o 42 meses, lo que dure más
 - 62 años: 42 meses
 - 63 años: 36 meses
 - 64 años: 30 meses
 - 65 años y más: 24 meses



📍 Justin Evans, Recursos Humanos y Gestión de Riesgos

Si se inscribe en el plan LTD opcional, la tarifa de la prima es de \$0,239 por cada \$100 de su salario mensual, hasta \$10.000 de salario mensual. (Consulte en la página siguiente la definición de salario).

Ejemplo de costo: Salario anual de \$50.000.
 $\$50.000 \div 12 \text{ meses} = \$4.166,67$ de ingresos mensuales
 $\$4.166,67$ (ingresos mensuales) $\div 100$ (base tarifaria)
 $\times \$0,239$ (tarifa) = \$9,96 por mes

Hoja de cálculo

Su costo mensual:

_____ $\div 12$ meses = _____ ingresos mensuales $\div 100 \times$
0.239 (tarifa) = _____ por mes



Su beneficio LTD puede disminuir si usted o los miembros de su familia inmediata reciben o son elegibles para obtener ingresos deducibles como se define en la póliza grupal. Algunos ejemplos de ingresos deducibles son el pago por enfermedad, la seguridad social, la compensación para trabajadores y beneficios del TCDRS.

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LTD

¿Necesita hacer una reclamación por LTD?

Llame a BCBS directamente al **877-442-4207** o diríjase a **bcbstx.com/ancillary** y envíe su reclamación de incapacidad en línea. Utilice la política grupal n.º F019139 cuando llene los formularios.

¿Cuándo se requieren evidencias médicas de asegurabilidad?

Es necesario presentar una evidencia de asegurabilidad satisfactoria para cualquier empleado que no se haya inscrito en el plan LTD opcional cuando fue elegible por primera vez.

¿Alguna vez se reducen los beneficios?

BlueCross BlueShield of Texas reducirá el importe de su pago LTD mediante otros beneficios de ingresos que pueda recibir.

¿Qué otros beneficios están incluidos?

- Beneficio de sobreviviente
- Incentivos laborales
- Incentivo de rehabilitación con cuidado de día
- Modificación del lugar de trabajo

Definiciones

Incapacidad total

Incapacidad total significa que durante los primeros 24 meses consecutivos de pago de beneficios por una enfermedad o lesión, usted es incapaz de llevar a cabo de forma continua las tareas materiales y sustanciales de su ocupación habitual; y sus ingresos por incapacidad, si los hubiera, son inferiores al 20% de sus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad.

Después de que se haya pagado el beneficio mensual de la LTD durante 24 meses consecutivos, la incapacidad total significa que, debido a una enfermedad o lesión, usted es incapaz de ejercer de forma continua cualquier ocupación remunerada; y sus ingresos por incapacidad, si los hubiera, son inferiores al 20% de sus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad.

Incapacidad Parcial

Incapacidad parcial significa que durante la eliminación y los primeros 24 meses consecutivos de incapacidad debido a una enfermedad o lesión, usted es incapaz de llevar a cabo de forma continua todas las tareas sustanciales de su ocupación habitual; y puede percibir entre el 20% y el 80% de sus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad.

Después de haber recibido el beneficio mensual de la LTD durante 24 meses consecutivos, la incapacidad parcial significa que, debido a una enfermedad o lesión, usted es incapaz de llevar a cabo de forma continua cualquier ocupación remunerada; y sus ingresos por incapacidad, si los hubiera, se encuentran entre el 20% y el 80% de sus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad.

Salario

Ingresos mensuales significa el salario mensual base, el pago de incentivos y el pago de longevidad calculados el 30 de noviembre anterior al período de inscripción anual más reciente según los datos informados a BlueCross BlueShield of Texas por su empleador, redondeados al siguiente múltiplo superior de \$1.000, si aún no es un múltiplo del mismo, dividido por 12. Los ingresos incluyen:

- Aportaciones realizadas a través de un acuerdo de reducción salarial con su empleador en un convenio de compensación diferida de la sección 457 del Código de Impuestos Internos (IRC).
- Importes aportados a sus beneficios complementarios según un acuerdo de reducción salarial bajo un plan de la Sección 125 del IRC.
- Pago de longevidad.

Los ingresos NO incluyen el pago de horas extras ni ninguna otra forma de compensación adicional.



📍 Alexis Lewis, Recursos Humanos y Gestión de Riesgos

Avisos legales

Para cualquier pregunta o información que no haya encontrado en esta guía, utilice la lista de contactos en la página 51 para obtener respuestas.



Documentos del plan

El Resumen de cobertura de beneficios (Summary of Benefits Coverage, SBC), que se proporciona por separado de la guía de beneficios, contiene las características principales de nuestros planes médicos, incluidos los beneficios cubiertos, los costos compartidos, las limitaciones de cobertura y las excepciones.

El glosario de cobertura de atención médica y términos médicos lo ayudará a comprender parte de la terminología más utilizada en los documentos de seguros médicos.

Podrá obtener una descripción detallada de las disposiciones de la cobertura, incluido el resumen de cobertura de beneficios (SBC) y el glosario de términos, ambos disponibles en inglés y español, o el documento resumido del plan (SPD) de beneficios para empleados de Recursos Humanos y Gestión de Riesgos (HRRM). También están disponibles en el sitio web de Beneficios y bienestar en **benefitsathctx.com**.

Podrá obtener una copia impresa del SBC o del glosario de términos médicos y de cobertura de atención médica sin costo comunicándose con la División de Beneficios y Bienestar al **713-274-5500** o al número gratuito **866-474-7475** y se lo enviaremos en un plazo de siete días hábiles.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y revelar su información médica y cómo puede solicitar acceso a la misma. Revíselo detenidamente.

Este aviso es para participantes y beneficiarios del plan.

Como participante o beneficiario del plan, usted tiene derecho a recibir este aviso de prácticas de privacidad del plan con respecto a su información de salud que el plan crea o recibe (su "Información de salud protegida" o "PHI"). Nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" se actualizó para cumplir con los nuevos cambios a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) vigente a partir del 1 de octubre de 2018.

Este aviso tiene como objetivo brindarle información sobre cómo utilizaremos o revelaremos su PHI, sus derechos de privacidad con respecto a su PHI, nuestras obligaciones con respecto a su PHI, su derecho a presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos y cómo comunicarse con nuestra oficina para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Este aviso junto con el de prácticas de privacidad más actualizado se publicarán en **benefitsathctx.com** o puede solicitar una copia al **713-274-5500**.

Obligaciones de notificación COBRA

La Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985 proporciona derechos de continuación del seguro médico grupal a los empleados, cónyuges e hijos dependientes si pierden el seguro médico grupal debido a ciertos eventos calificativos. Dos eventos calificativos según COBRA requieren que usted, su cónyuge o sus hijos dependientes sigan algunas reglas de notificación. Deberá notificar al condado de Harris sobre un divorcio o si un hijo dependiente deja de serlo según los términos del plan de seguro médico grupal.

Cada empleado, cónyuge o hijo dependiente cubierto es responsable de notificar al condado de Harris dentro de los 60 días posteriores a la fecha del divorcio o la fecha en que el hijo dependiente deja de serlo, según se define en los términos del plan de seguro médico grupal. Si no notifica adecuadamente al condado de Harris dentro de los 60 días requeridos, se perderán todos los derechos de COBRA que puedan haber surgido de estos dos eventos calificados.

Aviso de participación en el programa de bienestar

Los programas y servicios de bienestar del condado de Harris son voluntarios y están disponibles para todos los empleados elegibles para el seguro. El programa se administra de acuerdo con las normas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por los empleadores que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de no discriminación por información genética de 2008 y la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otros. Si decide participar en el programa de bienestar, es posible que se le pida que complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud o HRA en la que se hacen una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con su salud y si tiene o tuvo ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). También podrán pedirle que complete un examen biométrico, que incluirá una prueba de glucosa y de colesterol en sangre. No es necesario que complete la HRA ni que participe en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar y completen acciones específicas serán elegibles para el Incentivo de acciones saludables 2025. Aunque no está obligado a llevar a cabo acciones específicas, solo los empleados que lo hagan recibirán los incentivos.

Si no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud o lograr cualquiera de los resultados de salud necesarios para ganar un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o a un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con Aetna al **800-228-6481**.

La información de su HRA y los resultados de su examen biométrico, si corresponde, se usarán para brindarle información que lo ayudará a comprender su salud actual y sus riesgos potenciales, y también podrá utilizarse para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como un asesoramiento de salud. También le recomendamos que comparta sus resultados o inquietudes con su médico.

Protecciones contra la revelación de información médica

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud personal identificable. Aunque el programa de bienestar y el condado de Harris pueden usar la información agregada que recaban para diseñar un programa

basado en riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar de los empleados del condado de Harris nunca revelará su información personal ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo expresamente permitido por la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá utilizarse para tomar decisiones con respecto a su empleo.

La información sobre su salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni revelará, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o para recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información de salud personalmente identificable son los asesores de salud de Aetna para brindarle servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente se encriptará y ninguna información que usted proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión laboral. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier vulneración de datos y, en caso de que se produzca alguna que involucre la información que usted facilite en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato de acuerdo con las leyes estatales o federales.

No podrá ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si decide no participar. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con el director de Recursos Humanos y Gestión de Riesgos del condado de Harris o con la persona designada por el director (**713-274-5000**). Si tiene preguntas o inquietudes sobre la revelación de su información de salud, comuníquese con la Fiscalía del condado al **713-755-5101**.

Medicare

Partes A y B

Medicare se convierte en la aseguradora principal cuando un jubilado, o un dependiente de un jubilado, cumple 65 años o se vuelva elegible debido a una discapacidad. Los beneficios médicos del condado de Harris pasan a ser secundarios a Medicare.

El plan médico del condado de Harris coordina sus beneficios con las partes A y B de Medicare. Puesto que Medicare es el seguro principal, deberá pagar los beneficios primero antes de que el plan médico del condado de Harris lo haga. El plan médico del condado de Harris pagará los beneficios como si la parte B de Medicare pagara primero, incluso si usted no está inscrito en la parte B de Medicare. Esto causará una interrupción en su cobertura si no se inscribe en la parte B de Medicare como jubilado.

NOTA: Si usted trabaja de forma activa al cumplir 65 años, no necesita comprar la parte B de Medicare. Si el seguro principal de su cónyuge es el plan del condado de Harris, no tiene que comprar la parte B de Medicare hasta que usted se jubile.

Los empleados activos y sus dependientes cubiertos que sean elegibles para Medicare pueden posponer la inscripción a este programa hasta que el empleado se jubile. Cada empleado o su dependiente debe tomar esta decisión en función de su situación individual. Medicare pagará en forma secundaria al plan médico del condado de Harris los servicios cubiertos si usted decide inscribirse mientras esté empleado activamente. Deberá comunicarse con la Administración de Seguridad Social al 800-772-1213 si tiene alguna pregunta sobre la coordinación de beneficios entre el plan médico del condado de Harris y el de Medicare.

Parte D

Los empleados y jubilados elegibles para Medicare del condado de Harris NO deben inscribirse en la Parte D: plan de medicamentos recetados de Medicare. La inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare es voluntaria, pero el plan médico del condado de Harris administrado a través de Aetna generalmente brinda una cobertura de medicamentos recetados más completa. Además, no existe coordinación de beneficios entre el plan médico del condado de Harris y el plan de medicamentos recetados de Medicare; sin embargo, continuará la coordinación con las partes A y B de Medicare.

Si usted cumple con ciertos límites de ingresos y recursos, el programa de ayuda adicional de Medicare puede ayudarlo a pagar algunos de los costos de su cobertura de medicamentos recetados. Usted puede calificar si tiene ingresos anuales de hasta \$21.870 (\$29.580 para una pareja casada que viva junta) y hasta \$16.600 en recursos (\$33.240 para una pareja casada que viva junta).

Si no califica para el programa de ayuda adicional, es posible que su estado tenga programas que pueden ayudarlo a pagar los costos de sus medicamentos recetados. Comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener más información al 800-252-3439. Recuerde que puede volver a solicitar el programa de ayuda adicional, en cualquier momento si sus ingresos y recursos cambian.

Para obtener más información y asistencia con los costos de medicamentos recetados, llame a la Seguridad Social al **800-772-1213** o visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Si usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos son elegibles para cobertura adicional a través de Medicaid, debe comunicarse al 800-MEDICARE (**800-633-4227**) o visitar [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para determinar la mejor opción de medicamentos recetados para usted.





📍 *Jalisa Fisher y Erik Eggins,
oficina del alguacil*

Declaración federal de impuestos de 2023 . . .

La Ley de atención médica a bajo costo (Affordable Care Act) exige que el condado de Harris envíe una declaración anual a todos los empleados elegibles para una cobertura de seguro médico en la que se describa el seguro que tienen a su disposición. El Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) creó el formulario 1095-C para que sirva como esa declaración.

Este formulario se enviará por correo directamente a su domicilio a principios de 2024.

Qué necesita hacer:

- 1.** Proporcione la información requerida. Necesitamos información específica sobre las personas inscritas en el plan de salud para poder brindarle un 1095-C completo. Si no tenemos los números exactos de la Seguridad Social de cada dependiente, el IRS podrá imponer una multa por incumplimiento.
- 2.** Asegúrese de que su dirección postal sea correcta en el sistema de nómina del condado para que pueda recibir su 1095-C. Necesitará información de su 1095-C para preparar sus impuestos de 2023.



Contactos

Recursos Humanos y Gestión de Riesgos

Beneficios y bienestar

713-274-5500

benefits@harriscountytexas.gov

benefitsathctx.com

Número gratuito fuera del área

866-474-7475

Médica, recetas, cuentas de gastos flexibles, programa de asistencia al empleado

Servicios para miembros de Aetna

800-228-6481

aetna.com

Representantes dedicados

713-274-5500

Resources for Living: EAP

833-657-2111

resourcesforliving.com

Nombre de usuario: Harris County

Contraseña: EAP

Navigate: Programa de bienestar

888-531-3197

info@navigatewell.com

Cobertura dental

Servicios para miembros de Cigna

800-244-6224

mycigna.com

Representantes dedicados

713-274-5500

Cobertura de la vista

Davis Vision

800-999-5431

davisvision.com

Seguro por incapacidad a largo plazo

BlueCross BlueShield of Texas

877-442-4207

bcbstx.com/ancillary

Seguro de vida

BlueCross BlueShield of Texas

877-442-4207

bcbstx.com/ancillary

Compensación diferida/planes 457

Corebridge Financial (Valic)

corebridgefinancial.com

Servicios VOYA Financial

voyaretirement.voya.com

A nivel nacional

nrsforu.com

Jubilación

Sistema de jubilación de condados y distritos de Texas (TCDRS)

800-823-7782

tcdrs.org



STARS

Autoservicio para los empleados

Servicio de asistencia: 713-274-4444

stars-hr.hctx.net



Usted sirve al condado de Harris.

Entonces, desde seguros médicos hasta programas de bienestar y planes de jubilación, sus beneficios del condado de Harris están aquí para servirle.

📍 *Nayla Esquivel,*
tasadora y recaudador de impuestos



1111 Fannin St., 6th Floor
Houston, TX 77002

Llame al: 713-274-5500

Correo electrónico: benefits@harriscountytexas.gov

Número gratuito: 866-474-7475

Fax: 713-274-5501

Web: benefitsathctexas.com