

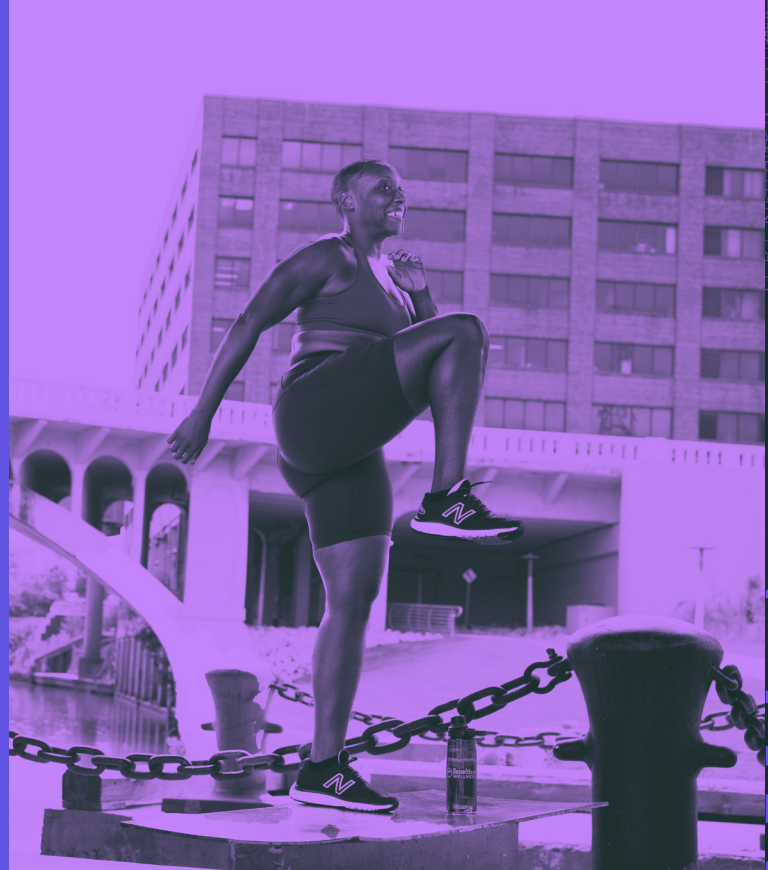


GUÍA DE

Beneficios para empleados

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

Beneficios diseñados especial- mente para **Usted**



consulta rápida

Lo nuevo en 2026	03
Compare sus opciones de plan médico	04
Elegibilidad e inscripción	14
Servicios adicionales e información del programa	20
Apoyo a su bienestar	32
Guía de beneficios financieros	38
Avisos legales	44
Contactos	47



Lo nuevo en 2026

Nuevo programa de cuidado de la espalda y las articulaciones

El Condado de Harris y Aetna se han asociado con Hinge Health para ofrecer un nuevo programa enfocado en el cuidado de la espalda y las articulaciones. Puede recibir atención virtual para aliviar dolores articulares y musculares cotidianos, recuperarse de una lesión, aliviar el dolor y las molestias pélvicas, y más.

Obtenga detalles del programa en la página 37.

Lo que no cambia

Las primas del plan siguen siendo las mismas para 2026. El Condado de Harris continúa contribuyendo con una parte significativa de las primas de los empleados.



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

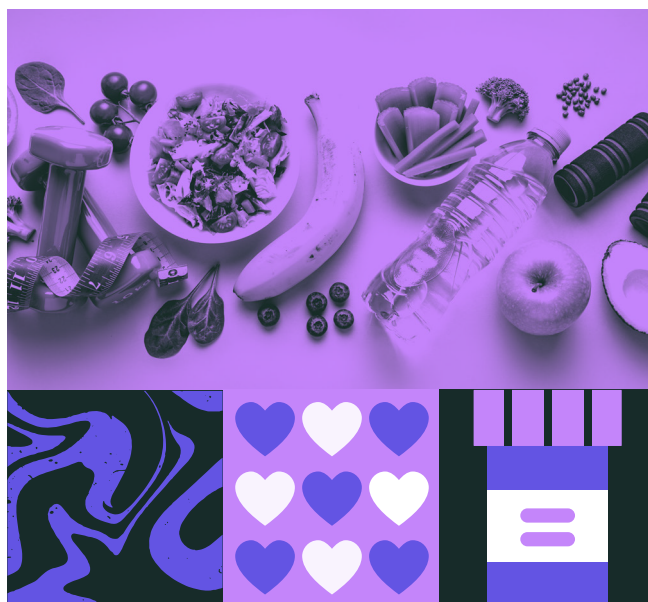
Compare sus opciones de plan médico

Después de revisar las opciones del plan y tomar su decisión, siga los pasos de la página 16 para inscribirse. ➔

El condado de Harris ofrece tres opciones de planes médicos: Base PPO, Plus PPO y el plan KelseyCare ACO. Los planes Base y Plus PPO le brindan la misma red Aetna, incluidos los beneficios fuera de la red. Una ACO, u Organización de Atención Responsable, es un grupo de médicos, instalaciones y otros profesionales de la salud que trabajan juntos para garantizar que se coordine su atención.

Con el plan KelseyCare ACO, su equipo de atención le brinda la atención personalizada que necesita, además de una experiencia de atención médica más sencilla.

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



Plan PPO Básico

El plan Base está diseñado para mantener bajos sus costos mensuales a través de deducibles más altos y máximos de bolsillo. Pagará más por los servicios que utilice, pero las primas que pague serán las más bajas.

VS.

Plan PPO Plus

Con el plan Plus, pagarás una prima mensual más alta, pero tus deducibles, gastos máximos de bolsillo y costos por servicios serán más bajos.

VS.

Plan ACO de KelseyCare

El Plan KelseyCare ACO ofrece la misma experiencia de gastos de bolsillo que nuestro Plan Plus — sin deducible, copagos más bajos — a las primas del Plan Base. Está limitado únicamente a proveedores dentro de la red. Sin embargo, aún tiene acceso a la amplia red de Aetna para necesidades de atención médica de urgencia y emergencia.

Términos adicionales que conviene conocer

Beneficiario - Persona designada para recibir los ingresos o la herencia de un testamento, póliza de seguro, fideicomiso, etc.

Coinsurance - La cantidad que paga, como porcentaje del costo de sus servicios permitidos, después de alcanzar el deducible y hasta alcanzar el desembolso máximo del plan.

Copago - El monto fijo que pagará por un servicio de atención médica.

Deducible - Cuando corresponda, el monto inicial que paga antes de que su seguro comience a cubrir ciertos servicios.

Dependiente - Persona que es elegible para recibir cobertura bajo el seguro médico del titular de la póliza.

Gasto máximo de bolsillo - La cantidad máxima que pagará por año calendario por 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 - La cantidad 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 seguro de visión, dental, de vida y de discapacidad a largo plazo (LTD). Utilice esta página para comparar las opciones mientras hace su selección.

Su costo (primas quincenales)

	ACO de KelseyCare	PPO BASE	PLUS PPO
Solo usted	\$0	\$0	\$36.35
Usted + hijo(s)	\$109.03	\$109.03	\$181.72
Usted + cónyuge	\$121.15	\$121.15	\$218.07
Usted + familia	\$193.84	\$193.84	\$290.77

Aspectos destacados de la cobertura

	ACO de KelseyCare	PPO BÁSICO	PPO PLUS
Cobertura de la red de salud	Exclusivamente dentro de la red	Dentro y fuera de la red	Dentro y fuera de la red
Deducible	Ninguno	\$600 individual \$1,800 Familiar	Ninguno
Gastos de bolsillo máximos	\$6,350 individual \$12,700 Familiar	\$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	\$30,000 / \$5,000 / \$2,000
Seguro de muerte accidental y desmembramiento Empleado/cónyuge/hijo	\$30,000 / \$5,000 / \$2,000	\$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	Hasta el 50 % de sus ingresos mensuales por un máximo de \$5,000



Descripción general de los servicios del plan

Utilice esta descripción general de servicios/costos para realizar una comparación más profunda entre los planes KelseyCare ACO, Base PPO y Plus PPO. 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.

	ACO de KelseyCare	PPO BASE		PPO PLUS	
	EN LA RED	EN LA RED	FUERA DE LA RED	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Anual					
Individual Plan familiar	Ninguno	\$600 \$1,800	\$1,000 \$3,000	Ninguno	\$1,000 \$3,000
Máximo de gastos de bolsillo					
Individual Plan familiar	\$6,350 \$12,700	\$7,350 \$14,700	\$10,000 \$30,000	\$6,350 \$12,700	\$10,000 \$30,000
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	USTED PAGA				
Servicios de prevención*	\$0	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Clínica para empleados	\$0	\$0	No aplica	\$0	No aplica
Clínica de atención sin turno previo CVS Minute Clinic u otra clínica de atención sin turno previo	\$25 No aplica	\$0 \$30	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0 \$25	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Visita de atención primaria (Telesalud y visita al consultorio)	\$15	\$20	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$15	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Visita al especialista (Telesalud y visita al consultorio)	\$30	\$40	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$30	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención de urgencia	\$50	\$50	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$50	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
ATENCIÓN DE EMERGENCIA	PAGAS				
Servicio de ambulancia	\$0	\$300	\$300	\$0	\$0
Servicio de emergencias Si es admitido, no se aplica el copago. Usted sigue siendo responsable de los servicios para pacientes hospitalizados.	\$300	\$300	\$300	\$300	\$300

Descripción general de los servicios del plan (cont.)

	ACO de KelseyCare	PPO BASE		PPO PLUS	
	EN LA RED	EN LA RED	FUERA DE LA RED	EN LA RED	FUERA DE LA RED
ATENCIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS	USTED PAGA				
Servicios hospitalarios Requiere precertificación y revisión de estadía continua para todas las admisiones de pacientes hospitalizados.	\$600	20 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$600	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Servicios médicos	\$0	20 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Centro de enfermería especializada Hasta 100 días por año calendario. Requiere precertificación.	\$0	10 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
ATENCIÓN AMBULATORIA	Monto a pagar				
Servicios de instalaciones	\$400	20 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$400	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Cirugía ambulatoria	\$400	20 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$400	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Radiografías de diagnóstico y laboratorio	\$0	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Mamografía de diagnóstico Incluye 3D	\$0	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Tratamiento de diálisis ambulatoria	\$0	\$0	No se cubre	\$0	No se cubre
Imágenes complejas MRI, CAT, PET, etc. Requiere precertificación.	\$0	10 % de coseguro después de que se haya cumplido el deducible \$0 (Proveedor de ahorros máximos)	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$100 \$0 (Proveedor de ahorros máximos)	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	\$25 por visita	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$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	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	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

	ACO de KelseyCare	PPO BASE		PPO PLUS	
	EN LA RED	EN LA RED	FUERA DE LA RED	EN LA RED	FUERA DE LA RED
MATERNIDAD	PAGAS				
Primera visita al consultorio (Copago de especialista)	\$30	\$40	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$30	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Visitas posteriores	\$0	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Parto en hospital Costos/copagos separados para madre y bebé.	\$600	20 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$600	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Extractor de leche y suministros	\$0	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
OTROS SERVICIOS MÉDICOS	PAGAS				
Acupuntura	\$0 por hasta 10 visitas por año calendario	\$0 por hasta 10 visitas por año calendario	\$0 por hasta 10 visitas por año calendario	\$0 por hasta 10 visitas por año calendario	\$0 por hasta 10 visitas por año calendario
Tratamiento de alergias Incluye suero, inyecciones y medicamentos inyectables.	\$0 hasta un máximo de 150 dosis por año calendario	\$0 hasta un máximo de 150 dosis por año calendario	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0 hasta un máximo de 150 dosis por año calendario	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención quiropráctica	\$0 por hasta 10 visitas por año calendario	\$0 por hasta 10 visitas por año calendario	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0 por hasta 10 visitas por año calendario	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Equipo médico duradero	\$0	10 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Audífonos 1 par cada 36 meses	20 % de coseguro, no deducible	20 % de coseguro, no deducible	20 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	20 % de coseguro, no deducible	20 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención médica a domicilio 100 visitas por año calendario	\$0	10 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$0	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Cuidados paliativos	\$250	10 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$250 + 10 % de coseguro	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible
Centro de tratamiento residencial	\$600	20 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	50 % de coseguro una vez alcanzado el deducible	\$600	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.

KelseyCare ACO Continúa en 2026

Elija el plan ACO de KelseyCare para obtener una cobertura completa, fácil acceso, gran conveniencia y atención de máxima calidad.

El año pasado presentamos el **KelseyCare ACO Plan**, que le ofrece una excelente cobertura y beneficios, además de atención personalizada y coordinada de parte de más de 1,000 médicos y especialistas de Kelsey-Seybold.

Puede consultar a cualquier médico o especialista de Kelsey-Seybold en cualquier ubicación sin necesidad de ser referido. Hay más de 40 ubicaciones de Kelsey-Seybold en el área metropolitana de Houston y áreas cercanas, incluida la Harris County Employee Health & Wellness Clinic en el centro de Houston, por lo que puede encontrar fácilmente una cerca de su hogar o trabajo.

Obtenga atención de calidad.

- **En Kelsey-Seybold, todos sus médicos y el equipo de atención médica están vinculados a través de su expediente médico electrónico.** Con todo, desde atención primaria y visitas a especialistas hasta laboratorios y estudios de imagen bajo un mismo techo, recibir atención médica es más fácil y más conveniente.
- **Puede utilizar los mejores hospitales** de Houston, como HCA Houston Healthcare, Houston Methodist, Memorial Hermann, St. Luke's Health, Texas Children's Hospital y The Woman's Hospital of Texas.
- **Obtenga atención en cualquier momento y en cualquier lugar.** Puede tener visitas por video (ya sea a pedido o programadas) y las visitas electrónicas virtuales están disponibles en cualquier momento, de día o de noche, durante todo el año.
- **Su KelseyCare Concierge especial** le brinda ayuda personal con cualquier pregunta que tenga sobre los servicios que necesita y más.

Atención cuando y dónde la necesite



Médicos que se preocupan por usted

Los médicos de Kelsey-Seybold tienen experiencia en más de 65 especialidades médicas. Nuestro equipo de profesionales clínicos, culturalmente diverso, habla más de 35 idiomas diferentes.



Todo en un solo lugar

Descubra la comodidad de tener atención primaria y especializada, laboratorios en el lugar, servicios de diagnóstico y más, todo en un solo lugar.



Línea directa de enfermería fuera del horario laboral

Las enfermeras registradas de Kelsey-Seybold brindan respuestas y tranquilidad para ayudarlo a obtener la atención que necesita fuera del horario comercial habitual y los fines de semana y feriados. Llame al 713-442-0000.



Citas los sábados

Las citas de cuidado por enfermedad los sábados están disponibles en ubicaciones selectas de Kelsey-Seybold de 9 a.m. a 2 p.m. Los horarios pueden variar según la ubicación. Visita kelsey-seybold.com para obtener detalles específicos.



Centros de atención de urgencias a nivel nacional

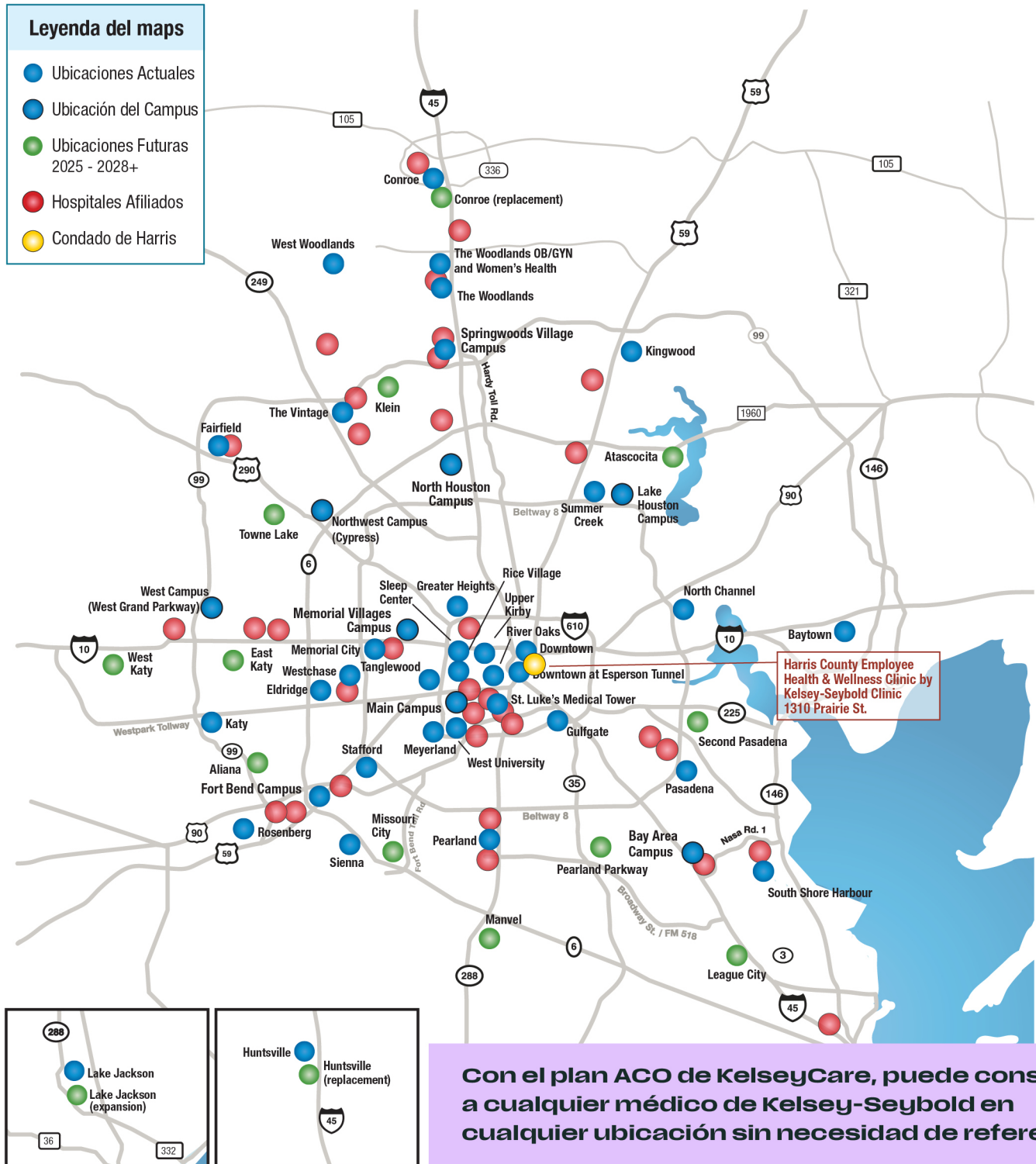
Si necesita atención urgente, tiene acceso a los centros de atención de urgencia en la red nacional de Aetna.



Atención virtual los 365 días del año

Elija VideoVisitNow (a pedido), programe una videoconsulta o inicie una E-consulta en línea. La atención virtual está disponible con los proveedores de Kelsey-Seybold de día o de noche, los 365 días del año.

Ubicaciones de Kelsey-Seybold (2025-2028+) y hospitales afiliado





Respuestas a preguntas frecuentes

P. ¿Por qué debería elegir el plan ACO de KelseyCare?

R. Con el plan ACO de KelseyCare, sus proveedores están conectados entre sí y con usted. Recibirá una atención altamente personalizada y coordinada, además de una experiencia de atención médica más optimizada. Nuestro objetivo es mantenerlo sano. Los médicos de Kelsey-Seybold proporcionan programas de manejo de enfermedades como diabetes, enfermedad de las arterias coronarias, presión arterial alta y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC/asma). La Clínica Kelsey-Seybold es reconocida a nivel nacional por brindar atención médica de alta calidad.

P. ¿Tengo que presentar un formulario de reclamaciones? ¿Qué documentación necesito?

R. Con el plan ACO de KelseyCare, su experiencia de atención médica se agiliza. No es necesario rellenar formularios de reclamación ni adjuntar documentos. No necesita una remisión para ver a un especialista de Kelsey-Seybold. Pagará un copago fijo por las citas con sus proveedores.

P. ¿Recibiré una tarjeta de seguro?

R. ¡Sí! Se le entregará una nueva tarjeta de identificación de membresía/plan para usted y para cada uno de sus dependientes.

P. ¿Cómo elijo un médico con el Plan KelseyCare ACO?

R. Vaya a kelsey-seybold.com/bios para buscar un médico por ubicación, especialidad, género, idiomas hablados y otros criterios. También puede buscar por apellido de un médico y ver y reservar la próxima cita disponible con proveedores de atención primaria y muchos especialistas. Para recibir asistencia personalizada para encontrar un médico en una ubicación conveniente para usted, llame a la Línea de Ayuda para Pacientes de Kelsey-Seybold al 713-442-1233.



Escanee este código para obtener respuestas a preguntas más frecuentes y descubrir por qué el Plan ACO de KelseyCare es una excelente manera de aprovechar al máximo su atención médica con excelente cobertura y beneficios.



Primas quincenales

El condado de Harris continúa haciéndose cargo de una parte importante del costo de su cobertura de atención médica. Las primas que se muestran a continuación representan la cobertura de seguro médico, de medicamentos recetados, dental, de la vista, de vida básica y de LTD básica. Las primas se basan en 26 períodos de pago y entrarán en vigencia a partir del cheque de pago del 2 de enero de 2026.

<div> <div>BASE</div> <div>PPO</div> </div>	USTED PAGA		+	EL CONDADO DE HARRIS PAGA		=	TOTAL
	\$0	Solo usted			\$433.03		\$433.03
	\$109.03	Titular + hijos			\$636.54		\$745.57
	\$121.15	Usted + cónyuge			\$659.12		\$780.27
	\$193.84	Usted + familia			\$793.18		\$987.02
<div> <div>PLUS</div> <div>PPO</div> </div>	USTED PAGA		+	EL CONDADO DE HARRIS PAGA		=	TOTAL
	\$36.35	Solo usted			\$559.37		\$595.72
	\$181.72	Titular + hijos			\$835.01		\$1,016.73
	\$218.07	Usted + cónyuge			\$900.07		\$1,118.14
	\$290.77	Usted + familia			\$1,044.78		\$1,335.55
<div> <div>ACO de KelseyCare</div> </div>	USTED PAGA		+	EL CONDADO DE HARRIS PAGA		=	TOTAL
	\$0	Solo usted			\$433.03		\$433.03
	\$109.03	Titular + hijos			\$636.54		\$745.57
	\$121.15	Usted + cónyuge			\$659.12		\$780.27
	\$193.84	Usted + familia			\$793.18		\$987.02

Para conocer los pasos de inscripción, visite la página 16.

DETALLES SOBRE OTROS SERVICIOS:



23

Salud de la mujer



24

Medicamentos recetados



26

Vista



28

Dentales

Elegibilidad e inscripción

Cómo proceder una vez que haya elegido el plan más adecuado para usted.



Elegibilidad para el plan de salud

A menos que se indique lo contrario, usted y sus dependientes son elegibles para los beneficios descritos en esta guía siempre que usted sea elegible para beneficios y sea jefe de departamento, empleado de puesto regular¹ o funcionario electo 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. Harris County está obligado por ley a proporcionar cobertura médica para los niños identificados en National Medical Support Notices.²

¿Planea jubilarse este año?

Los dependientes deben estar cubiertos durante un año calendario completo antes de su jubilación para poder recibir la contribución del Condado para sus primas. Será responsable de pagar el 100 % del costo de la prima de su dependiente si este ha estado cubierto por menos de un año calendario al momento de su jubilación.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?	Documentación comprobatoria requerida	DETALLES DE ELEGIBILIDAD
Cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> Copia de un certificado de matrimonio presentado o certificado de matrimonio informal. Los documentos escritos en un idioma extranjero deben ir acompañados de una traducción certificada al inglés. 	<ul style="list-style-type: none"> La cobertura termina el último día del período de pago si el empleado fallece.
Hijo biológico	<ul style="list-style-type: none"> Certificado de nacimiento u otro documento legal que indique al empleado como padre o madre del menor. Una verificación de hechos de nacimiento o registro de nacimiento puede presentarse hasta los cinco años de edad. Se requiere un certificado de nacimiento para niños de cinco años en adelante. 	<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 cumple 26 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago si el empleado fallece.
Hijo adoptado	<ul style="list-style-type: none"> Copia certificada de la orden judicial o documentación legal que coloque 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 cumple 26 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago si el empleado fallece.
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 de un certificado de matrimonio registrado entre el empleado y el 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 cumple 26 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago si el empleado fallece.
Nietos	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de Certificación de Dependencia Financiera (puede solicitarlo por correo electrónico a benefits@harriscountytexas.gov o llamando al 713-274-5500). Certificado de nacimiento del nieto. Certificado de nacimiento de la madre o el padre del nieto que demuestre la relación con el empleado. 	<ul style="list-style-type: none"> El nieto debe ser pariente del empleado por nacimiento o adopción. No puede ser nietastro del empleado. El nieto debe ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos federales del empleado cada año para permanecer en el plan. Las auditorías de nietos se realizan cada junio. Cobertura disponible hasta los 26 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago en el que el dependiente cumple 26 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago si el empleado fallece.
Niño en crianza temporal	<ul style="list-style-type: none"> Acuerdo de colocación en cuidado de crianza entre el empleado y Texas Department of Family & Protective Services 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 cumple 18 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago si el empleado fallece.
Custodia o tutela legal	<ul style="list-style-type: none"> Documentos judiciales firmados por un juez que otorgan custodia legal permanente o tutela legal permanente al empleado. Las órdenes temporales serán denegadas. 	<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 cumple 18 años. La cobertura finaliza el último día del período de pago si el empleado fallece.
Hijos con discapacidad de 26 años y más	<ul style="list-style-type: none"> Comuníquese con Benefits & Wellness para obtener los formularios que usted y el médico completarán y devolverán 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"> Hijos dependientes que hayan sido declarados totalmente discapacitados por la Social Security Administration Office son elegibles. Incluye a los hijos discapacitados del empleado o del cónyuge del empleado que adquirieron la discapacidad antes de los 26 años y que han estado cubiertos de manera continua. La cobertura finaliza el último día del período de pago si el empleado fallece.

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 de puesto 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 Harris County y Harris County Flood Control District Personnel Policies & Procedures para obtener 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



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.

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. Si no realiza una elección, su cobertura se asignará automáticamente al plan KelseyCare ACO y no podrá cambiarse a otro plan hasta la inscripción abierta.

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 2026, el período de inscripción abierta será del 20 al 31 de octubre de 2025. Visite el sitio STARS (stars-hr.hctx.net) e inicie sesión en su portal de autoservicio para empleados, y luego seleccione Detalles de beneficios para comenzar. Si agregará dependientes, tenga a la mano la documentación necesaria para cargarla.
- Los dependientes agregados durante la Inscripción Abierta estarán cubiertos a partir del 27/12/2025.
- Los dependientes dados de baja durante la Inscripción Abierta estarán cubiertos hasta el 26/12/2025.
- Si no realiza ningún cambio, sus beneficios actuales seguirán siendo 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 2026.

**Inscríbase hoy en STARS
Employee Self-Service:
stars-hr.hctx.net**

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:

- Miembros 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, ya sea de TRICARE o de Medicare, y no un dependiente cubierto.
- Solicite el formulario de exención voluntaria comunicándose con Beneficios y bienestar en benefits@harriscountytexas.gov o **713-274-5500**. Este formulario debe completarse en cada ciclo de inscripción abierta para continuar renunciando a sus beneficios.
- Para los nuevos empleados, este formulario debe recibirse antes de que sus beneficios entren en vigencia. De lo contrario, su próxima oportunidad de renunciar será durante la inscripción abierta.

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 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 (EOI) cuando entre en vigencia 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. Si es un empleado nuevo y esta es la primera vez que se inscribe, no se requiere la EOI.

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 cambios dentro de los 60 días para evitar la pérdida de los derechos de COBRA
- Nacimiento
- Adopción o colocación de un niño de crianza
- Muerte
- El cónyuge y/o dependiente gana o pierde cobertura a través del empleo u 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 empleado o cónyuge
- Cambio de proveedor de guardería para dependientes o tener un aumento o disminución significativa en el pago al proveedor
- Cambio en el estado de elegibilidad para 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
- Cambio de cobertura del cónyuge y/o dependiente debido a que vive fuera del país.

Los dependientes se agregarán al plan al comienzo del período de pago después de que se apruebe el evento de vida. Serán dados de baja del plan al final del período de pago en el que se apruebe el evento de vida.

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 agrega a su recién nacido a su plan después de 31 días, la cobertura no será retroactiva a la fecha de nacimiento y usted será responsable de los reclamos médicos incurridos durante el período no cubierto.



Sus beneficios, a su manera

Administre su atención médica en casa o dondequiera que esté.

Manténgase al tanto de sus beneficios

- Consulte sus beneficios y lo que está cubierto
- Realice un seguimiento de sus gastos
- Ver y pagar reclamaciones en su portal de miembros
- Vea su tarjeta de identificación en línea
- Obtenga información sobre costos antes de recibir atención¹

Conéctese con la atención médica

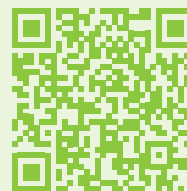
- Encuentre proveedores dentro de la red, incluida la atención virtual
- Localice clínicas sin cita previa y centros de atención urgente cerca de usted
- Vea los comentarios sobre los proveedores

Obtenga la aplicación Aetna HealthSM hoy!

Visite MyAetnaWebsite.com para registrarse en su portal de miembros.

Descargue la aplicación Aetna HealthSM:

Escanee el código QR o envíe un mensaje de texto con la palabra "AETNA" al 90156 para recibir un enlace de descarga. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos.²



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 diferir de una estimación por diversas razones, incluyendo los tiempos de procesamiento de reclamos para otros servicios, proveedores que se unen o salen de nuestra red, o cambios en su plan. Los miembros de una organización para el 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/Terms. Política de privacidad: Aetna.com/legal-notices/privacy.html. Al enviar un mensaje de texto al 90156, usted acepta recibir un mensaje de texto automatizado de marketing único de Aetna con un enlace para descargar la aplicación Aetna HealthSM. No se requiere consentimiento para descargar la aplicación. También puede descargarla yendo a la Apple App Store o 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 los EE. UU. y otros países. App Store es una marca de servicio de Apple Inc.

Google Play es una marca comercial de Google LLC.

Entendiendo En la red vs. fuera de la red

Ya sea que elija los planes médicos Base o Plus PPO, la cobertura es a través de la red Aetna Choice POS II (Open Access). Es una amplia red de proveedores y centros que cubre casi todos los servicios médicos que pueda necesitar.

Sin embargo, un gran beneficio de su plan de atención médica es que no está limitado a proveedores dentro de la red. Siempre tiene la opción de decidir cuándo, dónde y cómo recibir atención médica. Así que, si prefiere seleccionar a un médico de atención primaria (PCP) u otro proveedor que no sea parte de la red, siempre tiene esa libertad. 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.

¡Solo dentro de la red!

Cirugía bariátrica y diálisis

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

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** o utilice la aplicación Aetna HealthSM.



Servicios adicionales e información del programa



Hacerse una resonancia magnética, una tomografía computarizada o una tomografía por emisión de positrones

Qué necesita saber

Cuando su médico solicita un procedimiento de diagnóstico por imágenes de alta tecnología (como una resonancia magnética, una tomografía computarizada o una tomografía por emisión de positrones) para usted o un miembro de su familia, puede parecer abrumador, pero no tiene por qué ser así.

Para ayudarlo a comprender el proceso, describimos los pasos a continuación. El objetivo es garantizar que usted obtenga la prueba o el procedimiento que necesita sin pagar más de lo necesario. El proceso consta de tres pasos, cada uno de los cuales se describe con más detalle a continuación:

1) Obtener la aprobación previa para el procedimiento

2) Elección de una instalación

3) Programación del procedimiento

Paso 1: Obtener la aprobación previa

Para asegurarse de que el procedimiento que le han ordenado es el adecuado para sus necesidades específicas —y que está cubierto por su plan médico— primero debe ser aprobado previamente por Aetna. Este proceso se llama “precertificación”.

El proceso de precertificación incluye:

- Confirmación de la elegibilidad de los miembros y la disponibilidad de beneficios
- Una evaluación de la necesidad médica
- La identificación de miembros para la planificación del alta previa al servicio y la identificación y derivación de miembros a programas especializados
- Una determinación de la cobertura y la comunicación de las decisiones de cobertura a los médicos tratantes, miembros y/o representantes autorizados de los miembros

Si su médico es parte de la red Aetna, se encargará de este proceso de aprobación previa por usted. No hay nada más que deba hacer. El consultorio de su médico se pondrá en contacto con usted una vez que se apruebe el procedimiento, o le ofrecerán otra recomendación si no se aprueba. También debería recibir una carta de Aetna por correo.

La revisión de su procedimiento puede demorar hasta cinco días hábiles, dependiendo de si se necesita más información.

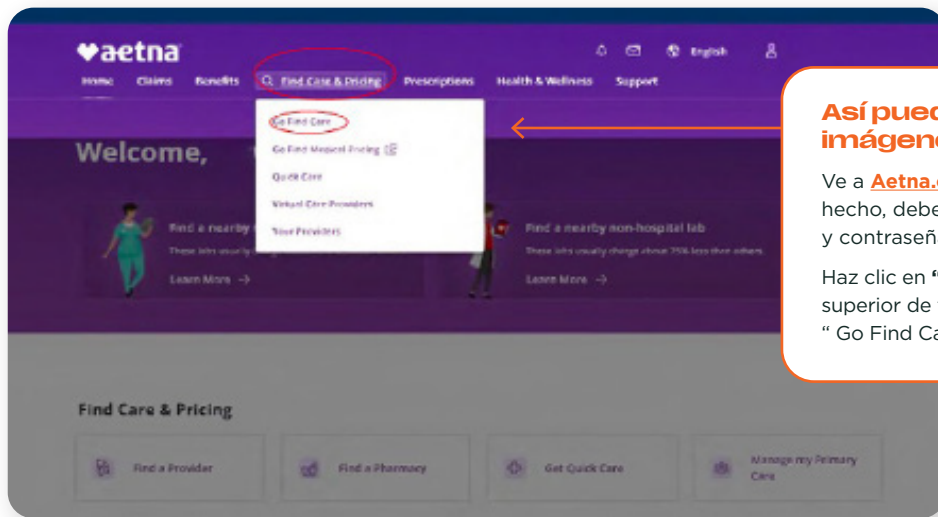


¿Qué es eviCore?

Aetna trabaja con un proveedor externo, eviCore, como parte del proceso de precertificación. Sus expertos médicos están altamente capacitados y revisan todas las solicitudes de imágenes de alta tecnología utilizando las pautas médicas y tecnológicas más actuales. Su objetivo es garantizar que la prueba o el procedimiento solicitado sea la mejor opción para usted. Si es necesario, se comunicarán con su médico para obtener más información.

Paso 2: Elige un centro

El lugar donde obtenga su procedimiento de imágenes de alta tecnología puede tener un gran impacto en el costo, incluido el monto que tendrá que pagar de su propio bolsillo. Puede ver sus opciones dentro de la red utilizando la herramienta de búsqueda de proveedores en Aetna.com. Permanecer en la red de su plan para recibir atención siempre costará menos.

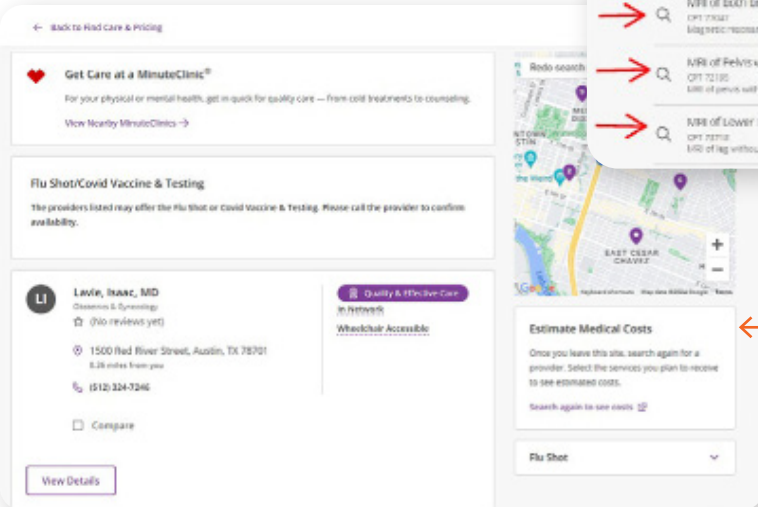
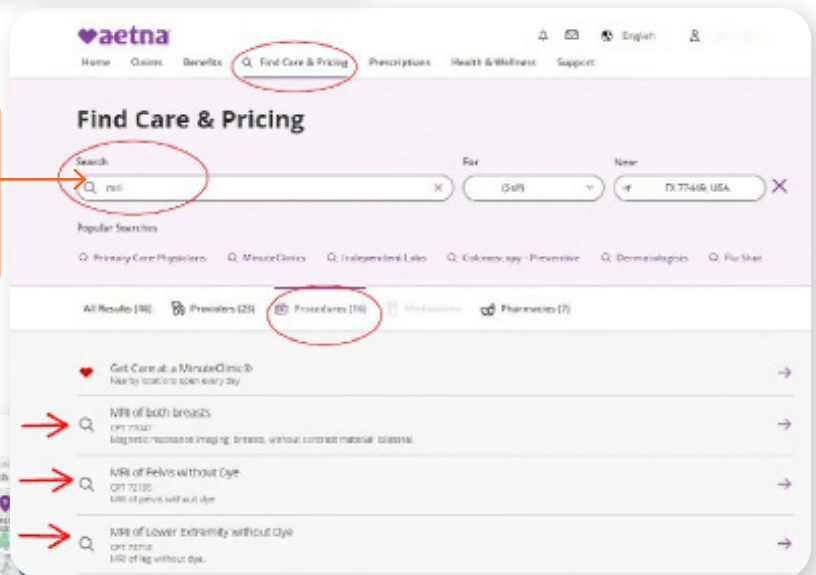


Así puedes encontrar centros de imágenes dentro de la red:

Ve a [Aetna.com](https://www.aetna.com) e inicia sesión. Si aún no lo has hecho, deberás configurar tu nombre de usuario y contraseña.

Haz clic en “**Buscar atención y precios**” en la parte superior de tu página de inicio, luego selecciona “Go Find Care” en el menú desplegable.

En la barra de búsqueda, ingrese el procedimiento que necesita, por ejemplo, resonancia magnética, para qué lo necesita y su ciudad/estado o código postal. Luego, limite aún más su búsqueda a partir de la lista de procedimientos que se muestra.



Ahorro máximo. 100 %. Sin deducible. Sin copago.

También verá la opción de **Estimar costos médicos**. Al hacer clic aquí, lo llevará a nuestra herramienta para estimar costos, donde podrá ver una estimación de lo que tendrá que pagar por el procedimiento de imágenes avanzadas que necesita.

Paso 3: Programe su procedimiento

¡Eso es todo! Está listo para concretar su cita. El centro le solicitará su número de precertificación de Aetna y también necesitará la receta u orden de su médico.



Si tiene preguntas sobre este proceso o necesita ayuda para encontrar un proveedor, comuníquese con Aetna Member Services al 1-800-228-6481 (TTY: 711).

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).

Programas y apoyo para la salud de la mujer



Cuidado diseñado alrededor de ti

Cada etapa de la vida presenta su propio conjunto de necesidades de cuidado. Afortunadamente, existen programas y proveedores disponibles para ayudarle a prepararse y gestionar sus necesidades de salud únicas.



Inscríbase en el Programa de Maternidad Mejorado de Aetna™

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.



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 de parto
- Reclamación de 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 %.

Apoyo para la perimenopausia y la menopausia

Gennev

Gennev es la única clínica virtual de menopausia dirigida por ginecólogos obstetras certificados y nutricionistas dietistas registrados, disponible en los 50 estados.

Tendrá acceso a:

- Citas convenientes de telemedicina con ginecólogos obstetras capacitados en menopausia en menos de una semana.
- Prescripciones de terapias basadas en evidencia.
- Apoyo para el estilo de vida y el comportamiento en nutrición, peso, sueño, estado de ánimo y atención plena.

Disponible para miembros de los planes Base PPO y Plus PPO. El costo es un copago por visita al especialista (\$40 Base/\$30 Plus) por visita. **Comience hoy en [gennev.com](https://www.gennev.com).**

CVS MinuteClinic

Ningún tema debe ser tabú cuando se trata de la salud de la mujer. Desde apoyo para la menopausia y anticoncepción, hasta asesoramiento sobre salud mental y cuidados menstruales, ofrecemos atención de calidad, tanto en persona como a través de MinuteClinic Virtual Care™, los siete días de la semana.

Disponible para miembros de los planes KelseyCare ACO, Base PPO y Plus PPO. El costo es su copago de la clínica ambulatoria (\$0 para Base/Plus PPO y \$25 para KelseyCare ACO) por visita.

¡Obtenga atención en persona o virtual hoy! Para obtener más información, encontrar ubicaciones y programar una visita, escanee el código QR, descargue la aplicación CVS Pharmacy® o visite **MinuteClinic.com/WomensHealth**



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.

COSTOS DE SUS MEDICAMENTOS RECETADOS

	VENTA MINORISTA	ENTREGA A DOMICILIO/ VENTA EN FARMACIA A 90 DÍAS
Nivel 1: genéricos	25 % mín. \$5/máx. \$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 que está cubierto y estime su 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 sus costos por adelantado si compra en una farmacia dentro de la red o a través de la 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 use la aplicación móvil de Aetna HealthSM.



¿Preguntas?

Hable con un representante de Aetna al
800-228-6481.

Medicamentos con receta: 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 use la aplicación móvil de Aetna HealthSM para comparar costos y encontrar una farmacia minorista participante cercana.

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
- Existen alternativas disponibles de menor costo e igual eficacia
- Debe usarse únicamente para ciertas condiciones de salud
- A menudo se utilizan indebidamente 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 todos los medicamentos especializados 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 se puede usar con ningún programa federal de atención médica.



Vista



Davis Vision proporciona una variedad de beneficios visuales a todos los miembros cubiertos por los planes médicos de Harris County.

Cubierto al 100 %: Monturas 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 monturas por tienda, encontrará la forma, el estilo, el color y la marca adecuados para usted sin pagar nada de su bolsillo. Los miembros también reciben un 50 % de descuento en pares adicionales de gafas. (Las monturas Maui Jim están excluidas de este beneficio.)

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.

Resumen de beneficios de visión

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 • 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 con línea, trifocales o lenticulares. las lentes tintadas, las lentes resistentes a los arañazos y las lentes de policarbonato para niños también están cubiertas.
Lentes de contacto (en lugar de anteojos) • Subsidio • 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 • 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 monturas totalmente cubiertas está disponible en todas las ubicaciones de Visionworks a nivel nacional e incluye todas las monturas excepto las de la marca Maui Jim.

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

Beneficios fuera de la red

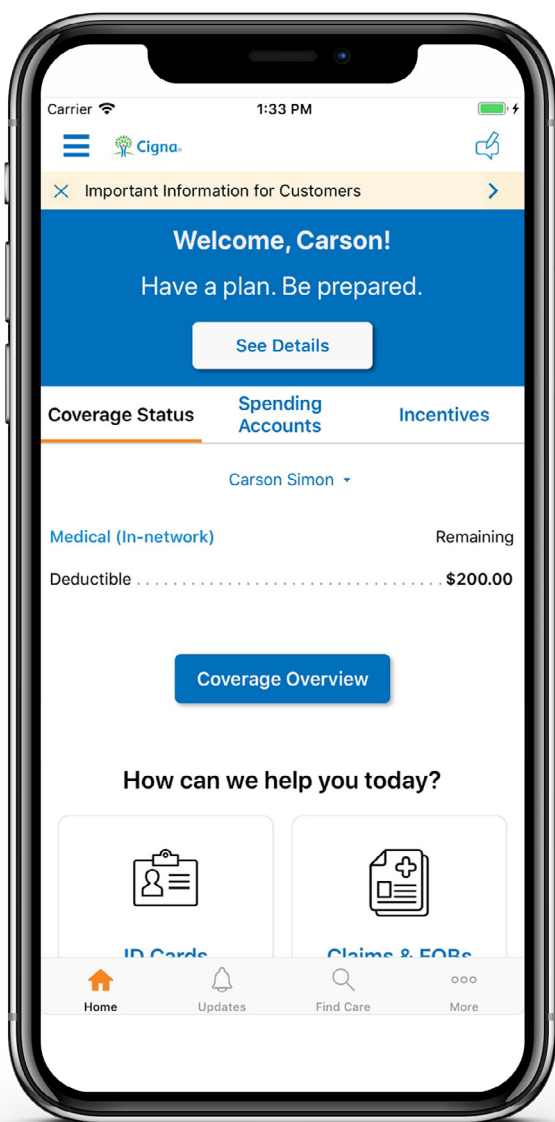
Usted recibirá el valor más alto y maximizará los dólares de sus beneficios si utiliza un proveedor dentro de la red, pero si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, los reembolsos están disponibles de la siguiente manera:

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



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 monto que paga su plan depende de:
 - El nivel de coseguro por el servicio que recibió
 - A 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, su plan ya no pagará una parte de sus costos durante ese año calendario.
- Las tarjetas de identificación no se envían automáticamente y deben solicitarse. Por motivos de seguridad, recibirá una tarjeta de identificación genérica sin su información personal incluida.



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 "Registrarse".
2. **Ingrese sus datos personales** como nombre, dirección y fecha de nacimiento.
3. **Confirme su identidad** con información segura como su ID de Cigna o número de seguro social, o complete un cuestionario de seguridad. Esto asegurará 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 / 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 por servicios fuera de la red se basan en el cargo máximo permitido.



Programa de integración de salud oral de Cigna

La cobertura dental mejorada está disponible para los miembros del plan con las siguientes condiciones médicas: diabetes, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, radiación por cáncer de cabeza y cuello, trasplante de órganos, enfermedad renal crónica 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**.

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 guardería de 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, medicamentos recetados, dentales y de visión elegibles.
- **FSA de guardería para dependientes:** para gastos de guardería elegibles para cuidar a un niño o adulto dependiente.

	FSA DE ATENCIÓN MÉDICA	FSA PARA GUARDERÍA DE DEPENDIENTES
Límites de contribuciones del IRS¹	\$3,300	\$7,500 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 los 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 2026.	Esta cuenta no está prefinanciada. Solo su saldo actual de la cuenta está disponible para el reembolso de gastos elegibles.
¿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 2027. El último día para presentar gastos para reembolso es el 15 de junio de 2027.	
¿Puedo reinventir mis fondos de la FSA que no haya utilizado?	No. Los fondos que no se hayan gastado antes del 15 de marzo de 2027 se perderán.	
¿Cómo solicito el reembolso?	La tarjeta de débito FSA de Inspira Financial puede usarse para pagar gastos elegibles en la mayoría de las oficinas de proveedores, farmacias y hospitales. También puede presentar una reclamación para recibir un reembolso en inspirafinancial.com .	Puede presentar una reclamación para obtener un reembolso en inspirafinancial.com .
¿Tendré que guardar los recibos, los EOB y las facturas de proveedores?	Sí. Incluso si utiliza su Tarjeta Financiera Inspira® es posible que se le solicite que verifique 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, puede ajustar el monto de su contribución o inscribirse en una FSA de atención médica y/o cuidado de dependientes. Consulte la página 17 para obtener una lista de eventos de vida calificados.	

¹El IRS establece el monto máximo de contribución tanto para la Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica como para la Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidado de Dependientes. El importe indicado refleja la aportación máxima para el año calendario 2026.

²El límite de contribución para la FSA de cuidado de 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 2026 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 Inspira Financial

Administrará sus cuentas de gastos flexibles a través de Inspira Financial, una empresa de Aetna. Inicie sesión en inspirafinancial.com.

¿Puedo ahorrar tiempo haciendo que los reembolsos de mis reclamos se depositen directamente en mi cuenta bancaria?

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

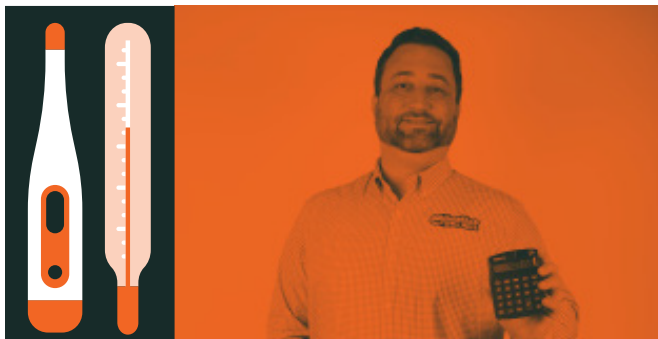
¿Cómo envío reclamaciones a Inspira Financial?

A partir del 1 de enero de 2026, usted podrá presentar reclamaciones para el reembolso de los gastos de bolsillo elegibles. Tiene tres opciones para presentar reclamaciones:

1. En línea a través de su sitio web para miembros de Inspira Financial
2. A través de la aplicación Inspira Mobile™
3. Complete un formulario de reclamo en papel y envíelo por fax o correo directamente a Inspira Financial

¿Qué pasa si dejo mi empleo o me jubilo?

Su participación en cualquier programa de FSA finalizará. Cualquier contribución realizada mientras era un empleado activo debe utilizarse antes de que finalice su participación en el plan. Su participación en el plan finalizará en la fecha en que finalice su seguro de empleado activo. Todos los reclamos incurridos mientras se trabaja activamente deben presentarse antes de **15/06/2027**.



Manténgase conectado con la Inspira Mobile™ App

No pierda otro día sin nuestra aplicación gratuita* Inspira Mobile. Una vez que cree un nombre de usuario y una contraseña en el sitio web para miembros de Inspira Financial, utilícelos para iniciar sesión en la aplicación.

Usted puede:

- Consultar el saldo y gestionar los fondos de su cuenta
- Presentar reclamos para reembolsarse los gastos de bolsillo elegibles
- Recibir alertas y notificaciones de la cuenta



Apoyando su bienestar

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

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:

- Fomentar hábitos saludables
- Educar sobre los factores y recursos que mejoran la calidad de vida
- Empoderar a los empleados y jubilados para que asuman la responsabilidad de su propia salud

Servicios y programas destacados

Actívese

- Carrera 5K para empleados
- Clases y desafíos de fitness
- Fitness Center en 1111 Fannin

Infórmese

- Primeros Auxilios en Salud Mental
- Clases de educación para la salud
- Campañas de concientización

Manténgase bien

- Servicios de salud en las instalaciones
- Asesoramiento sobre salud
- Control de peso

Cómo encontrar servicios e información sobre bienestar



EN LÍNEA

benefitsathctx.com



CORREO ELECTRÓNICO

wellness@harriscountytexas.gov



TELÉFONO

713-274-5500



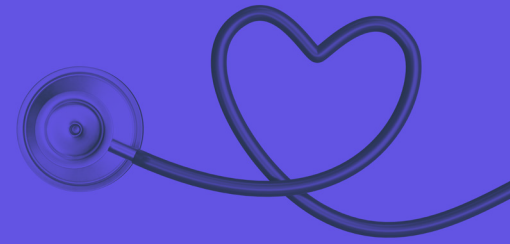
SOCIAL

FACEBOOK [benefitsandwellnesshctx](https://www.facebook.com/benefitsandwellnesshctx)

Instagram [@benefitsandwellnesshctx](https://www.instagram.com/benefitsandwellnesshctx)

YOUTUBE [Beneficios y bienestar del condado de Harris](https://www.youtube.com/Beneficios+y+bienestar+del+condado+de+Harris)

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. No hay costo por un examen de bienestar u otro tipo de atención preventiva. Los servicios de laboratorio, si se brindan durante su visita, también están incluidos sin costo alguno.

Ubicación y horarios

Harris County Employee Health & Wellness Clinic
1310 Prairie Street, 1st Floor
Houston, Texas 77002
Martes, miércoles y jueves:
7:30 a.m. – 4:30 p.m.

PROGRAMACIÓN 24/7
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.

Esta clínica no atiende lesiones relacionadas con compensación laboral.



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

- Bronquitis, resfriados, dolor de garganta y gripe
- Cortes, raspaduras, erupciones cutáneas y problemas de la piel
- Dolor de espalda, distensiones musculares y esguinces
- Dolores de cabeza y de oído
- Problemas oculares
- Problemas digestivos
- Pruebas de laboratorio en el sitio
- Prescripciones disponibles
- Atención preventiva, incluidos exámenes físicos e inmunizaciones

Omada

Omada es un innovador programa en línea que inspira hábitos saludables a largo plazo. Combina la ciencia del cambio de comportamiento y el apoyo inquebrantable a los participantes que necesitan perder peso y reducir su riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedades cardíacas.

El programa incluye:

- Un entrenador de salud a tiempo completo para mantener a los participantes en el camino correcto.
- Una báscula inalámbrica para monitorear el progreso
- Un programa interactivo que se adapta al participante
- Lecciones semanales en línea para educar e inspirar
- Un pequeño grupo de participantes para apoyo en tiempo real

Elegibilidad

Los empleados, jubilados menores de 65 años y los dependientes adultos cubiertos pueden recibir el programa sin costo adicional si están inscritos en el plan médico de Harris County ofrecido a través de Aetna, están en riesgo de diabetes o enfermedades cardíacas, y son aceptados en el programa.



Envíe hoy su solicitud

Escanee el código QR o visite benefitsathctx.com/wellness/omada para obtener información completa y para solicitar el programa.

Mejore su bienestar con Navigate

Navigate es nuestra plataforma de bienestar enfocada en el cuidado integral de su ser, 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 2026.



Los empleados asegurados pueden ganar hasta \$300 en el programa de Incentivos de Acciones Saludables. El portal de bienestar Navigate es donde se rastrean todas sus acciones saludables elegibles. Las principales fechas del programa aparecen a continuación. Espere más detalles en 2026.

• 01/01/2026

Comience a completar sus acciones.

• 31/12/2026

Último día para completar sus acciones para el incentivo de acciones saludables 2027.

• Marzo 2027

Depósito en la nómina del Incentivo de Acciones Saludables ganado.

**¡Gane
hasta
\$300!**

Escanee el código QR para obtener más información.



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. Aetna Resources for Living está aquí para ayudarlo a reducir el estrés y vivir más.

Como empleado o jubilado, Aetna le proporciona el programa EAP sin costo adicional. Estos servicios también están disponibles para los miembros de su familia que viven en su hogar, incluso sino están 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.



Robo de identidad

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



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, testamentos y preparación de otros documentos, y muchos otros servicios.* Si opta por servicios más allá de la consulta inicial, puede obtener un descuento del 25 por ciento. 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.



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.



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 descuento del 25 por ciento 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.

Para ayuda e información sobre cualquier servicio EAP:

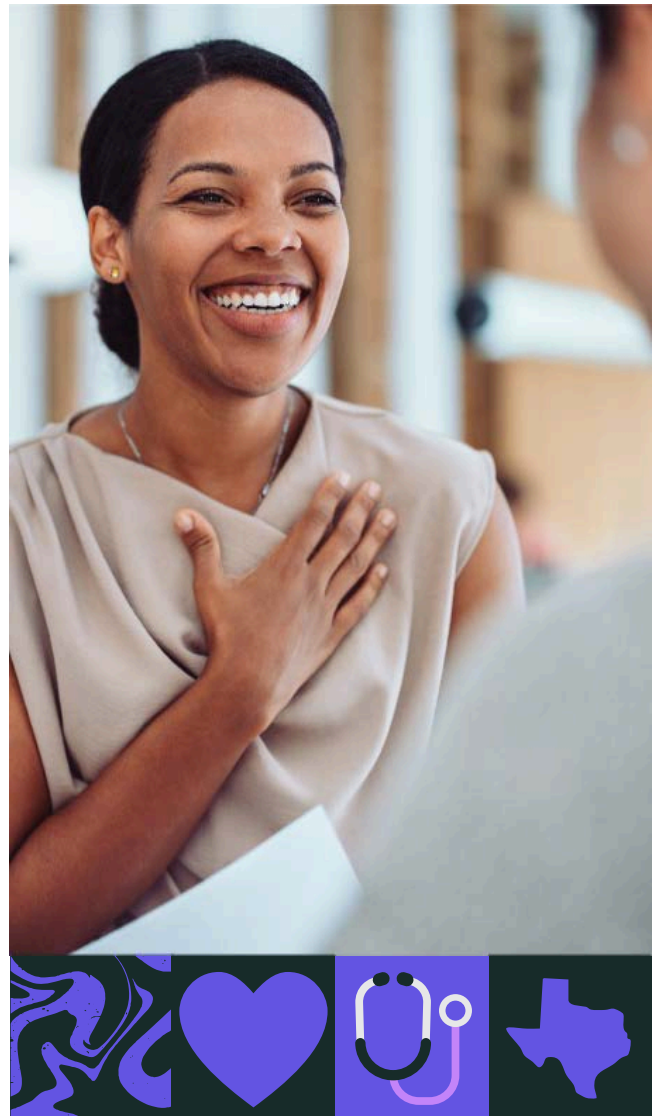
- Llame a Aetna las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **833-657-2111**
- Inicia sesión en **ResourcesForLiving.com**
nombre de usuario: Harris County
contraseña: EAP

La ayuda no solo está en camino — ya está aquí.

¿Se siente estresado? ¿Tiene algo en mente? La asesoría puede ayudarlo con cualquier tema que necesite abordar, incluyendo:

- Desarrollar habilidades de afrontamiento
- Conectar con recursos
- Estrés/ansiedad
- Depresión
- Cuestiones personales y laborales
- Duelo y pérdida
- Equilibrio entre el trabajo y la vida personal
- Toma de decisiones
- Incorporar el autocuidado a cada día

Su consejero dedicado del condado de Harris ofrece horarios de citas flexibles y opciones de reuniones, como virtuales y en persona. También pueden ayudarlo a explorar los beneficios de bienestar emocional y los recursos comunitarios.



Haga una cita con un consejero dedicado del condado de Harris. Es gratis y confidencial.

Escanee el código QR para programar una cita.

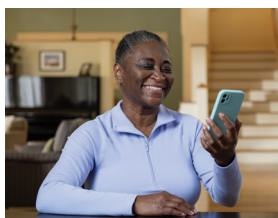


¡NUEVO!

Hinge Health Programa de cuidado de la espalda y las articulaciones

Mejore su movilidad con terapia de ejercicio virtual.

Empieza en minutos con Hinge Health



Cuéntanos sobre tu dolor

Esto permite que nuestro equipo clínico te apruebe para nuestro programa. Tarda unos 10 minutos, y puedes hacerlo desde tu teléfono.



Muéstranos cómo te mueves

Le pediremos que haga algunos estiramientos y ejercicios suaves en nuestra aplicación para que podamos ver cómo se mueve con dolor. Tarda menos de 5 minutos.



Obtenga su programa personalizado

Inicie su programa en nuestra aplicación. Sus sesiones de terapia de ejercicios duran solo de 10 a 15 minutos. Simplemente hágalos 2 o 3 veces por semana para aliviar el dolor.

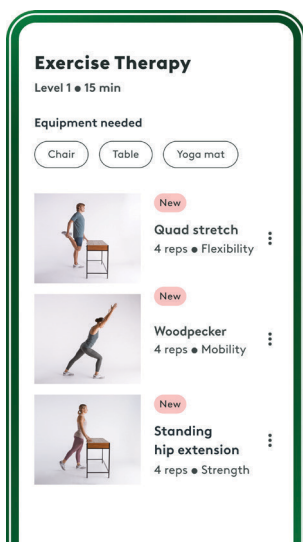
¡\$0 sin costo para ti!



“

Hinge Health es una de las mejores herramientas que he encontrado para abordar mis problemas... Es como si tuvieras un entrenador en la habitación contigo.”

- Chris
Miembro de Hinge Health



Escanee hoy para inscribirse en su beneficio
hinge.health/harriscountytexas-careplan

Utilice la cámara predeterminada de su dispositivo para escanear el código QR, no una aplicación de terceros. Si se le dirige a un sitio que no sea la URL mencionada anteriormente, no continúe.

Hinge Health está disponible en español

Alivia los dolores articulares y musculares y previene las lesiones con tus beneficios de salud gratuitos. Únete ahora.

Los miembros y dependientes de 18 años en adelante inscritos en un plan médico de Aetna® a través de Harris County son elegibles.

Aetna se ha asociado con Hinge Health para proporcionar servicios que están incluidos en el Programa de cuidado de la espalda y las articulaciones de Aetna. Este programa no reemplaza la fisioterapia formal en el consultorio antes de la cirugía. 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).

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.

Planes de jubilación

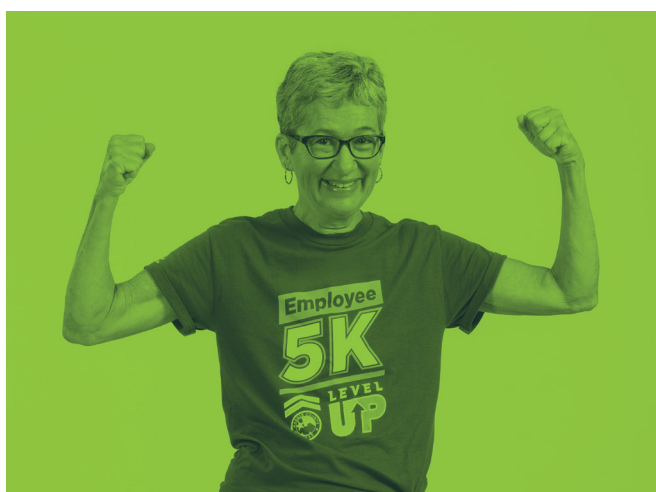
El condado de Harris lo ayuda a prepararse para su futuro de dos maneras:

- Al inscribirlo automáticamente en un plan de beneficios definidos con 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
- Designar a su beneficiario
- Calcule su beneficio de jubilación
- Y mucho 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.

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.

CIFRAS CLAVE PARA 2026

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

Otras formas de obtener tiempo de servicio

El Programa de Jubilación Proporcional le permite utilizar crédito de servicio de cualquiera de los sistemas que se indican 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 del TCDRS

Usted es elegible para un beneficio de jubilación con TCDRS cuando cumple 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 la edad)
- Su edad más sus años de servicio suman 75 (también llamada regla del 75)
- Jubilación por discapacidad

Para información sobre los beneficios de salud para jubilados del Condado de Harris, comuníquese con Benefits & Wellness. ➡

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 contribuyes a un Roth 457, pagas impuestos sobre la parte de tu salario que se destina al plan; sin embargo, los retiros de las contribuciones y ganancias pueden estar libres de impuestos durante la jubilación si se cumplen ciertas condiciones. Si lo deseas, incluso puedes dividir tus aportaciones entre contribuciones tradicionales antes de impuestos y contribuciones 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, Corebridge Financial o Voya). Comuníquese con cualquiera de ellos para recibir orientación e información adicional. Por favor, complete el Formulario 777 del Auditor con la ayuda del representante de cuenta de su 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 de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), a través de BlueCross BlueShield of Texas, a los empleados elegibles sin costo alguno. Este beneficio ayuda a proteger a su familia en caso de fallecimiento o lesión accidental.

- Los empleados tienen 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 para la cobertura opcional 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 o de visión.**
 - Todo seguro de vida para dependientes finaliza cuando el empleado se jubila.

Si fallece mientras está asegurado por un seguro de vida, o si sufre un accidente mientras está asegurado por un seguro de AD&D y el accidente resulta en una pérdida, BlueCross BlueShield of Texas pagará los beneficios conforme a los términos de la Póliza Colectiva una vez recibida la prueba de pérdida. La cobertura de dependientes termina cuando se les retira del plan o si el empleado fallece.

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.

Ingresos imputados: Cualquier seguro de vida antes de impuestos proporcionado bajo los planes del condado que exceda 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.

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 un beneficio máximo de \$50,000 o no más del 50 % del beneficio de vida opcional del empleado. Puede inscribir a su hijo o hijos cubiertos en los seguros de vida y AD&D opcionales hasta un beneficio máximo de \$20,000.

Nota: Para inscribir a sus dependientes en el seguro de vida y AD&D opcional, usted también debe inscribirse en el seguro de vida y AD&D opcional.

Se le pedirá que complete un formulario de Evidencia de asegurabilidad (EOI) para inscribir a su cónyuge en esta cobertura; los niños serán aprobados automáticamente. BlueCross BlueShield of Texas le enviará por correo electrónico el formulario y las instrucciones a principios de 2026.

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

Exención de prima

Según los términos de su póliza de Seguro de Vida Colectivo, 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 para la 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 los 65 años, tiene la opción de convertir parte o la totalidad de 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 el número de póliza de grupo F019139 al completar los formularios.

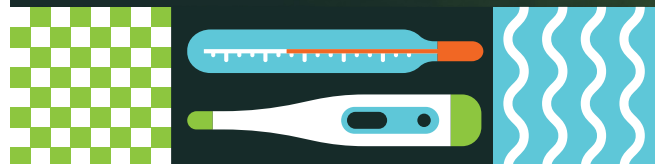
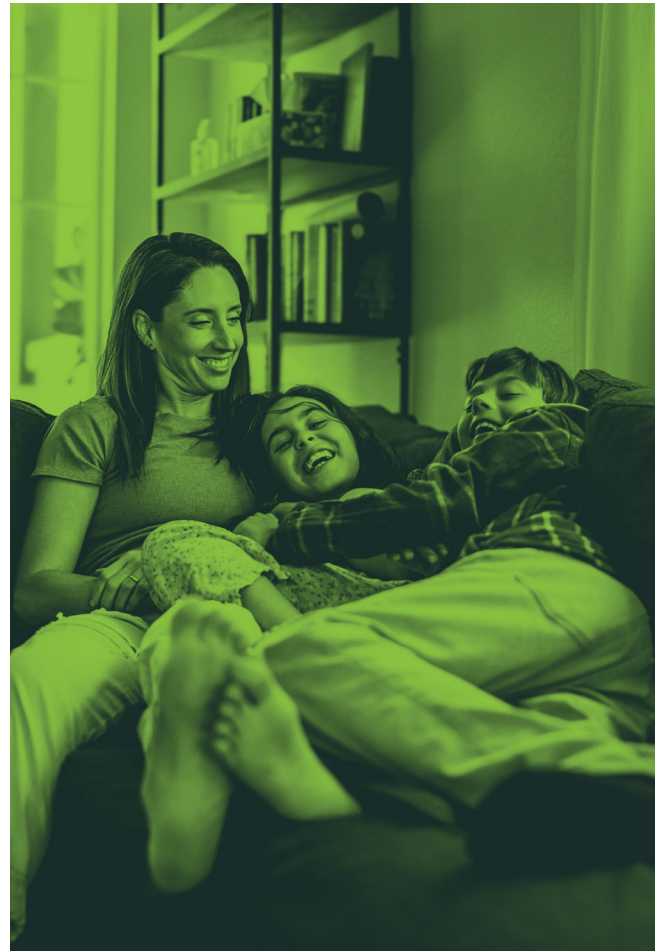
TARIFAS OPCIONALES DE SEGURO DE VIDA Y AD&D PARA HIJOS CUBIERTOS

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 función de su edad y/o salario al momento de la inscripción.

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



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. Tenga en cuenta que el condado de Harris no ofrece cobertura por discapacidad a corto plazo.

La cobertura básica de LTD se le proporciona sin costo alguno. También tiene la opción de adquirir 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.

Al elegir el LTD opcional (plan de compra) durante la inscripción abierta, BlueCross BlueShield of Texas le enviará por correo electrónico un formulario de Prueba de Asegurabilidad (EOI). Debe devolvérselo directamente a ellos para su procesamiento. Ellos determinarán si usted está aprobado o no para este nivel adicional de cobertura. Para los nuevos empleados, no se necesita EOI.

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 debido a una lesión o enfermedad
- Los beneficios pueden continuar hasta por 24 meses

LTD opcional

- Puede comprar esta opción para aumentar su beneficio
- Paga el 60 % de sus ganancias 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 debido a una lesión o enfermedad
- Los beneficios pueden continuar para los empleados hasta los siguientes períodos máximos de tiempo:
 - Menor de 62 años: hasta los 65 años o 42 meses, el que sea mayor
 - Edad 62: 42 meses
 - Edad 63: 36 meses
 - Edad 64: 30 meses
 - Edad de 65 años o más: 24 meses

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 la página siguiente para conocer la definición de salario.)

Ejemplo de costo: Salario anual de \$50,000.

$\$50,000 \div 12 \text{ meses} = \$4,166.67$ ingresos mensuales

$\$4,166.67 \text{ (ingresos mensuales)} \div 100 \text{ (base de tarifa)} \times \$0.239 \text{ (tarifa)} = \9.96 por mes

Hoja de cálculo

Su costo mensual:

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

Su beneficio por discapacidad a largo plazo puede disminuir si usted o sus familiares inmediatos reciben o son elegibles para recibir ingresos deducibles según se define en la Póliza grupal. Ejemplos de ingresos deducibles incluyen pago por enfermedad, Social Security, Workers' Compensation y beneficios del TCDRS.

Preguntas frecuentes sobre Incapacidad a largo plazo

¿Necesita hacer una reclamación por LTD?

Llame a BCBS directamente al **877-442-4207** o acceda a **bcbstx.com/ancillary** y presente su reclamo de discapacidad por internet. Utilice la política grupal n.º F019139 cuando llene los formularios.

¿Cuándo se requiere evidencia médica de asegurabilidad?

Se requiere evidencia satisfactoria de asegurabilidad para cualquier empleado que no se inscribió en el plan de 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 para sobrevivientes
- Incentivo laboral
- Incentivo de rehabilitación con guardería
- Modificación del lugar de trabajo

Definiciones

Incapacidad total

Incapacidad total significa que durante los primeros 24 meses consecutivos de pagos de beneficios debido a enfermedad o lesión, usted está continuamente incapacitado para desempeñar las funciones materiales y sustanciales de su ocupación habitual; y sus ingresos por discapacidad, si los hay, son menores al 20 % de sus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad.

Después de que se haya pagado el beneficio mensual por incapacidad a largo plazo durante 24 meses consecutivos, la incapacidad total significa que, debido a una enfermedad o lesión, usted está continuamente incapacitado para participar en cualquier ocupación remunerada; y sus ingresos por incapacidad, si los hay, son menos del 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 que el beneficio mensual de LTD se haya pagado durante 24 meses consecutivos, la discapacidad parcial significa que, debido a una enfermedad o lesión, usted es incapaz de realizar de forma continua todas las funciones sustanciales de cualquier ocupación remunerada; y sus ingresos por discapacidad, si los hay, están entre el 20 % y el 80 % de sus ingresos mensuales indexados previos a la discapacidad.

Salario

Las ganancias mensuales significan su salario mensual base, pago de incentivo y pago por antigüedad calculados antes del Período de inscripción anual más reciente según lo informado a BlueCross BlueShield of Texas por su empleador, redondeado al siguiente múltiplo más alto de \$1,000 si aún no es un múltiplo de este, dividido por 12. Las ganancias incluyen:

- Contribuciones realizadas a través de un acuerdo de reducción salarial con su empleador a un acuerdo de compensación diferida conforme a la Sección 457 del Código de Rentas Internas (IRC)
- Montos aportados a sus prestaciones marginales de acuerdo con 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.

Avisos legales

Documentos del plan

El Resumen de Cobertura de Beneficios (SBC), proporcionado por separado de la Guía de Beneficios, resume las características clave de nuestros planes médicos, incluyendo beneficios cubiertos, costos compartidos, limitaciones de cobertura y 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.

Puede obtener una descripción detallada de las disposiciones de cobertura, como el Resumen de Cobertura de Beneficios (SBC) y el Glosario de Términos —ambos disponibles en inglés y español—, y/o el Documento Resumido del Plan (SPD) de Human Resources and Talent (HRT), Benefits & Wellness division. También están disponibles en el sitio web de Benefits & Wellness 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 sobre las 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.

Para preguntas o si necesita información que no encontró en esta guía, utilice la lista de contactos en la página 47 para obtener respuestas. ➡

Este Aviso tiene como propósito informarle cómo usaremos o divulgaremos su PHI, sus derechos de privacidad con respecto a la PHI, nuestras obligaciones respecto a su PHI, su derecho a presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), y cómo contactar 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 completar una evaluación voluntaria de riesgos para la salud o HRA, que consiste en una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas afecciones médicas (p. ej., 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 2027. Aunque no está obligado a llevar a cabo acciones específicas, solo los empleados que lo hagan recibirán los incentivos.

Si no puede participar en alguna de las actividades relacionadas con la salud o alcanzar alguno de los resultados de salud requeridos para obtener un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o a un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con 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 Harris County pueden utilizar información agregada que recopilan para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Harris County Employee Wellness nunca divulgará ninguna de 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.

Su información de salud no será vendida, intercambiada, transferida ni divulgada de ninguna otra manera excepto en la medida permitida por 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 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 se lo podrá discriminar 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 Harris County Human Resources and Talent 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 vuelve elegible debido a una discapacidad. Para ser elegible para el seguro médico para jubilados del Condado de Harris, los jubilados elegibles para Medicare y sus cónyuges elegibles para Medicare deben inscribirse en las Partes A y B de Medicare. Los beneficios médicos pasan a ser secundarios a Medicare.

Planes PPO Básico y Plus de Aetna:

Coordina los beneficios con las partes A y B de Medicare. Dado que Medicare es el seguro principal, debe pagar primero los beneficios antes de que el plan PPO básico o plus pague los beneficios. El plan pagará beneficios como si Medicare Parte B fuera la primera en pagar, aunque usted no esté inscrito en Medicare Parte B. Esto causará una brecha en su cobertura si no se inscribe en Medicare Parte B como jubilado.

Plan Humana Medicare Advantage PPO y de medicamentos recetados:

Un plan Medicare Advantage paga en lugar de Medicare. El plan Humana Medicare Advantage cubre todo lo que cubre Original Medicare más beneficios adicionales personalizados por el condado de Harris, además de medicamentos recetados. Es necesario inscribirse en las Partes A y B de Medicare para ser elegible.

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. Debe comunicarse con la Administración del Seguro Social al 800-772-1213 si tiene alguna pregunta sobre la coordinación de beneficios entre el Plan Médico del Condado de Harris y Medicare.

Parte D

Los empleados, jubilados y cónyuges cubiertos del Harris County que sean elegibles para Medicare 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 los planes médicos del condado de Harris administrados a través de Aetna (Base/Plus PPO) y Humana (Medicare Advantage) brindan cobertura integral de medicamentos recetados.



Formulario 1095-C

Las reglas de informes de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) de 2010 ya no requieren que el empleador (Harris County) envíe automáticamente el formulario 1095-C a los empleados y jubilados elegibles para el seguro médico. El formulario correspondiente al año fiscal 2025 está disponible al iniciar sesión en el autoservicio para empleados (ESS) de STARS y también a solicitud en Beneficios y bienestar.

Comuníquese con Benefits & Wellness al benefits@harriscountytexas.gov o al **713-274-5500** para obtener ayuda.

Contactos

Recursos Humanos y Talento

Beneficios y bienestar

713-274-5500

benefits@harriscountyttx.gov

benefitsathctx.com

Número gratuito fuera del área

866-474-7475

Atención médica, recetas, programa de asistencia al empleado

Servicios para miembros de Aetna

800-228-6481

aetna.com

Representantes dedicados

713-274-5500

Plan ACO de KelseyCare

713-442-7747

kelsey-seybold.com/harris-county

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

harriscountywellbeing.livehealthyignite.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

Cuentas de gastos flexibles

Servicios para miembros de Inspira

844-729-3539

inspirafinancial.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

Condado y distrito de Texas

Sistema de jubilación (TCDRS)

800-823-7782

tcdrs.org

Clínica de salud y bienestar para empleados

por Kelsey-Seybold Clinic

713-442-9355

myKelseyOnline.com

Centro de acondicionamiento físico para empleados

713-274-5429

fitness@harriscountyttx.gov



Autoservicio para los empleados

Servicio de asistencia: 713-274-4444

stars-hr.hctx.net

Usted sirve al Condado de Harris.

Así, desde el seguro médico hasta los programas de bienestar y la jubilación, sus beneficios de Harris County están aquí para servirle.



1111 Fannin St., 6° piso, Houston, TX 77002

Teléfono: 713-274-5500

Correo electrónico: benefits@harriscountytexas.gov

Línea gratuita: 866-474-7475

Fax: 713-274-5501

Sitio web: benefitsathctx.com