PARA EMPLEADOS
2027

Guía de prestaciones

Su guía para comprender, seleccionar y utilizar las prestaciones disponibles para usted y su familia.





Prestaciones
construidas a su alrededor

CONSULTA FÁCIL

Novedades en 2027 03

Compare sus opciones de planes médicos 04

Requisitos de elegibilidad e inscripción 14

Servicios adicionales e información sobre el programa 20

Apoyar su bienestar 32

Guía de prestaciones financieras 38

Avisos legales 44

Contactos 47

Novedade en 2027

Sus prestaciones se mantienen sólidas

Para el año 2027, sus primas de empleado y sus planes de prestaciones básicas no sufrirán cambios. Seguirá teniendo acceso a las mismas opciones de planes médicos y a la misma cobertura de prestaciones que tiene hoy en día, sin ningún aumento en sus primas de empleado.

NUEVOS PROGRAMAS. MÁS APOYO.

Si bien sus prestaciones básicas se mantienen sin cambios, el condado de Harris incorporará dos programas en 2027 para brindar apoyo adicional y ayudar a los miembros a aprovechar al máximo sus prestaciones de salud.

PrudentMed
Apoyo para medicamentos especializados

PrudentMed brinda apoyo adicional a los miembros que toman ciertos medicamentos especializados administrados por un proveedor. El programa ayuda a los miembros elegibles a acceder a la asistencia del fabricante para el copago, lo cual puede reducir significativamente (y en algunos casos eliminar) gastos de bolsillo por medicamentos especializados cubiertos.

Zerigo
Tratamiento de afecciones cutáneas en el hogar

Zerigo ofrece una fototerapia cómoda y en el hogar para los miembros elegibles que padecen ciertas afecciones cutáneas crónicas, incluidas la psoriasis y el eccema. El programa combina un dispositivo de tratamiento portátil con apoyo personalizado, lo que permite a los miembros recibir un tratamiento guiado clínicamente desde su hogar.

LO QUE NO CAMBIA

Para el año 2027, el condado de Harris mantendrá sus prestaciones actuales:

- No habrá aumento en las primas de los empleados.
- No habrá cambios en los deducibles, copagos ni coseguros de los planes médicos.
- Las mismas opciones de planes médicos Básico, Plus y ACO de KelseyCare.
- Acceso continuo a los programas de salud y bienestar de los que dispone actualmente hoy mismo.

Las mismas prestaciones. Las mismas primas de empleado.

Aún más apoyo en 2027.



Encuentre detalles sobre estas y todas sus prestaciones a lo largo de esta guía.

COMPARE

sus opciones de planes médicos

Una vez que haya revisado las opciones de planes y tomado su decisión, siga los pasos que se indican en la página 16 para inscribirse

El condado de Harris ofrece tres opciones de planes médicos: **PPO Básico, PPO Plus y el plan ACO de KelseyCare.** Tanto el plan PPO Básico como el Plus le ofrecen la misma red de Aetna, incluidas prestaciones fuera de la red. Una ACO, u Organización de Atención Responsable, es un grupo de médicos, centros de salud y otros profesionales de la salud que trabajan juntos para garantizar que su atención esté coordinada.

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

Utilice la descripción general que se presenta en 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 Básico está diseñado para mantener bajos sus costos mensuales mediante deducibles y límites máximos de gastos de bolsillo más altos. Usted pagará más por los servicios que utilice, pero pagará las primas más bajas.

Plus PPO Plan

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

El plan ACO de KelseyCare

El plan ACO de KelseyCare le ofrece las mismas condiciones de gastos de bolsillo que nuestro Plan Plus —sin deducibles y con copagos más bajos— a las primas del Plan Básico. Solo puede acudir a proveedores de la red. Sin embargo, sigue teniendo acceso a la amplia red de Aetna para necesidades de atención urgente y de emergencia.

TÉRMINOS ADICIONALES QUE DEBE CONOCER



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

Coseguro - el monto que usted paga, como porcentaje del costo de sus servicios cubiertos, una vez que haya alcanzado el deducible y hasta que alcance el límite máximo de gastos de bolsillo del plan.

Copago - el monto fijo en dólares que pagará por un servicio de atención médica.

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

Dependiente - persona que tiene derecho a recibir cobertura bajo el seguro médico del titular de la póliza.

Máximo de gastos de bolsillo - el monto máximo que pagará por año calendario por gastos médicos cubiertos dentro de la red, incluidos los medicamentos recetados. Una vez que se alcanza este límite, el plan paga el 100% de los gastos elegibles durante el resto del año calendario.

Prima - el monto que usted paga por el seguro. En la mayoría de los casos, el condado de Harris paga la totalidad o una parte de la prima.

RESUMEN DE LOS PLANES

Los planes van más allá de la cobertura médica e incluyen seguros oftalmológicos, dentales, de vida y por incapacidad a largo plazo (LTD). Utilice esta página para comparar sus opciones al momento de tomar su decisión.

Su costo (primas quincenales)

	ACO de KelseyCare	PPO BÁSICO	PPO PLUS
Usted solo	$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	Solo dentro de la red	Dentro y fuera de la red	Dentro y fuera de la red
Deducible	Ninguno	$600 Individual $1,800 Familiar	Ninguno
Máximo de gastos de bolsillo	$6,350 Individual $12,700 Familiar	$7,350 Individual $14,700 Familiar	$6,350 Individual $12,700 Familiar
Costo por consulta	$	$$	$
Programas de bienestar	✔	✔	✔
Vista y dental	✔	✔	✔
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 el empleado	Hasta el 50% de sus ingresos mensuales, con un máximo de $5,000	Hasta el 50% de sus ingresos mensuales, con un máximo de $5,000	Hasta el 50% de sus ingresos mensuales, con un máximo de $5,000

RESUMEN DE LOS SERVICIOS DEL PLAN

Use este resumen de servicios y costos para comparar a fondo los planes ACO de KelseyCare, PPO Básico y PPO Plus. En el resumen, "Usted paga" se refiere al monto de los gastos elegibles que le corresponde cubrir. Tenga en cuenta que no se trata de una lista exhaustiva de servicios, limitaciones ni exclusiones. Acceda a **aetna.com** para consultar más servicios cubiertos y estimar sus gastos de bolsillo y las disposiciones adicionales.

	ACO de KelseyCare	PPO BÁSICO		PPO PLUS	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual Individual Familiar	Ninguno	$600 $1,800	$1,000 $3,000	Ninguno	$1,000 $3,000
Máximo de gastos de bolsillo Individual 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 EN CONSULTORIO			**USTED PAGA**		
Servicios preventivos*	$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 sin cita CVS Minute Clinic Otra clínica sin cita	$25 N/A	$0 $30	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible	$0 $25	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Consulta de atención primaria (telesalud y consulta en consultorio)	$15	$20	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible	$15	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Consulta con especialista (telesalud y consulta en 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			**USTED PAGA**		
Servicio de ambulancia	$0	$300	$300	$0	$0
Sala de emergencias Si lo internan, se exime el copago. Usted sigue siendo responsable de los servicios de hospitalización.	$300	$300	$300	$300	$300

RESUMEN DE LOS SERVICIOS DEL PLAN *(cont.)*

	ACO de KelseyCare	PPO BÁSICO		PPO PLUS	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
HOSPITALIZACIÓN	USTED PAGA				
Servicios hospitalarios Se requiere precertificación y revisión de estancia continuada para todas las hospitalizaciones.	$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
OUTPATIENT CARE	USTED PAGA				
Servicios del centro médico	$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 y laboratorio de diagnóstico	$0	$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible	$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Mastografía 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 cubierto	$0	Not covered
Estudios de imagen complejos Resonancia magnética, tomografía computarizada, PET, etc. Requiere precertificación.	$0	10% de coseguro una vez alcanzado el deducible $0 (proveedor de máximo ahorro)	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible	$100 $0 (proveedor de máximo ahorro)	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Rehabilitación/terapia Física, terapia del lenguaje y ocupacional. Limitada a 60 consultas por año calendario.	$20 por consulta	25 dólares por visita	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible	$20 por consulta	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Servicios básicos de infertilidad Solo diagnóstico y tratamiento	Pagadero como cualquier otro gasto; 50% de coseguro para la inseminación; se excluyen los medicamentos para la fertilidad	Pagadero como cualquier otro gasto; 50% de coseguro una vez alcanzado el deducible para la inseminación; se excluyen los medicamentos para la fertilidad	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible; se excluyen los medicamentos para la fertilidad	Pagadero como cualquier otro gasto; 50% de coseguro para la inseminación; se excluyen los medicamentos para la fertilidad	50% coinsurance after deductible is met; fertility drugs excluded

	ACO de KelseyCare	PPO BÁSICO		PPO PLUS	
	DENTRO DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
MATERNIDAD			**USTED PAGA**		
Primera consulta en consultorio (copago de especialista)	$30	$40	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible	$30	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Consultas posteriores	$0	$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible	$0	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Parto en hospital Costo compartido/ copago por separado para mamá 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			**USTED PAGA**		
Acupuntura	$0 por hasta 10 consultas por año calendario	$0 por hasta 10 consultas por año calendario	$0 por hasta 10 consultas por año calendario	$0 por hasta 10 consultas por año calendario	$0 por hasta 10 consultas por año calendario
Tratamiento de alergias Incluye suero, inyecciones y medicamentos inyectables.	$0 por hasta 150 dosis por año calendario	$0 por hasta 150 dosis por año calendario	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible	$0 por hasta 150 dosis por año calendario	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Atención quiropráctica	$0 por hasta 10 consultas por año calendario	$0 por hasta 10 consultas por año calendario	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible	$0 por hasta 10 consultas por año calendario	50% de coseguro una vez alcanzado el deducible
Material 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
Auxiliares auditivos 1 par cada 36 meses	20% de coseguro; sin deducible	20% de coseguro; sin deducible	20% de coseguro; sin deducible	20% de coseguro; sin deducible	20% de coseguro; sin deducible
Atención médica a domicilio 100 consultas 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% coinsurance	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 preventivos: de conformidad con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), incluye la atención, los estudios de detección y las vacunas estándar que corresponden a cada edad. Consulte la descripción resumida del plan para obtener información más detallada sobre los servicios preventivos cubiertos.

KelseyCare aetna

ACO de KelseyCare

Elija el plan ACO de KelseyCare para obtener cobertura completa, fácil acceso, gran comodidad y atención de la más alta calidad.

El **plan ACO de KelseyCare** le ofrece una excelente cobertura y prestaciones, además de atención personalizada y coordinada por 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 una referencia. Puede consultar a cualquier médico o especialista de Kelsey-Seybold en cualquier centro sin necesidad de una referencia. Hay más de 40 centros de Kelsey-Seybold en el área metropolitana de Houston y sus alrededores, incluida la Clínica de salud y bienestar para empleados del condado de Harris, ubicada en el centro de Houston, por lo que podrá encontrar fácilmente uno cerca de su hogar o de su trabajo.

Obtenga atención de calidad.

- **En Kelsey-Seybold, todos sus médicos y el equipo de atención médica están conectados a través de su expediente médico electrónico.** Al tener todo, desde atención primaria y consultas con especialistas hasta análisis de laboratorio y estudios de imagen bajo un mismo techo, recibir atención es más fácil y conveniente.
- **Puede acudir a 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.
- **Reciba atención en cualquier momento y en cualquier lugar.** Puede realizar consultas por video (ya sea a pedido o programadas) y las consultas electrónicas virtuales están disponibles en cualquier momento, de día o de noche, durante todo el año.
- **Su asistente personal de KelseyCare** le brinda ayuda personalizada con cualquier duda que tenga sobre los servicios que necesita y otros temas.

ATENCIÓN CUANDO Y DONDE LA NECESITE



Médicos que se preocupan por usted
Los médicos de Kelsey-Seybold cuentan con experiencia en más de 65 especialidades médicas. Nuestro equipo de profesionales de la salud, caracterizado por su diversidad cultural, habla más de 35 idiomas diferentes.



Todo en un solo lugar
Descubra lo cómodo que es tener atención primaria y especializada, laboratorios en el mismo centro, servicios de diagnóstico y mucho más, todo en un mismo lugar.



Línea de enfermería fuera del horario de atención
Los enfermeros titulados de Kelsey-Seybold le dan respuestas y tranquilidad para ayudarle a conseguir la atención que necesita fuera del horario hábil, así como los fines de semana y días feriados. Llame al 713-442-0000.



Citas los sábados
Los sábados hay citas para atención médica por enfermedad común disponibles en determinados centros de Kelsey-Seybold de 9 a. m. a 2 p. m. El horario puede variar según la ubicación. Visite kelsey-seybold.com para obtener detalles específicos.



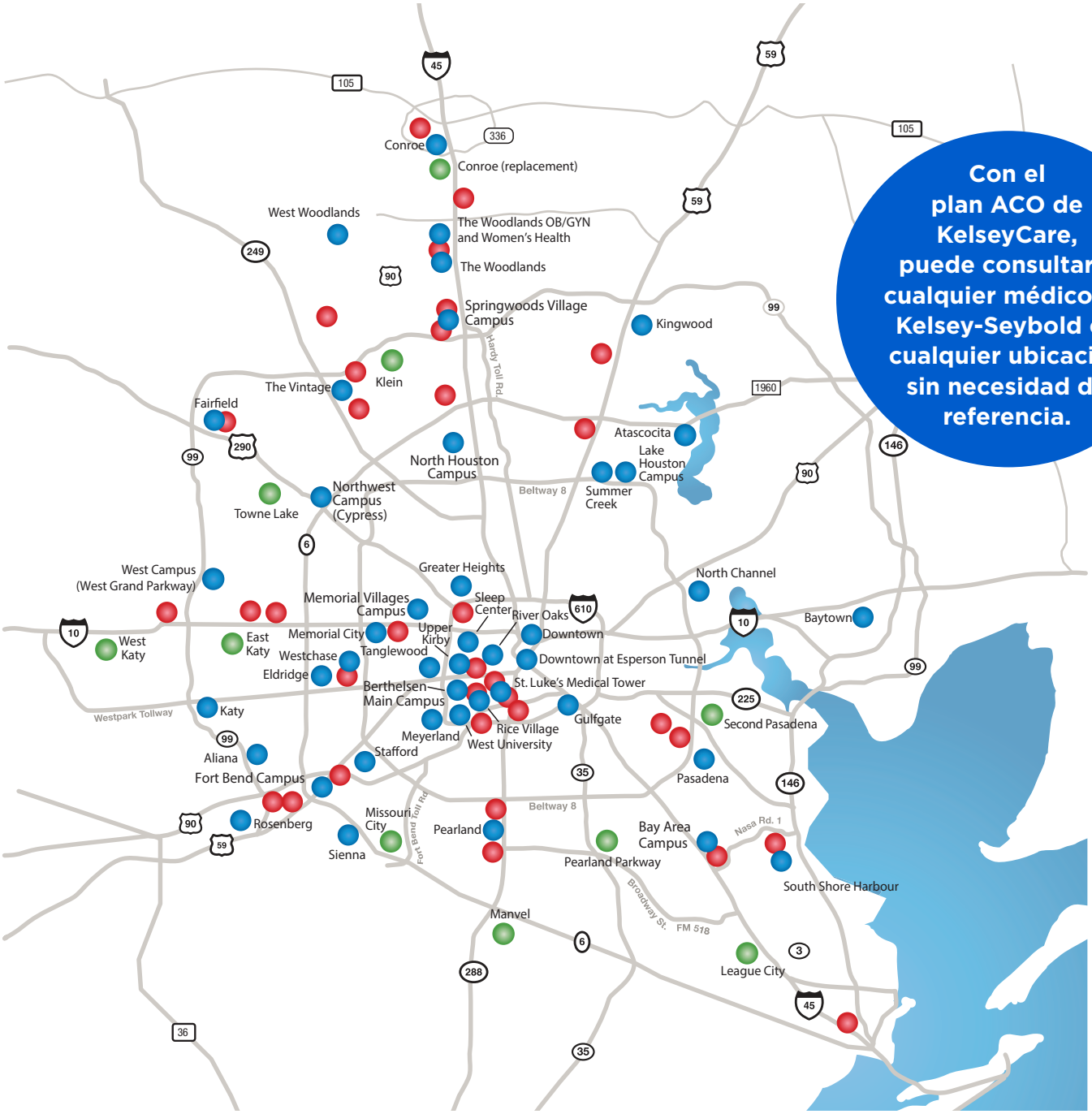
Centros de atención de urgencias a nivel nacional
Si necesita atención de urgencia, tiene acceso a los centros de atención de urgencias de Aetna dentro de la red en todo el país.

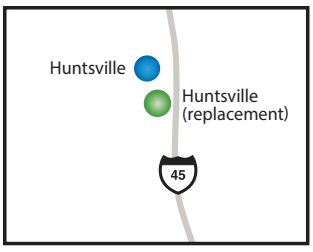


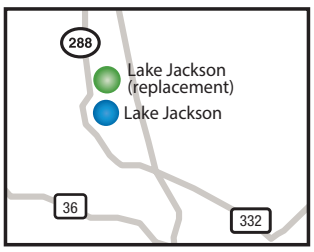
Atención virtual los 365 días del año
Elija VideoVisitNow (a demanda), programe una videoconsulta o inicie una consulta electrónica en línea. La atención virtual está disponible con los proveedores de Kelsey-Seybold de día o de noche, los 365 días del año.

Ubicaciones de Kelsey-Seybold (2025 a más de 2028) y hospitales afiliados

Con el plan ACO de KelseyCare, puede consultar a cualquier médico de Kelsey-Seybold en cualquier ubicación sin necesidad de referencia.







Map Legend

- Current Locations
- Future Locations 2026 - 2028+
- Affiliated Hospitals

Respuestas a las 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 atención altamente personalizada y coordinada, además de una experiencia de atención médica más simplificada. El enfoque se centra en mantenerlo sano. Sus médicos de Kelsey-Seybold le ofrecen programas de control de enfermedades como la diabetes, la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC/asma). La Clínica Kelsey-Seybold es reconocida a nivel nacional por brindar atención médica de alta calidad.

P. ¿Debo presentar un formato de reclamación? ¿Qué documentación necesito?

R. Con el plan ACO de KelseyCare, su experiencia de atención médica se simplifica. No hay que llenar formatos de reclamación ni adjuntar documentos. No necesita una referencia para consultar a un especialista de Kelsey-Seybold. Pagará un copago predecible por las citas con sus proveedores.

P. ¿Recibiré una tarjeta de seguro?

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

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

R. Visite kelsey-seybold.com/bios para buscar un médico por ubicación, especialidad, género, idiomas que habla y otros criterios. También puede buscar por el apellido del médico y ver y reservar la próxima cita disponible con proveedores de atención primaria y muchos especialistas. Para obtener asistencia personalizada para encontrar un médico en un lugar que le resulte conveniente, llame a la línea de ayuda al paciente de Kelsey-Seybold al 713-442-1233.



Escanee este código para obtener respuestas a más preguntas frecuentes.

PRIMAS QUINCENALES

El condado de Harris sigue pagando una parte importante del costo de su cobertura de atención médica. Las primas que se muestran a continuación corresponden a la cobertura médica, de medicamentos recetados, dental, de la vista, de vida básico y de incapacidad a largo plazo básico. Las primas se calculan sobre 26 periodos de pago y entrarán en vigor a partir del cheque del 15 de enero de 2027.

PPO BÁSICO

USTED PAGA			EL CONDADO DE HARRIS PAGA		TOTAL
$0	Usted solo	+	$542.50	=	$542.50
$109.03	Usted + hijo(s)	+	$797.46	=	$906.49
$121.15	Usted + cónyuge	+	$825.75	=	$946.90
$193.84	Usted + familia	+	$993.70	=	$1,187.54

PPO PLUS

USTED PAGA			EL CONDADO DE HARRIS PAGA		TOTAL
$36.35	Usted solo	+	$700.78	=	$737.13
$181.72	Usted + hijo(s)	+	$1,046.10	=	$1,227.82
$218.07	Usted + cónyuge	+	$1,127.61	=	$1,345.68
$290.77	Usted + familia	+	$1,308.90	=	$1,599.67

ACO de KelseyCare

USTED PAGA			EL CONDADO DE HARRIS PAGA		TOTAL
$0	Usted solo	+	$542.50	=	$542.50
$109.03	Usted + hijo(s)	+	$797.46	=	$906.49
$121.15	Usted + cónyuge	+	$825.75	=	$946.90
$193.84	Usted + familia	+	$993.70	=	$1,187.54

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

Detalles sobre otros servicios:

23 Salud de la mujer

24 Medicamentos recetados

26 Visión

28 Odontología

Requisitos de elegibilidad *e inscripción*

Cómo proceder una vez que haya seleccionado el plan que mejor se adapte a sus necesidades.

Requisitos de elegibilidad para el plan de salud

A menos que se indique lo contrario, usted y sus dependientes tienen derecho a las prestaciones descritas en esta guía siempre y cuando reúnan los requisitos para recibir prestaciones y sean jefes de departamento, empleados con puesto fijo o funcionarios electos o designados en el condado de Harris.

Requisitos de elegibilidad de los dependientes

Todos los dependientes cubiertos se inscriben en el mismo plan que el empleado. Se requiere documentación para acreditar la elegibilidad de cada uno de sus dependientes.

Los documentos enviados a la Oficina de prestaciones en un idioma extranjero deben ir acompañados de una traducción certificada al inglés. El condado de Harris está obligado por ley a proporcionar cobertura de salud a los niños identificados en las Notificaciones Nacionales de Manutención Médica.[2]

Planea jubilarse este año?

Los dependientes deben haber estado cubiertos durante un año calendario completo antes de su jubilación para que el condado contribuya con el pago de sus primas. Usted 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 EXIGIDA	DETALLES DE ELEGIBILIDAD
Cónyuge	• Copia del acta de matrimonio registrada o del certificado de matrimonio informal. • Los documentos redactados en un idioma extranjero deben ir acompañados de una traducción certificada al inglés.	• La cobertura termina el último día del periodo de pago si el empleado fallece.
Hijo biológico	• Acta de nacimiento u otro documento judicial que identifique al empleado como padre o madre del menor. • Se puede presentar una Verificación de los datos de nacimiento o un registro de nacimiento hasta los 5 años de edad. Se requiere un certificado de nacimiento para los hijos de 5 años o más.	• La cobertura está disponible hasta los 26 años. La cobertura finaliza el último día del periodo de pago en el que el dependiente cumple 26 años. • La cobertura termina el último día del periodo de pago si el empleado fallece.
Hijo adoptivo	• Copia certificada de la orden judicial o de los documentos que colocan al menor en el hogar del empleado.	• La cobertura está disponible hasta los 26 años. La cobertura finaliza el último día del periodo de pago en el que el dependiente cumple 26 años. • La cobertura termina el último día del periodo de pago si el empleado fallece.
Hijastro	• Acta de nacimiento u otro documento judicial que identifique al cónyuge del empleado como padre o madre del menor. • Copia del acta de matrimonio registrada del empleado y del padre o madre del menor.	• La cobertura está disponible hasta los 26 años. La cobertura finaliza el último día del periodo de pago en el que el dependiente cumple 26 años. • La cobertura termina el último día del periodo de pago si el empleado fallece.
Nietos	• Formato de Certificación de Dependencia Económica (solicítelo por correo electrónico a benefits@harriscountytx.gov o llame al 713-274-5500). • Acta de nacimiento del nieto. • Acta de nacimiento de la madre o el padre del nieto para acreditar el parentesco con el empleado.	• El nieto debe estar emparentado con el empleado por nacimiento o adopción. • No puede ser nieto político del empleado. • El nieto debe declararse como dependiente en la declaración federal de impuestos del empleado cada año para permanecer en el plan. • Las auditorías de nietos se realizan cada mes de junio. • La cobertura está disponible hasta los 26 años. La cobertura finaliza el último día del periodo de pago en el que el dependiente cumple 26 años. • La cobertura termina el último día del periodo de pago si el empleado fallece.
Hijo en acogida	• Convenio de colocación en acogida entre el empleado y el Departamento de Servicios Familiares y de Protección de Texas o su subcontratista.	• La cobertura está disponible hasta los 18 años. La cobertura finaliza el último día del periodo de pago en el que el dependiente cumple 18 años. • La cobertura termina el último día del periodo de pago si el empleado fallece.
Custodia legal o tutela	• Documentos judiciales firmados por un juez que otorguen al empleado la custodia legal permanente o la tutela legal permanente. Las órdenes temporales serán rechazadas.	• La cobertura está disponible hasta los 18 años. La cobertura finaliza el último día del periodo de pago en el que el dependiente cumple 18 años. • La cobertura termina el último día del periodo de pago si el empleado fallece.
Hijos con discapacidad de 26 años o más	• Comuníquese con Prestaciones y bienestar para obtener los formatos que usted y el médico deberán llenar y devolver a Aetna. Aetna le comunicará a usted y al condado de Harris la resolución de su solicitud de continuación de la cobertura.	• Son elegibles los hijos dependientes que la Administración del Seguro Social determine que tienen una incapacidad total. • Incluye a los hijos con discapacidad del empleado o del cónyuge del empleado que hayan quedado discapacitados antes de cumplir los 26 años y hayan estado cubiertos de manera continua. • La cobertura termina el último día del periodo de pago si el empleado fallece.

El hecho de no dar de baja a los dependientes tras un divorcio formalizado por un tribunal puede considerarse fraude de seguro y dar lugar a que se remita el caso a la oficina del fiscal de distrito para su investigación. Cualquier empleado que cometa fraude de seguro estará obligado a reembolsar al condado de Harris los gastos relacionados con las reclamaciones.

[1]Se define a un empleado de puesto fijo como "un empleado contratado por tiempo indefinido y al que se le asigna regularmente un horario de trabajo de al menos 32 horas por semana". Para obtener más información, consulte la Sección 9 de las Políticas y procedimientos de personal del condado de Harris y del Distrito de Control de Inundaciones del condado de Harris.

[2]Al recibir un Aviso de Manutención Médica del Procurador General de Texas o del tribunal competente, o al recibir cualquier mandato legal similar de un tribunal o una dependencia con jurisdicción sobre el condado, el condado debe acatar dicha directiva, con sujeción a los términos de nuestros planes. Estas directivas no pueden revocarse salvo mediante documentación revisada recibida de la dependencia correspondiente que deje sin efecto cualquier directiva anterior. No se emitirán reembolsos.

Inscríbase hoy mismo en el autoservicio para empleados **de STARS: stars-hr.hctx.net**

Inscripción y *cuándo inscribirse*

Una vez que haya seleccionado el plan que más le convenga, inicie el proceso de inscripción accediendo al autoservicio para empleados de STARS → Detalles de las prestaciones.

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

1. AL SER CONTRATADO

Las prestaciones comienzan el primer día del periodo de pago siguiente a 45 días de empleo continuo como empleado de puesto fijo, a menos que una política del condado vigente en ese momento especifique un periodo diferente. Si ya cuenta con cobertura como dependiente en el plan de salud del condado de Harris a través de uno de sus padres o de su cónyuge, dicha cobertura cesará cuando entre en vigor su propia cobertura. No puede renunciar a su propia cobertura para permanecer en el plan de sus padres o de su cónyuge. Si no realiza una elección, su cobertura se asignará de manera predeterminada al plan ACO de KelseyCare y no podrá cambiarse a otro plan hasta el periodo de inscripción abierta.

2. DURANTE EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Este es un momento ideal para revisar sus prestaciones y realizar las actualizaciones necesarias. Puede modificar sus opciones de prestaciones, agregar o eliminar dependientes, contratar o cancelar un seguro de vida opcional o un seguro por incapacidad a largo plazo opcional, e inscribirse o darse de baja de una cuenta de gastos flexibles.

- Para el año de plan 2027, el periodo de inscripción abierta es del 19 al 30 de octubre de 2026. Visite el sitio de STARS (stars-hr.hctx.net), acceda a su portal de autoservicio para empleados y luego entre en Detalles de prestaciones para comenzar. Si va a agregar dependientes, tenga a la mano la documentación necesaria para cargarla.
- Los dependientes que se agreguen durante la inscripción abierta tendrán cobertura a partir del 26 de diciembre de 2026.
- Los dependientes que se den de baja durante la inscripción abierta tendrán cobertura hasta el 25 de diciembre de 2026.
- Si no hace ningún cambio, sus prestaciones actuales se mantendrán igual. Si realiza cambios en el plan y en las prestaciones opcionales durante la inscripción abierta, entrarán en vigor el 1 de enero de 2027.

Todos los empleados con puesto fijo deben inscribirse en el plan de salud del condado de Harris. Aquellos que pueden renunciar voluntariamente a la cobertura son:

- Militares jubilados que actualmente cuentan con cobertura de TRICARE.
- Los nuevos empleados cubiertos por Medicare.
- El empleado debe ser el titular de la póliza de TRICARE o de Medicare, y no un dependiente cubierto.
- Solicite el formato de renuncia voluntaria comunicándose con el departamento de Prestaciones y bienestar en **benefits@harriscountytx.gov o al 713-274-5500**. Este formato debe completarse en cada ciclo de inscripción abierta para continuar renunciando a sus prestaciones.
- En el caso de los nuevos empleados, este formato debe recibirse antes que sus prestaciones entren en vigor. De lo contrario, su próxima oportunidad para renunciar a ellos será durante el periodo de inscripción abierta.

Si es un empleado recién contratado o acaba de cumplir con los requisitos (incluidos cónyuges e hijos) para el Seguro de Vida Temporal Opcional, puede optar por una cobertura de hasta el monto de emisión garantizada, sin necesidad de presentar una prueba de asegurabilidad (EOI). El monto de emisión garantizada se le indicará en STARS.

Si es la primera vez que se inscribe en el seguro opcional por incapacidad a largo plazo, BlueCross BlueShield of Texas le proporcionará una solicitud de Evidencia de Asegurabilidad (EOI) cuando entre en vigor el nuevo año del plan. Deberá completar esta solicitud y enviarla directamente a BlueCross BlueShield of Texas, quien determinará si es elegible o no para este programa. Si es un empleado recién contratado y es la primera vez que se inscribe, no se requiere la EOI.

3. DESPUÉS DE UN EVENTO VITAL CALIFICADO

La vida da giros inesperados, y su plan de prestaciones tiene la flexibilidad necesaria para adaptarse a su situación. Cuando experimente un evento vital calificado, acceda al autoservicio para empleados de STARS >> Detalles de las prestaciones para presentar su solicitud de cambio dentro del mismo año calendario en que ocurra el evento, a menos que se indique lo contrario. Tenga en cuenta que solo se puede acceder a STARS desde la red del condado de Harris.

Los siguientes son eventos vitales calificados que le permiten realizar cambios en sus prestaciones:

- Matrimonio
- Divorcio: debe presentar los cambios en un plazo de 60 días para evitar la pérdida de los derechos de COBRA
- Nacimiento
- Adopción o acogida de un niño
- Fallecimiento
- El cónyuge o las personas a su cargo obtienen o pierden la cobertura a través del empleo u otra aseguradora
- Cambio significativo en las condiciones financieras de las prestaciones de salud proporcionadas a través del empleador del cónyuge u otra aseguradora
- Baja sin goce de sueldo tomada por el empleado o su cónyuge
- Cambio de proveedor de servicios de cuidado diurno para un dependiente o 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 de Salud Infantil (SCHIP), pero sin obtener las prestaciones del SCHIP
- Cambio en la cobertura del cónyuge o de un dependiente debido a que residen fuera del país.

Los dependientes se incorporarán al plan al inicio del periodo de pago posterior a la aprobación del evento vital calificado. Se les dará de baja del plan al final del periodo de pago en el que se apruebe el evento vital calificado.

Cobertura para recién nacidos

Aetna brinda cobertura automática a los 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 siga cubierto más allá de los 31 días, debe agregarlo al plan. Si lo agrega después de los 31 días, la cobertura no será retroactiva a la fecha de nacimiento y usted será responsable de las reclamaciones médicas generadas durante el periodo sin cobertura.



Sus prestaciones, *a su manera*



Administre su atención médica desde casa o donde sea que se encuentre.

MANTÉNGASE AL TANTO DE SUS PRESTACIONES

- Revise sus prestaciones y lo que está cubierto
- Lleve el control de sus gastos
- Consulte y pague reclamaciones en su sitio web para miembros
- Consulte su tarjeta de identificación en línea
- Conozca los costos antes de recibir atención[1]

CONÉCTESE A LA ATENCIÓN MÉDICA

- Encuentre proveedores dentro de la red, incluida la atención virtual
- Localice clínicas sin cita previa y centros de atención de urgencias cerca de usted
- Consulte las reseñas de los proveedores

¡Descargue hoy mismo la aplicación Aetna Health℠!

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

Descargue la aplicación Aetna Health℠:
Escanee el código QR o envíe un mensaje de texto con la palabra "AETNA" al 90156 para recibir un enlace de descarga. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.[2]

[1] Los costos estimados no están disponibles en todos los mercados ni para todos los servicios. Le proporcionamos una estimación del monto que debería pagar por un servicio específico, según su plan en ese preciso momento. No se trata de una garantía. Los costos reales pueden diferir de la estimación por diversas razones, entre ellas los tiempos de tramitación de reclamaciones para otros servicios, la incorporación o salida de proveedores de nuestra red o cambios en su plan. Los miembros de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) solo pueden obtener costos estimados para servicios médicos y de centros ambulatorios.

[2] Términos y condiciones: Aet.na/Terms. Política de privacidad: Aetna.com/legal-notices/privacy.html. Al enviar un mensaje de texto al 90156, usted da su consentimiento para recibir un mensaje de texto automatizado de marketing único de Aetna®con un enlace para descargar la aplicación Aetna Health℠. No se requiere su consentimiento para descargar la aplicación. También puede descargarla accediendo a la App Store® de Apple®o a Google Play®.

Aetna es el nombre de marca que se utiliza para los productos y servicios ofrecidos por una o más empresas del grupo Aetna, entre los que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna). Apple® es una marca comercial de Apple Inc., registrada en los Estados Unidos y en otros países. App Store es una marca de servicio de Apple Inc.

Google Play es una marca comercial de Google LLC.

Comprender el concepto *dentro de la re* frente a *fuera de la red*

Tanto si elige los planes médicos PPO Básico como Plus, la cobertura se brinda a través de la red Aetna Choice POS II (Acceso Abierto). Se trata de una amplia red de proveedores y centros que abarca casi todos los servicios médicos que pueda necesitar.

Sin embargo, una gran ventaja de su plan de salud es que no está limitado a los proveedores de la red. Siempre tiene la opción de decidir cuándo, dónde y cómo recibir atención médica. Por lo tanto, si prefiere elegir un médico de atención primaria (PCP) u otro proveedor que no forme parte de la red, siempre tendrá esa libertad. Tenga en cuenta que, si recurre a un proveedor o centro fuera de la red, deberá pagar la diferencia entre el monto cubierto y el monto cobrado por el proveedor o centro.

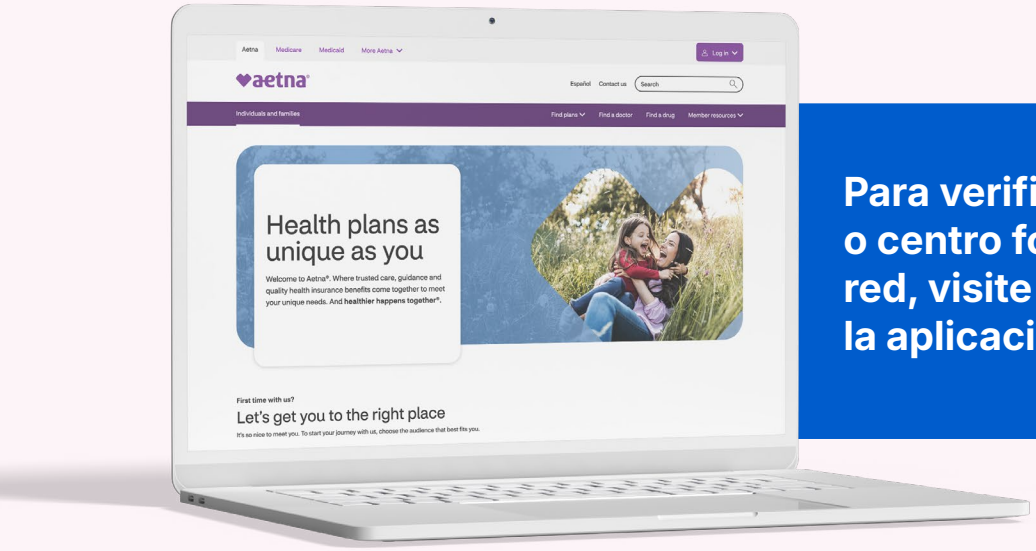
¡SOLO DENTRO DE LA RED!

Cirugía bariátrica y diálisis

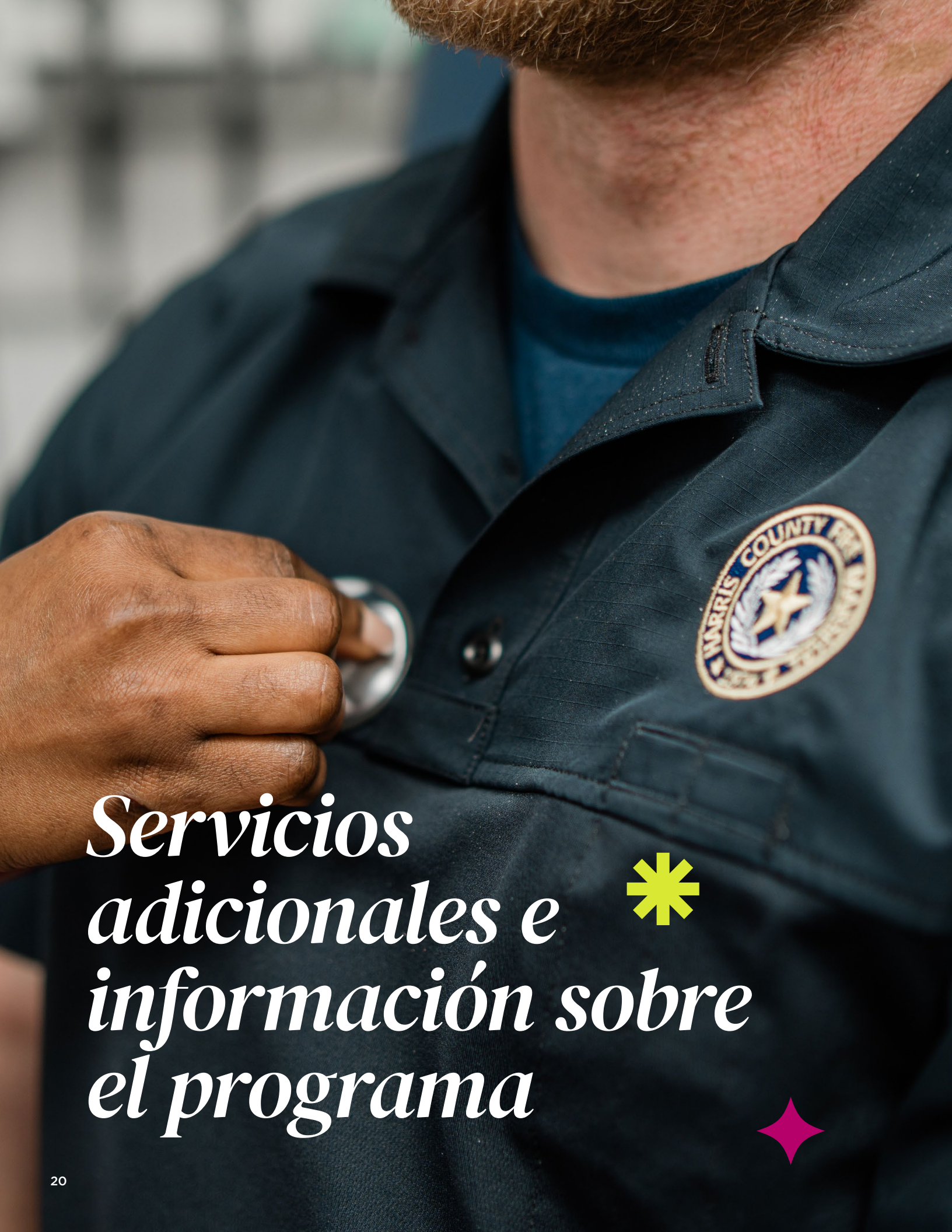
Para estos servicios, usted deberá hacerse cargo del costo total si recurre a un proveedor o centro fuera de la red.

SU MEJOR OFERTA

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



Para verificar si un proveedor o centro forma parte de la red, visite aetna.com o utilice la aplicación Aetna Health℠.



Servicios adicionales e información sobre el programa

Resonancia *magnética, tomografía computarizada* o *tomografía por emisión de positrones*

LO QUE NECESITA SABER

Cuando su médico prescribe una prueba de diagnóstico por imagen de alta tecnología — como una resonancia magnética, una tomografía computarizada o una tomografía por emisión de positrones— para usted o un familiar, la situación puede parecer abrumadora. Pero no tiene por qué serlo.

Para ayudarle a comprender el proceso, a continuación le detallamos los pasos a seguir. El objetivo es garantizar que reciba el examen o 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 autorización previa para el procedimiento
2) Elegir un centro
3) Programar el procedimiento

PASO 1: OBTENER LA APROBACIÓN PREVIA

Para asegurarse que el procedimiento que se le ha indicado sea el adecuado para sus necesidades específicas (y que esté cubierto por su plan médico), primero debe ser preaprobado por Aetna. Este proceso se denomina “precertificación”.

El proceso de precertificación incluye:

- La confirmación de la elegibilidad del miembro y la disponibilidad de las prestaciones.
- Una evaluación de la necesidad médica.
- La identificación de los miembros para la planeación previa al alta y la identificación y derivación de los miembros a programas especializados.
- La determinación de la cobertura y la comunicación de las decisiones de cobertura a los profesionales de la salud que lo atienden, a los miembros o a los representantes autorizados por los miembros.

Si su médico forma parte de la red de Aetna, él se encargará de este proceso de autorización previa por usted. No necesita hacer nada más. El consultorio de su médico se comunicará con usted una vez que se apruebe el procedimiento. O bien, le ofrecerá otra recomendación si no se aprueba. También debería recibir una carta de Aetna por correo.

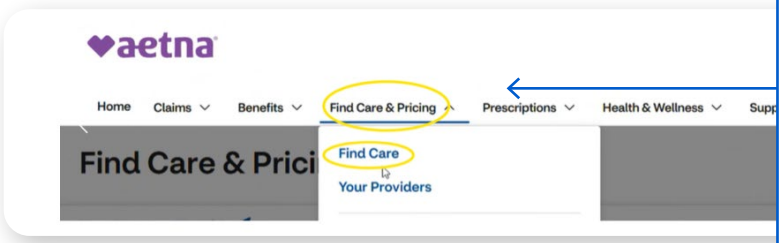
La revisión de su procedimiento puede tardar hasta cinco días hábiles, dependiendo de si se requiere más información.

¿Qué es eviCore?

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

PASO 2: ELIJA UN CENTRO MÉDICO

El lugar donde se realice su procedimiento de imágenes de alta tecnología puede influir considerablemente en el costo, lo que incluye la cantidad que tendrá que pagar de su propio bolsillo. Puede consultar las opciones dentro de la red utilizando la herramienta de búsqueda de proveedores en Aetna.com. Recibir atención dentro de la red de su plan siempre le resultará más económico.

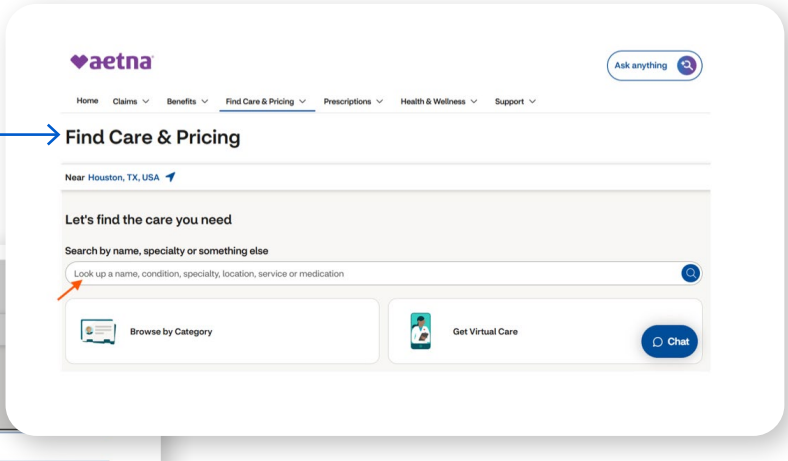


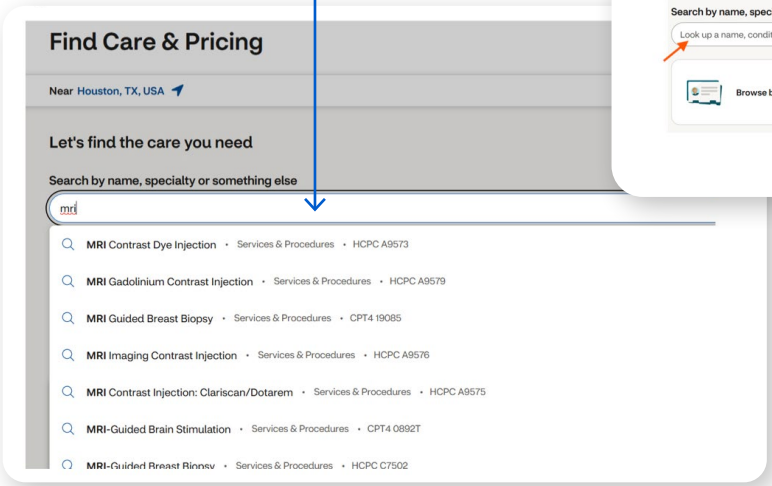
“Buscar atención Médica” en el menú desplegable.

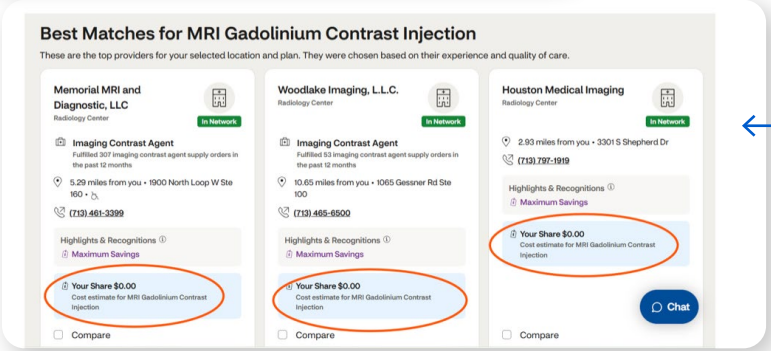
Visite Aetna.com y acceda. Si aún no lo ha hecho, deberá configurar su nombre de usuario y contraseña.

Pase el cursor sobre “**Buscar atención médica y precio**s” en la parte superior de su página de inicio y, a continuación, seleccione “Buscar asistencia” en el menú desplegable.

En la barra de búsqueda, ingrese el procedimiento que necesite, como una resonancia magnética, y, a continuación, seleccione dicho procedimiento de la lista desplegable.







Sin sorpresas

También puede desplazarse hacia abajo y aparecerán otros proveedores con el costo estimado de la parte que le corresponde.

PASO 3: PROGRAME SU PROCEDIMIENTO

¡Eso es todo! Ya está listo para programar su cita. El centro le pedirá su número de precertificación de Aetna, y también necesitará la receta u orden médica.

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

Aetna es la marca utilizada para los productos y servicios prestados por una o más empresas del grupo Aetna, incluidas Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

Salud de la mujer *Programas y apoyo*

ATENCIÓN DISEÑADA A SU MEDIDA

Cada etapa de la vida conlleva sus propias necesidades de atención médica. Afortunadamente, existen programas y proveedores disponibles para ayudarle a prepararse y a manejar sus necesidades de salud específicas.

Inscríbase en el Programa de Maternidad Mejorado de Aetna™

Se aproximan cambios interesantes gracias al Programa de Maternidad Mejorado de Aetna. Está incluido en su plan de Aetna, y puede contar con nosotros para apoyarle a lo largo de todo su embarazo. Tenga la seguridad que recibirá apoyo y recursos sin ningún 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

Tiene derecho a un extractor de leche cubierto al 100% a través de un proveedor de material médico duradero de la red. Para calificar para la cobertura, debe contar con una de las siguientes solicitudes:

- Solicitud con diagnóstico de embarazo.
- Solicitud por parto.
- Solicitud relacionada con la lactancia.

Los proveedores de material médico duradero pueden exigir una receta al solicitar su extractor de leche. Llame a Aetna al 800-228-6481 para obtener una lista de proveedores nacionales de material médico duradero.

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

Apoyo para la perimenopausia y la menopausia

Gennev

Gennev es la única clínica virtual de menopausia dirigida por ginecobstetras certificados y nutriólogos dietistas registrados que está disponible en los 50 estados. Tendrá acceso a:

- Citas cómodas de telesalud con ginecobstetras capacitados en menopausia en menos de una semana.
- Recetas para terapias basadas en evidencia.
- Apoyo en estilo de vida y comportamiento para la nutrición, el peso, el sueño, el estado de ánimo y la atención plena.

Disponible para los miembros de los planes PPO Básico y PPO Plus. El costo es el copago por visita a un especialista ($40 en el plan Básico/$30 en el plan Plus) por consulta. **Comience hoy mismo en gennev.com.**

CVS Minute Clinic

Ningún tema debe ser tabú cuando se trata de la salud de la mujer. Desde apoyo para la menopausia hasta métodos anticonceptivos, pasando por asesoramiento en salud mental y cuidados durante la menstruación, ofrecemos atención de calidad en persona y a través de MinuteClinic Virtual Care™ los siete días de la semana.

Disponible para los miembros de los planes ACO de KelseyCare, PPO Básico y PPO Plus. El costo es su copago de clínica sin cita previa ($0 para Básico/ PPO Plus y $25 para ACO de KelseyCare)



¡RECIBA ATENCIÓN PRESENCIAL O VIRTUAL HOY MISMO!

Para obtener más información, encontrar ubicaciones y programar una consulta, 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 brinda Aetna. Aetna tiene un programa de medicamentos recetados de 4 niveles que divide los medicamentos cubiertos en niveles o escalas de cobertura y costo. Por lo general, cuanto más alto es el nivel, mayor es el costo del medicamento.

LOS COSTOS DE SUS MEDICAMENTOS RECETADOS		
	FARMACIA MINORISTA	**ENTREGA A DOMICILIO/ MINORISTA DE 90 DÍAS**
Nivel 1: genéricos	25% mínimo $5/máximo $50	25% mínimo $10 /máximo $100
Nivel 2: marcas preferentes	30% mínimo $50/máximo$300	30% mínimo $50 /máximo $300
Nivel 3: marcas no preferentes	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 CALCULE SU COSTO

Los medicamentos pueden reclasificarse en diferentes niveles, por lo que, tanto si tiene una receta nueva como si toma un medicamento de forma habitual, es recomendable determinar si su medicamento está cubierto y en qué nivel. También puede calcular sus costos por adelantado si compra en una farmacia de la red o a través del servicio de farmacia por correo CVS Caremark® de Aetna.



Para saber si su medicamento está cubierto: Descargue el Plan Estándar de Aetna y la Lista de Medicamentos Genéricos Preventivos en **benefitsathctx.com**.

Para encontrar una farmacia dentro de la red y calcular el costo de su medicamento: acceda (o regístrese) a **aetna.com** o utilice la aplicación para celular Aetna Health℠.

¿Tiene alguna pregunta? Hable con un representante de Aetna en el **800-228-6481.**

MEDICAMENTOS RECETADOS: *términos clave que debe conocer*

Medicamentos genéricos preventivos sin costo

Los medicamentos preventivos se utilizan para prevenir afecciones como la presión arterial alta, el colesterol alto, la diabetes, el asma, la osteoporosis, el ataque cardíaco, el accidente cerebrovascular y la deficiencia de nutrientes prenatales. El condado de Harris y Aetna cubren ciertos medicamentos genéricos preventivos al 100%, es decir, sin costo alguno ($0) para usted.

Renovaciones de recetas para 90 días

Puede surtir su medicamento de mantenimiento en una farmacia minorista con un suministro de 90 días o de 30 días. Aetna ofrece una red de farmacias minoristas que le brinda más opciones para surtir sus recetas de 90 días. Algunas de las principales farmacias son CVS, Walmart, H-E-B y Kroger. Acceda a aetna.com o utilice la aplicación para celular Aetna Health℠ para comparar precios y encontrar una farmacia minorista participante cercana.

Autorización previa

Según su plan, ciertos medicamentos requieren la aprobación previa de Aetna para que estén cubiertos. Estos medicamentos tienen una (PA) junto a ellos en su lista de medicamentos y solo serán cubiertos por su plan si su médico solicita y recibe la aprobación de Aetna. Los tipos de medicamentos que suelen requerir aprobación son aquellos que:

- Pueden ser peligrosos cuando se combinan con otros medicamentos.
- Cuentan con alternativas disponibles de menor costo y la misma eficacia.
- Solo deben utilizarse para determinadas afecciones de salud.
- A menudo se utilizan de manera incorrecta o se abusa de ellas.

En el caso de los medicamentos, las autorizaciones previas suelen gestionarse a través del consultorio de su médico, que se comunicará directamente con Aetna. Aetna se pondrá en contacto con usted para informarle si su cobertura de medicamentos ha sido aprobada o rechazada, o si necesita más información.

DICAMENTOS 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 en exclusiva con PrudentRx en un programa que puede ayudarle a ahorrar dinero al surtir medicamentos especializados que cumplan con los requisitos.

Cómo funciona

Un asesor de miembros capacitado por PrudentRx podrá acompañarle mediante un proceso de atención cercana y proactiva para facilitar la inscripción y ayudarle a obtener la asistencia del fabricante no condicionada a la necesidad económica, cuando corresponda.* ¡Los miembros participantes deberán pagar $0 en los medicamentos especializados elegibles!

NUEVO PARA 2027 — PrudentMed®

PrudentMed® brinda apoyo adicional para ciertos medicamentos especializados que su proveedor de atención médica adquiera y le administre. PrudentRx ayudará a los miembros que reúnan los requisitos a inscribirse en los programas de asistencia para copagos de los fabricantes disponibles, lo que podría reducir su gasto de bolsillo a $0 para los medicamentos cubiertos por el programa.

Si su medicamento cumple con los requisitos, PrudentRx se pondrá en contacto con usted para brindarle información sobre la inscripción.

También puede llamar al 1-855-476-4118 para recibir ayuda.

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



Vista

Davis Vision ofrece una variedad de prestaciones de la vista a todos los miembros cubiertos por los planes médicos del condado de Harris.

Cobertura total: armazones en Visionworks

Como miembro de Davis Vision, tiene acceso a más de 750 tiendas Visionworks, que ofrecen el surtido de armazones en tienda más amplio de la industria. Con un promedio de 2,000 armazones por tienda, encontrará la forma, el estilo, el color y la marca adecuados para usted sin costo alguno de su bolsillo. Los miembros también reciben un 50% de descuento en pares adicionales de anteojos. (Los armazones Maui Jim están excluidos de esta prestación.)

Cobertura total: armazones de la Colección Exclusiva

La Colección Exclusiva se encuentra disponible en casi 9,000 establecimientos de proveedores independientes en todo el país. Estos armazones están a su disposición sin costo alguno para usted e incluyen opciones con valores de venta al público de hasta $195. Para encontrar un proveedor de la Colección Exclusiva cerca de usted, inicie sesión en la aplicación para celular o visite **davisvision.com/member**.

Cobertura total: lentes de contacto de la Colección Exclusiva

Disponible en los establecimientos de proveedores participantes, la Colección Exclusiva de lentes de contacto cuenta con muchas marcas populares y está totalmente cubierta, junto con la adaptación y el cuidado de seguimiento.

RESUMEN DE PRESTACIONES DE LA VISTA

Este es solo un resumen de las prestaciones. Para obtener una lista completa de los detalles de las prestaciones, consulte el Certificado de cobertura del condado de Harris o su Kit de bienvenida para miembros.

RESUMEN DE PRESTACIONES	
Servicios/Productos	**DENTRO DE LA RED**
Frecuencia de los servicios (exámenes/lentes/armazones)	Una vez por año calendario
Copagos (exámenes/lentes)	$10 / $25
Armazones • Asignación • Visionworks • The Exclusive Collection[1]	Asignación de $150 Armazones con cobertura total[2] Armazones con cobertura total
Opciones de lentes cubiertas	Lentes de plástico transparente, monofocales, bifocales con línea, trifocales o lenticulares. También se cubren el entintado, el tratamiento antirrayaduras y las lentes de policarbonato para niños.
Lentes de contacto (en lugar de anteojos) • Asignación • The Exclusive Collection[1]	Asignación de $150 Cobertura total de hasta: 4 cajas para reemplazo programado 8 cajas para lentes desechables
Cuota de adaptación de lentes de contacto • Estándar • Especializada • The Exclusive Collection[1]	15% de descuento[3] 15% de descuento[3] Cobertura total
LASIK	Asignación de por vida de $300

[1]La Colección Exclusiva está disponible en los establecimientos de los proveedores participantes y está sujeta a cambios.

[2]La prestación de armazones con cobertura total está disponible en todas las sucursales de Visionworks del país e incluye todos los armazones, salvo los de Maui Jim.

[3]Los descuentos adicionales no son aplicables en las tiendas de Walmart, Sam's Club o Costco.

PRESTACIONES FUERA DE LA RED

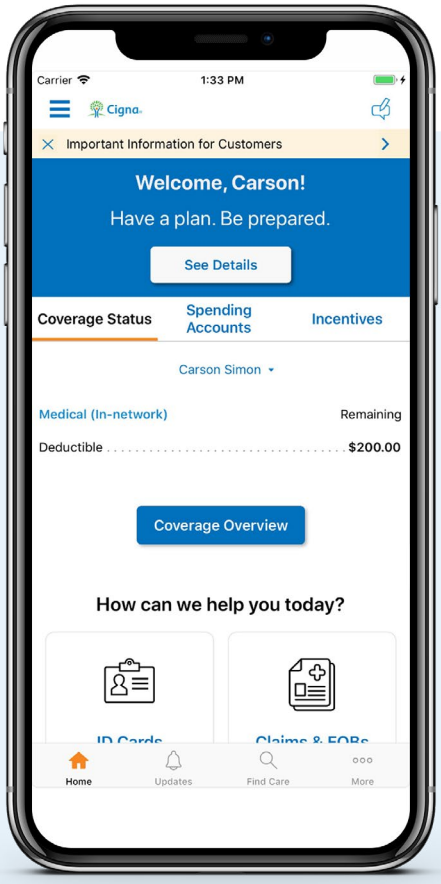
Aprovechará al máximo su prestación si usa un proveedor dentro de la red, pero tiene los reembolsos que se indican a su disposición si recibe servicios de un proveedor fuera de la red:

Examen de la vista:	**$35**
Armazones:	**$70**
Lentes monofocales:	**$25**
Lentes bifocales/progresivas:	**$40**
Lentes trifocales:	**$45**
Lentes lenticulares:	**$80**
Lentes de contacto electivas:	**$80**
Lentes de contacto requeridas por razones visuales:	**$150**

Dental

Cigna ofrece prestaciones dentales a todos los miembros cubiertos por el Plan Médico del condado de Harris.

- Puede elegir a cualquier dentista con licencia, aunque obtendrá los mayores ahorros si acude a un dentista de la red dental de Cigna. También puede consultar a un especialista sin necesidad de una referencia.
- El monto que paga su plan depende de:
  - El nivel de coseguro correspondiente al servicio que recibió.
  - El dentista que visite: dentro o fuera de la red.
  - Si ya ha pagado su deducible o ha alcanzado su límite máximo de prestaciones.
- Una vez que alcance el límite máximo anual de prestaciones del plan, este ya no cubrirá una parte de sus costos durante ese año calendario.
- Las tarjetas de identificación no se envían automáticamente por correo y deben solicitarse. Por motivos de seguridad, recibirá una tarjeta de identificación genérica en la que no figurará su información personal.



Comience a utilizar myCigna:

Para buscar un dentista dentro de la red, calcular el costo de la atención y más, utilice su cuenta de myCigna. Si aún no se ha registrado para obtener una cuenta en **myCigna.com**, siga estos pasos:

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

RESUMEN DE PRESTACIONES DENTALES

RESUMEN DE LA COBERTURA DENTAL	
Servicios/Productos	**DENTRO DE LA RED/FUERA DE LA RED**[1]
Deducible (año calendario) Individual Familiar	 $50 $150
Prestación máxima (año calendario) Se aplica a los gastos de las clases I, II, III, VII y IX	$1,750
ASPECTOS DESTACADOS DE LA PRESTACIÓN	**USTED PAGA**
Clase I: diagnóstico y prevención Evaluaciones bucales, limpiezas de rutina, radiografías (de rutina y fuera de rutina), aplicación de flúor, selladores (por diente), mantenedores de espacio (no ortodóncicos)	Sin costo Sin deducible
Clase II: restauración básica Atención de emergencia para aliviar el dolor, restauraciones (empastes), periodoncia (menor y mayor), cirugía bucal (menor y mayor), anestesia (general y sedación intravenosa), reparaciones (puentes, coronas, incrustaciones, dentaduras y rebases de dentaduras), rebases y ajustes	20% + deducible
Clase III: restauración mayor Incrustaciones inlay y onlay, prótesis sobre implante, coronas (prefabricadas de acero inoxidable/resina, de colado permanente y de porcelana), puentes y dentaduras	50% + deducible
Clase IV: ortodoncia Prestaciones de por vida: máximo de $1,500 (por miembro cubierto)	50% Sin deducible
Clase VII: endodoncia	20% + deducible
Clase IX: implantes	50% + deducible

Periodo de espera de 6 meses para los nuevos empleados y los dependientes recién cubiertos en los procedimientos de las Clases III, VII y IX.

[1]Los niveles de reembolso para los servicios dentro de la red se basan en las tarifas contratadas. Los niveles de reembolso para los servicios fuera de la red se basan en el cargo máximo permitido.



Programa de integración de salud bucal de Cigna

Se ofrece una cobertura dental mejorada para los miembros del plan que padezcan las siguientes afecciones médicas: diabetes, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, radioterapia para cáncer de cabeza y cuello, trasplante de órganos, enfermedad renal crónica y embarazo. Los miembros que reúnan los requisitos pueden obtener un reembolso del 100% de su coseguro para ciertos procedimientos dentales relacionados, además de prestaciones adicionales.

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

Cuentas de gastos flexibles

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) son cuentas especiales libres de impuestos diseñadas para ahorrarle dinero en gastos elegibles de atención médica y de cuidado diurno de dependientes. Mediante las FSA se aparta dinero de su cheque de pago, libre de impuestos, de modo que pagará menos impuestos y aumentará su ingreso disponible.

El condado de Harris le ofrece dos opciones de FSA:

- **Cuenta de gastos flexibles** — para atención médica (FSA): para gastos elegibles de atención médica, medicamentos recetados, atención dental y de la vista.
- **Cuenta de gastos flexibles (FSA)** — para cuidado diurno de dependientes: para gastos elegibles de cuidado diurno de dependientes, destinados al cuidado de un niño o adulto dependiente.

	FSA PARA ATENCIÓN MÉDICA	FSA PARA CUIDADO DIURNO DE DEPENDIENTES
Límites de aportación del IRS[1]	$3,400	$7,500 al año[2]
¿Cuál es su finalidad?	Pagar gastos de bolsillo elegibles de atención médica, medicamentos recetados, atención dental y de la vista. No puede usarse para las primas de atención médica.	Pagar el cuidado de su hijo (menor de 13 años, o hijo dependiente mayor con discapacidad física o mental) o de un dependiente adulto mientras usted está en el trabajo. **No es para los gastos de atención médica de su hijo o de sus dependientes adultos.**
¿De quién puedo pagar los gastos elegibles?	Para usted y cualquier dependiente elegible, incluso si no están cubiertos por el Plan Médico del condado de Harris. Consulte la Publicación 502 del IRS para obtener detalles específicos.	De los hijos y dependientes adultos elegibles declarados en su declaración federal de impuestos sobre la renta. Consulte la Publicación 503 del IRS para conocer los detalles.
¿Cuándo puedo usar mi FSA?	El monto total que elija aportar para el año podrá usarse en gastos elegibles a partir del 1 de enero de 2027.	Esta cuenta no se financia por adelantado. Solo el saldo actual de su cuenta está disponible para el reembolso de gastos elegibles.
¿Cuál es la fecha límite para generar los gastos y solicitar el reembolso?	El último día para recibir un servicio que califique es el 15 de marzo de 2028. El último día para presentar gastos para su reembolso es el 15 de junio de 2028.	
¿Puedo transferir los fondos no utilizados de mi FSA?	No. Los fondos que no se gasten antes del 15 de marzo de 2028 se perderán.	
¿Cómo solicito el reembolso?	La tarjeta de débito de la FSA de Inspira Financial puede usarse para pagar gastos elegibles en la mayoría de los consultorios, farmacias y hospitales. También puede presentar una reclamación para obtener el reembolso en inspirafinancial.com.	Puede presentar una reclamación para obtener el reembolso en inspirafinancial.com.
¿Tendré que conservar recibos, explicaciones de prestaciones (EOB) y facturas del proveedor?	Sí. Incluso si usa su Inspira Financial Card®, es posible que se le pida comprobar sus gastos.	Sí. Necesitará su documentación para solicitar el reembolso.
¿Puedo inscribirme o ajustar el monto de mi aportación a la FSA a mitad de año?	Sí. Si se le presenta un evento vital calificado durante el año del plan, puede ajustar el monto de su contribución o inscribirse en una cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica o cuidado diurno de dependientes. Consulte la página 17 para ver una lista de eventos vitales calificados.	

[1]El IRS establece el monto máximo de contribución tanto para la cuenta FSA de atención médica como para la de cuidado diurno de dependientes. El monto que se indica refleja la contribución máxima para el año calendario 2026.

[2]El límite de aportación para la cuenta FSA de cuidado diurno de dependientes puede variar según la remuneración. El valor que figura en esta tabla corresponde a personas solteras o casadas que presentan su declaración de impuestos de manera conjunta.

Las cuentas de gastos flexibles para el año del plan 2027 no se configurarán ni estarán disponibles para su uso hasta que reciba su primer pago del nuevo año del plan.

Planee, ahorre y pague

ADMINISTRE SUS CUENTAS A TRAVÉS DE INSPIRA FINANCIAL

Usted administrará sus cuentas de gastos flexibles a través de Inspira Financial, una empresa de Aetna. Acceda en **inspirafinancial.com.**

¿Puedo ahorrar tiempo si solicito que los reembolsos de mis reclamaciones se depositen directamente en mi cuenta bancaria?

Sí. Para recibir su dinero más rápido, vincule su cuenta bancaria en inspirafinancial.com. Las reclamaciones suelen procesarse dentro de las 72 horas hábiles siguientes a su recepción.

¿Cómo presento reclamaciones a Inspira Financial?

A partir del 1 de enero de 2027, puede presentar reclamaciones para reembolsarse los gastos de bolsillo elegibles. Tiene tres opciones para presentarlas:

1. En línea a través del sitio web para miembros de Inspira Financial
2. A través de la aplicación Inspira Mobile™
3. Llene un formato de reclamación en papel y envíelo por fax o correo directamente a Inspira Financial

¿Qué pasa si termino de trabajar en mi empleo o me jubilo?

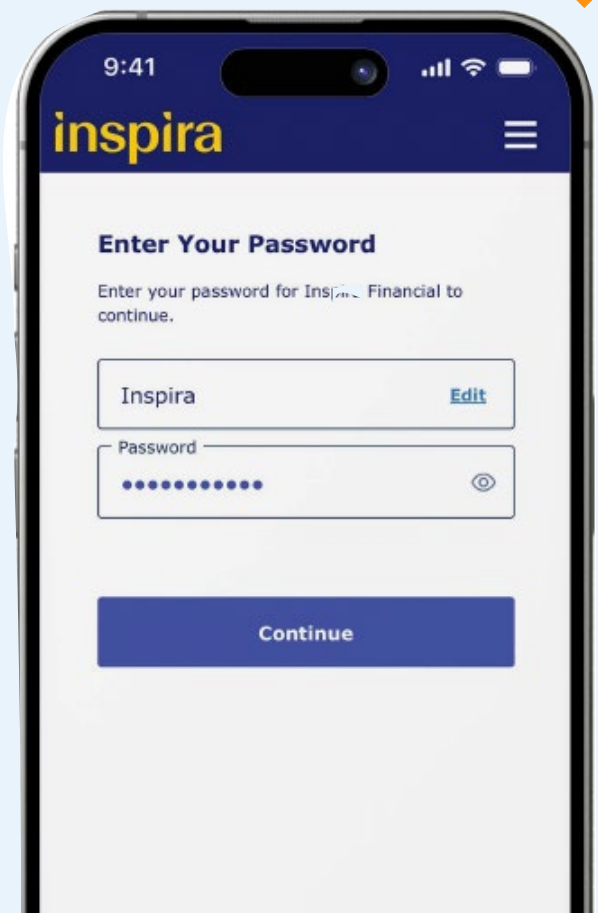
Su participación en cualquier programa de la FSA finalizará. Las aportaciones realizadas mientras era empleado en activo deberán gastarse antes que finalice su participación en el plan. Su participación en el plan finalizará en la fecha en que finalice su seguro de empleado en activo. Todas las reclamaciones incurridas mientras se encontraba en activo deberán presentarse antes del **15 de junio de 2028**.

MANTÉNGASE CONECTADO CON LA APLICACIÓN INSPIRA MOBILE™

No pase un día más 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, úselos para iniciar sesión en la aplicación.

Usted puede:

- Ver el saldo de su cuenta y administrar los fondos de la misma.
- Presentar reclamaciones para que se le reembolsen los gastos de bolsillo elegibles.
- Recibir alertas y notificaciones de su cuenta.



Apoyar su bienestar

Sus prestaciones médicas del condado de Harris incluyen una variedad de programas que pueden ayudarle a mejorar su salud y calidad de vida, así como a ahorrar dinero.

BIENESTAR DEL EMPLEADO

Mejore su salud aprovechando estos programas, servicios e incentivos. La misión del Programa de Bienestar para Empleados del condado de Harris es promover el bienestar de los empleados a través de iniciativas que:

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

SERVICIOS Y PROGRAMAS DESTACADOS

Manténgase activo

- Carrera de 5 km para empleados
- Clases y retos de acondicionamiento físico
- Gimnasio en 1111 Fannin

Manténgase informado

- Primeros auxilios en salud mental
- Clases de educación para la salud
- Campañas de concientización

Manténgase sano

- Servicios de salud en el trabajo
- Asesoramiento en salud
- Control de peso

Póngase en contacto con su Campeón del Bienestar para organizar actividades de bienestar en su departamento. ¿No sabe quién es? Visite nuestro sitio web para averiguarlo.



Cómo encontrar servicios e información sobre bienestar

EN LÍNEA
benefitsathctx.com

CORREO ELECTRÓNICO
wellness@harriscountytx.gov

TELÉFONO
713-274-5500

REDES SOCIALES
- benefitsandwellnesshctx
- @benefitsandwellnesshctx
- Prestaciones y bienestar del condado de Harris

Omada

Omada es un innovador programa en línea que fomenta hábitos saludables a largo plazo. Combina la ciencia del cambio de comportamiento con un apoyo inquebrantable a los participantes que necesitan bajar de peso y reducir su riesgo de padecer diabetes Tipo 2 y enfermedades cardíacas.

El programa incluye:

- Un asesor de salud de tiempo completo para mantener el rumbo de los participantes.
- Una báscula inalámbrica para seguir el progreso.
- Un programa interactivo que se adapta a cada participante.
- Lecciones semanales en línea para educar e inspirar.
- Un grupo reducido de participantes para brindar apoyo en tiempo real.

Requisitos de elegibilidad

Los empleados, los jubilados menores de 65 años y los dependientes adultos cubiertos pueden acceder al programa sin costo adicional si están inscritos en el Plan Médico del condado de Harris ofrecido a través de Aetna, tienen riesgo de padecer diabetes o enfermedades cardíacas y son aceptados en el programa.

Solicítelo *hoy*

Escanee el código QR o visite **benefitsathctx.com/wellness/omada** para conocer todos los detalles y solicitar el programa.

Mejore su bienestar *con Navigate*

Navigate es nuestra plataforma de bienestar, enfocada en cuidarlo de manera integral: desde recursos de atención plena y salud mental hasta clases de acondicionamiento físico y manejo de las finanzas. Comienza con una encuesta de bienestar que le ofrece perspectivas y metas personalizadas, para que pueda concentrarse en lo que más le importa. Esté pendiente de más detalles en 2027.

Healthy Actions INCENTIVE

Los empleados asegurados pueden ganar hasta $300 en el programa de incentivos “Acciones saludables”. El portal de bienestar Navigate es donde se registran todas sus acciones saludables elegibles. A continuación se enumeran las fechas clave del programa. Esté atento a más detalles que se darán a conocer en 2027.

- **1 de enero de 2027**
  Comience a llevar a cabo sus acciones.
- **31 de diciembre de 2027**
  Último día para completar sus acciones para su incentivo por acciones saludables de 2028.
- **MARZO DE 2028**
  Depósito en su cuenta de nómina del incentivo por “Acciones saludables” que haya ganado.

¡Gane hasta $300!

Escanee el código QR para obtener más información.

Clínica de salud y bienestar para empleados

A CARGO DE LA CLÍNICA KELSEY-SEYBOLD®

La Clínica de salud y bienestar para empleados del condado de Harris brinda atención de rutina tanto para consultas por enfermedad como para chequeos de rutina. Si cuenta con el seguro del Plan Médico del condado de Harris, tiene derecho a utilizar los servicios que ofrece esta clínica. Esto también incluye la atención para sus dependientes (mayores de 18 años) cubiertos por el Plan Médico del condado.

DETALLES DE LA CLÍNICA

Totalmente confidencial

Los servicios de la clínica son prestados por Kelsey-Seybold Clinic, una empresa de atención médica independiente y reconocida. De conformidad con las leyes estatales y federales, su información médica no se comparte con el condado de Harris.

Costo

Copago de $0 para atención médica por enfermedad, en visita presencial. No hay costo alguno por un examen de bienestar u otro tipo de atención preventiva. Los servicios de laboratorio, si se realizan durante su visita, también están incluidos sin costo alguno.

Ubicación y horario

Clínica de salud y bienestar para empleados del condado de Harris

1310 Prairie Street, 1.º piso
Houston, Texas 77002
Martes, miércoles y jueves:
7:30 a. m. – 4:30 p. m.

PROGRAMACIÓN LAS 24 HORAS, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA
713-442-WELL (9355)
myKelseyOnline.com

La Clínica Kelsey-Seybold no acepta Medicare tradicional cuando este es su seguro primario. Si cuenta con Medicare tradicional como su cobertura primaria y desea continuar acudiendo a su médico de Kelsey-Seybold, debe estar inscrito en un plan Medicare Advantage que Kelsey acepte. Los dos planes Medicare Advantage que Kelsey acepta son KelseyCare Advantage y Wellcare TexanPlus.

Esta clínica no atiende lesiones relacionadas con riesgos de trabajo.

LA CLÍNICA ES UN RECURSO CONVENIENTE EN EL CENTRO DE LA CIUDAD PARA:

- Bronquitis, resfriados, dolores de garganta y gripe
- Cortes, rasguños, erupciones y problemas de la piel
- Dolor de espalda, distensiones musculares y esguinces
- Dolores de cabeza y de oído
- Problemas oculares
- Problemas digestivos
- Análisis de laboratorio en el lugar
- Se ofrecen recetas médicas
- Atención preventiva, lo que incluye exámenes médicos y vacunas

Programa *de asistencia al empleado*



RECURSOS DE AETNA PARA LA VIDA

Usted debe equilibrar muchas cosas: el trabajo, el hogar, la familia y más. No tiene por qué hacerlo solo. Aetna Resources for Living está aquí para ayudarle a reducir el estrés y disfrutar más de la vida.

Como empleado o jubilado, Aetna le ofrece el Programa de asistencia al empleado (EAP) sin costo adicional. Estos servicios también están disponibles para los familiares que vivan en su hogar, incluso si no figuran en su póliza de seguro.

Apoyo al bienestar emocional

Acceda a hasta 8 sesiones de asesoramiento por cada problema cada año. También puede llamarnos las 24 horas del día para recibir apoyo inmediato para su bienestar emocional.

Las sesiones de asesoramiento están disponibles en persona, por videoconferencia o mediante terapia por chat. Los servicios son gratuitos y confidenciales.

Robo de identidad

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

Servicios legales

Consulta de 30 minutos con un abogado sobre temas tales como derecho de familia, derecho de la tercera edad y planeación sucesoria, transacciones inmobiliarias, testamentos y preparación de otros documentos, así como muchos otros servicios.* Si opta por servicios más allá de la consulta inicial, podrá obtener un descuento del 25%. Además, tendrá acceso gratuito a documentos y formatos legales en el sitio web para miembros.

*No se cubren los asuntos legales relacionados con el empleo.

Programa de asistencia para la vida cotidiana:

Orientación personalizada para encontrar recursos que le brinden apoyo en el cuidado de los niños, la crianza y la adopción, la búsqueda de información sobre escuelas y ayuda financiera, el apoyo a cuidadores e incluso recursos para ayudarle con las reparaciones de su hogar.

Servicios financieros

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

Para obtener ayuda e información sobre cualquier servicio del EAP:

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

LA AYUDA NO SOLO ESTÁ EN CAMINO, SINO QUE YA ESTÁ AQUÍ.

¿Se siente estresado? ¿Hay algo que le preocupa? La terapia puede ayudarle con cualquier tema del que necesite hablar, lo que incluye:

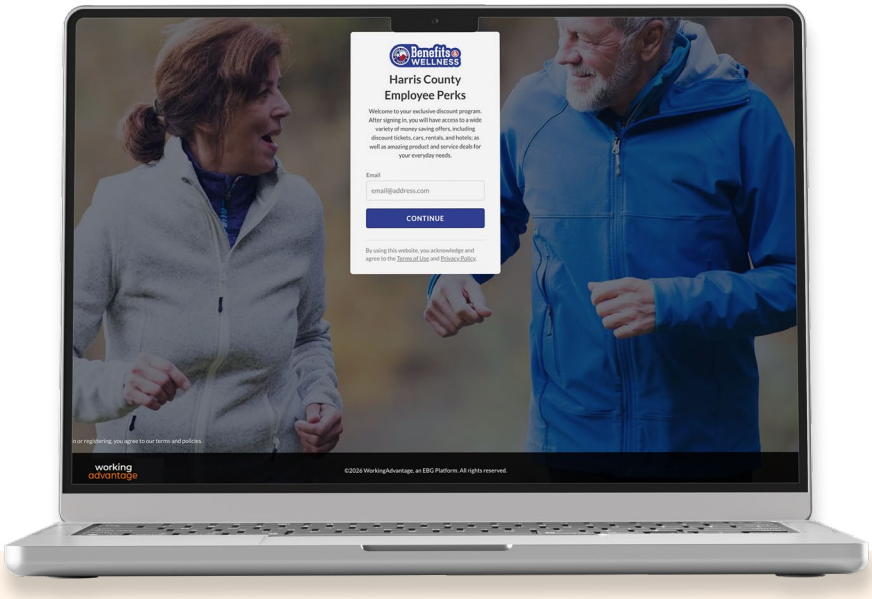
- Desarrollar habilidades de afrontamiento
- Acceder a recursos
- Estrés/ansiedad
- Depresión
- Problemas personales y laborales
- Duelo y pérdida
- Equilibrio entre el trabajo y la vida personal
- Toma de decisiones
- Incorporar el autocuidado a su rutina diaria

Su consejero especializado del condado de Harris le ofrece horarios flexibles para citas y diversas opciones de reuniones, tanto virtuales como presenciales. También puede ayudarle a orientarse en cuanto a sus prestaciones de bienestar emocional y los recursos comunitarios disponibles.

Concierte una cita con un consejero especializado del condado de Harris. Es gratuito y confidencial.

Escanee el código QR para programar una cita.

El Programa de asistencia al empleado (EAP) es administrado por Resources For Living, LLC. Los servicios son gratuitos y confidenciales. No se comparte ninguna información sobre su participación.



MÁS VENTAJAS. MÁS AHORROS.

Acceda al Programa de ventajas para empleados para disfrutar de más cosas que lo hagan feliz. Disfrute de ofertas exclusivas y promociones por tiempo limitado en productos electrónicos, electrodomésticos, ropa, autos, membresías de gimnasios, tarjetas de regalo, artículos de supermercado, hoteles, boletos de cine y mucho más.

Escanee el código QR o visite **workingadvantage.com** para conocer todos los detalles del Programa de ventajas para empleados.

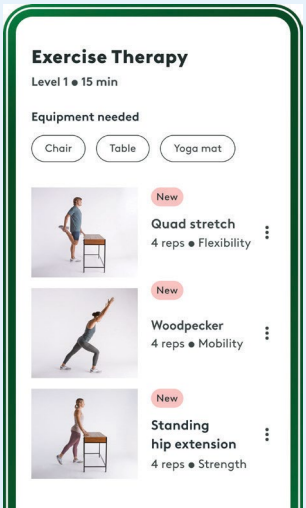


Programa de cuidado de la espalda y las articulaciones Hinge Health

Mejore su movilidad con terapia de ejercicios virtual.

- Comience directamente desde su teléfono. La evaluación inicial dura unos 10 minutos, durante los cuales el equipo clínico se informará sobre su dolor y determinará si es apto para nuestro programa. A continuación, realizará algunos estiramientos suaves durante unos minutos para que el equipo pueda observar cómo se mueve con dolor.
- Recibirá un programa personalizado. Las sesiones de terapia de ejercicios duran solo entre 10 y 15 minutos. Solo tiene que realizarlas de 2 a 3 veces por semana para aliviar el dolor.

> **“Hinge Health es una de las mejores herramientas que he encontrado para abordar mis problemas... Es como tener a un entrenador en la habitación con usted”.**
>
> – Chris
> Miembro de Hinge Health



Ecanee hoy mismo para inscribirse o **visite hinge.health/harriscountytx-careplan**

Utilice la cámara predeterminada de su dispositivo para escanear el código QR, no una aplicación de terceros. Si se le redirige a un sitio distinto al indicado en la URL anterior, no continúe.

Hinge Health está disponible en español

Alivie los dolores articulares y musculares y prevenga las lesiones con sus prestaciones de salud gratuitas. Únase ahora. Son elegibles los miembros y dependientes mayores de 18 años inscritos en un plan médico de Aetna® a través del condado de Harris.

Aetna se ha asociado con Hinge Health para ofrecer servicios que están incluidos en el Programa de cuidado de la espalda y las articulaciones de Aetna. Este programa no sustituye la fisioterapia formal en consultorio previa a una cirugía. Aetna es el nombre de marca utilizado para los productos y servicios proporcionados por una o más empresas del grupo Aetna, incluidas Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

Guía de *prestaciones* financieras

DESDE PLANES DE JUBILACIÓN HASTA OPCIONES DE SEGURO DE VIDA Y OTRAS, EL CONDADO DE HARRIS LE AYUDA A PREPARARSE PARA EL FUTURO Y A PROTEGER A SUS SERES QUERIDOS.

PLANES DE JUBILACIÓN

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

- Al inscribirlo automáticamente en un plan de prestaciones definidas del Sistema de Jubilación de los Condados y Distritos de Texas (TCDRS).
- Al ofrecerle la opción de realizar inversiones adicionales a largo plazo a través de un plan de compensación diferida 457.

TCDRS LE FACILITA LAS COSAS

- Obtenga respuestas a sus preguntas
- Designe a su beneficiario
- Calcule su prestación de jubilación
- Y más

Llame al **800-823-7782** o acceda a **tcdrs.org**.

CIFRAS CLAVE PARA 2026	
Tasa de interés anual	7%
Tasa de depósito del empleado	7%
Tasa de aportación equivalente del condado de Harris	225%
Requisito de adquisición de derechos	8 años

INSCRIPCIÓN AUTOMÁTICA

Sistema de jubilación de los Condados y Distritos de Texas

Como empleado del condado, usted aportará una parte de su salario en cada pago a su cuenta del TCDRS. La Corte de comisionados del condado de Harris establece este porcentaje, así como el monto que el condado aportará de manera equivalente cuando se jubile y los requisitos que debe cumplir para tener derecho a jubilarse. La Legislatura de Texas fija la tasa a la que su cuenta generará intereses.

Adquisición de derechos

Se le considera que tiene "derechos adquiridos" cuando cuenta con ocho (8) años de crédito por servicio. Una vez adquiridos los derechos, puede dejar de trabajar para el condado de Harris y conservar el derecho a una prestación de jubilación futura. Su cuenta de TCDRS seguirá generando intereses cada año hasta que termine su membresía.



Otras formas de obtener tiempo de servicio

El Programa de jubilación proporcional le permite utilizar el crédito de servicio de cualquiera de los sistemas que se enumeran a continuación para tener derecho a las prestaciones 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 el servicio para miembros de TCDRS.

Elegibilidad para las prestaciones de jubilación del TCDRS

Usted tiene derecho a una prestación de jubilación del TCDRS cuando cumpla con uno de los siguientes requisitos:

- Tiene 60 años o más y ha acumulado 8 años de servicio
- Ha acumulado 30 años de servicio (independientemente de su edad)
- Su edad más sus años de servicio suman 75 (también conocida como la “Regla del 75”)
- Jubilación por incapacidad

INSCRIPCIÓN VOLUNTARIA

Compensación diferida

Aporte aún más dinero para su jubilación con el plan de compensación diferida 457 (compensación diferida). Está diseñado para complementar su pensión y constituye una forma adicional de invertir a largo plazo directamente desde su salario. Usted tiene el control sobre cómo utilizar la compensación diferida para alcanzar sus metas. También están disponibles las cuentas Roth 457.

Cuenta 457 con impuestos diferidos

Ahorre dinero ahora al posponer el pago de impuestos hasta que realice un retiro. Con el plan 457 con impuestos diferidos, su dinero se deposita en su cuenta antes que se deduzcan los impuestos de su sueldo. Por ejemplo, supongamos que paga alrededor del 25% en impuestos sobre la renta. Debido a que aporta a su plan de compensación diferida antes de impuestos, depositar $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 agrada la idea de no tener que preocuparse por los impuestos durante su jubilación, una cuenta Roth 457 puede ser una excelente opción. Al realizar aportaciones a una cuenta Roth 457, usted paga impuestos sobre la parte de su salario que se destina al plan; sin embargo, los retiros de las aportaciones y las ganancias pueden estar exentos de impuestos durante la jubilación si se cumplen ciertas condiciones. Si lo desea, incluso puede dividir sus aportaciones entre aportaciones tradicionales antes de impuestos y aportaciones Roth después de impuestos.

Comience ahora

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). Póngase en contacto con cualquiera de ellos para recibir orientación e información adicional. Complete el formato 777 del auditor con la ayuda del representante de cuenta del proveedor que haya seleccionado. Deberá presentar este formato al departamento de nómina para configurar su cuenta y las deducciones de nómina. La deducción mínima es de $25 al mes o $12.50 cada dos semanas por cada cheque de pago.

Visite **benefitsathctx.com/deferred-compensation** para consultar la lista actual de asesores financieros.

¿Está listo para jubilarse?

Programe una cita con un especialista en jubilación.

Seguro de vida

Inscripción automática

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

- Los empleados tienen una prestación de seguro de vida de $30,000 y una prestación de AD&D de $30,000.
- El seguro de vida para dependientes y el seguro complementario por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), como cobertura opcional, se ofrecen por un monto de 5,000 dólares para el cónyuge cubierto y de 2,000 dólares para los hijos cubiertos hasta los 26 años, sin costo alguno 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 y de la vista.**
  - Todos los seguros de vida para dependientes se extinguen cuando el empleado se jubila.

Si fallece mientras está asegurado por el seguro de vida, o si sufre un accidente mientras está asegurado por el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), y el accidente da lugar a un siniestro, BlueCross BlueShield of Texas pagará las prestaciones de acuerdo con los términos de la póliza grupal tras recibir la prueba del siniestro. La cobertura para dependientes termina al ser dado de baja del plan o en caso de fallecimiento del empleado.

En el caso del seguro de vida por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), se entiende por "pérdida" la pérdida de la vida, de una mano, de un pie o de la vista (que sea causada única y directamente por un accidente, que ocurra independientemente de cualquier otra causa y que se produzca dentro de los 365 días posteriores al accidente).

Seguro de vida temporal opcional y AD&D

Los empleados tienen la opción de adquirir un seguro de vida adicional equivalente a una vez (hasta $150,000), el doble (hasta $300,000) o el triple (hasta $1,000,000) de su salario anual. Si su salario o sueldo cambia, el monto de su seguro cambiará en el siguiente año de plan. Ahora se incluye una prestación complementaria de AD&D al inscribirse en el seguro de vida opcional.

Ingresos imputados: Cualquier seguro de vida antes de impuestos proporcionado por los planes del condado que supere los $50,000 está sujeto a impuestos anuales.

Los empleados que decidan aumentar su seguro de vida opcional deben completar un formato de evidencia de asegurabilidad (EOI) y obtener la aprobación de BlueCross BlueShield of Texas antes que entre en vigor la cobertura adicional.

El seguro de vida opcional y el seguro AD&D (muerte accidental y desmembramiento) con aportación equivalente están disponibles para los dependientes cubiertos en su plan.

Puede inscribir a su cónyuge cubierto en el seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) opcional hasta un beneficio máximo de $50,000 o no más del 50% de la prestación de vida opcional del empleado. Puede inscribir a su hijo o hijos cubiertos en el seguro de vida y AD&D opcionales hasta una prestación máxima de $20,000.

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

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

TARIFAS DEL SEGURO DE VIDA Y AD&D OPCIONALES PARA EL EMPLEADO Y EL CÓNYUGE CUBIERTO*

POR EDAD	TARIFA MENSUAL POR CADA $1,000 DE COBERTURA
Menores de 30	$0.066
30 – 34	$0.081
35 – 39	$0.093
40 – 44	$0.115
45 – 49	$0.166
50 – 54	$0.243
55 – 59	$0.437
60 – 64	$0.602
65 – 69	$1.087
70 – 74	$1.863
75 y más	$2.018

TARIFAS DE SEGURO DE VIDA Y AD&D OPCIONALES PARA HIJO(S) CUBIERTO(S)

POR EDAD	TARIFA MENSUAL POR CADA $1,000 DE COBERTURA
0 – 26	$0.291

Las tarifas pueden variar a medida que el asegurado pase a una categoría de edad superior. Asimismo, las tarifas pueden variar si la experiencia del plan requiere un ajuste para todos los asegurados.

*Estos montos se calcularán de acuerdo con su edad o salario al momento de la inscripción.

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

EXENCIÓN DE PRIMAS

De acuerdo con los términos de su póliza de seguro de vida grupal, si queda incapacitado total y permanentemente durante al menos 6 meses antes de cumplir los 60 años, su cobertura de seguro de vida podrá continuar. El proceso de solicitud de exención de primas debe completarse dentro de los 6 meses siguientes a su último día de trabajo activo, y la cobertura continuará hasta los 65 años. Después de cumplir los 65 años, tiene la opción de convertir parte o la totalidad de su cobertura en un seguro permanente.

¿NECESITA LLENAR UNA SOLICITUD?

Llame directamente a BCBS al **877-442-4207** o descargue el formato (por ejemplo, exención de primas, portabilidad de vida o solicitud de conversión) en **bcbstx.com/ancillary**.

Utilice la póliza grupal n.º F019139 al completar el formato o los formatos.



Seguro de incapacidad a largo plazo

El seguro por incapacidad a largo plazo (LTD) le paga un porcentaje de su salario cuando no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión cubierta. Estas prestaciones pueden utilizarse para ayudarle a pagar sus gastos diarios cuando no reciba su salario. Tenga en cuenta que el condado de Harris no ofrece cobertura por incapacidad a corto plazo.

Se le ofrece cobertura básica de incapacidad a largo plazo (LTD) sin costo alguno. Además, tiene la opción de adquirir cobertura adicional. Todos los planes de incapacidad a largo plazo (LTD) son ofrecidos por BlueCross BlueShield de Texas.

Usted es elegible para el seguro básico de LTD a partir del primer periodo de pago tras 45 días de empleo continuo con el condado de Harris. En el caso del seguro opcional de LTD (plan de ampliación de cobertura), usted es elegible para la cobertura a partir del primer periodo de pago tras 12 meses de empleo continuo con el condado de Harris.

Al elegir el seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) opcional (Plan de ampliación de cobertura) durante el periodo de inscripción abierta, BlueCross BlueShield of Texas le enviará por correo electrónico un formato de evidencia de asegurabilidad (EOI). Debe devolverlo directamente a ellos para su tramitación. Ellos determinarán si se le aprueba o no este nivel adicional de cobertura. Para los nuevos empleados, no se requiere el formato EOI.

LTD básico

- Se ofrece sin costo alguno para usted.
- Paga el 50% de sus ingresos mensuales hasta un máximo de $5,000.
- Las prestaciones comenzarán una vez quehaya cumplido con el periodo de espera de180 días de incapacidad continua debido auna lesión o enfermedad.
- Las prestaciones pueden continuar hasta por 24 meses.

LTD opcional

- Puede adquirir esta opción para aumentar suprestación.
- Paga el 60% de sus ingresos mensuales, hasta unmáximo de 6,000 dólares.
- Las prestaciones comenzarán una vez que haya cumplido el periodo de espera de 90 días de incapacidad continua debido a una lesión o enfermedad.
- Las prestaciones podrán continuar para los empleados hasta los plazos máximos que se indican a continuación:
  - Menos de 62 años: hasta los 65 años o 42 meses, lo que sea más largo
  - 62 años: 42 meses
  - 63 años: 36 meses
  - 64 años: 30 meses
  - 65 años o más: 24 meses

Si se inscribe en el plan opcional de LTD, su tarifa de prima es de $0.239 por cada $100 de su salario mensual, hasta $10,000 de salario mensual. (Consulte la página siguiente para ver la definición de salario).

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

$50,000 ÷ 12 meses = $4,166.67 de ingresos mensuales

$4,166.67 (ingresos mensuales) ÷ 100 (base de cálculo) × $0.239 (tarifa) = $9.96 al mes

Hoja de cálculo

Su costo mensual:

_____ ÷ 12 meses = _____ ingresos mensuales ÷ 100 x 0.239 (tarifa) = _____ por mes

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LTD

¿Necesita presentar una reclamación de LTD?

Llame directamente a BCBS al **877-442-4207** o visite **bcbstx.com/ancillary** y presente su reclamación por incapacidad en línea. Utilice el número de póliza grupal F019139 al completar los formatos.

¿Cuándo se requiere evidencia médica de asegurabilidad?

Se requiere evidencia satisfactoria de asegurabilidad para cualquier empleado que no se haya inscrito en el plan opcional de incapacidad a largo plazo (LTD) cuando fue elegible por primera vez.

¿Se reducen alguna vez las prestaciones?

BlueCross BlueShield of Texas reducirá el monto de su pago por incapacidad a largo plazo (LTD) en función de otras prestaciones de ingresos que pueda recibir.

What other benefits are included?

- Prestación para sobrevivientes
- Incentivo laboral
- Incentivo de rehabilitación con cuidado diurno
- Adaptación del lugar de trabajo

Su prestación por incapacidad a largo plazo (LTD) podría reducirse si usted o sus familiares directos reciben o tienen derecho a recibir ingresos deducibles, tal como se definen en la póliza grupal. Entre los ejemplos de ingresos deducibles se incluyen el pago por enfermedad, el Seguro Social, la indemnización por accidentes de trabajo y las prestaciones del TCDRS.

DEFINICIONES

Incapacidad total

Incapacidad total significa que, durante los primeros 24 meses consecutivos de pagos de prestaciones debido a una enfermedad o lesión, usted se encuentra continuamente incapacitado para desempeñar las funciones esenciales y sustanciales de su ocupación habitual; y sus ingresos por incapacidad, si los hubiera, son inferiores al 20% de sus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad.

Una vez que se haya pagado la prestación mensual por incapacidad a largo plazo (LTD) durante 24 meses consecutivos, la incapacidad total significa que, debido a una enfermedad o lesión, usted se encuentra continuamente incapacitado para dedicarse a cualquier ocupación remunerada; y sus ingresos por incapacidad, si los hubiera, son inferiores al 20% de sus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad.

Incapacidad parcial

Incapacidad parcial significa que, durante el periodo de espera y los primeros 24 meses consecutivos de incapacidad debido a una enfermedad o lesión, usted se encuentra continuamente incapacitado para desempeñar todas las funciones sustanciales de su ocupación habitual; y que puede obtener entre el 20% y el 80% de sus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad.

Una vez que se haya pagado la prestación mensual por incapacidad a largo plazo (LTD) durante 24 meses consecutivos, el concepto de incapacidad parcial significa que, debido a una enfermedad o lesión, se encuentra en una situación de incapacidad continua para desempeñar todas las funciones esenciales de cualquier ocupación remunerada; y que sus ingresos por incapacidad, si los hubiera, se sitúan entre el 20% y el 80% de sus ingresos mensuales indexados previos a la incapacidad.

Salario

Por ingresos mensuales se entiende su salario mensual base, el pago por incentivos y el pago por antigüedad, calculados antes del periodo de inscripción anual más reciente, tal como lo reportó su empleador a BlueCross BlueShield of Texas, redondeados al múltiplo superior más cercano de $1,000 si aún no es un múltiplo de esa cifra, dividido entre 12. Los ingresos incluyen:

- Las contribuciones realizadas mediante 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).
- Cantidades aportadas a sus prestaciones complementarias de conformidad con un acuerdo de reducción salarial en el marco de un plan conforme a la Sección 125 del Código de Rentas Internas (IRC).
- Pago por antigüedad.

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

Este resumen tiene fines meramente ilustrativos y no constituye un contrato. Los términos y condiciones completos de la cobertura se encuentran en las pólizas proporcionadas. En caso de discrepancia entre esta descripción de prestaciones y la póliza, prevalecerán los términos de la póliza. BlueCross BlueShield of Texas es el nombre comercial de Dearborn Life Insurance Company, un licenciatario independiente de la Asociación BlueCross BlueShield.

Avisos legales

Si tiene preguntas o necesita información que no haya encontrado en esta guía, utilice la lista de contactos de la página 47 para obtener respuestas.

Documentos del plan

El Resumen de la cobertura de prestaciones (SBC), que se proporciona por separado de la Guía de prestaciones, resume las características clave de nuestros planes médicos, lo que incluye las prestaciones cubiertas, el costo compartido, las limitaciones de la cobertura y las excepciones.

El Glosario de cobertura de salud y términos médicos le ayudará a comprender algunos de los términos más comunes utilizados en los documentos de seguro médico.

Puede obtener una descripción detallada de las disposiciones de cobertura, lo que incluye el Resumen de la cobertura de prestaciones (SBC) y el Glosario de términos —ambos disponibles en inglés y español— o el Documento resumido del plan (SPD) a través de Recursos Humanos y Talento (HRT), división de Prestaciones y bienestar. También están disponibles en el sitio web de prestaciones y bienestar en **benefitsathctx.com**.

Puede obtener una copia impresa del SBC o del Glosario de términos médicos y de cobertura de salud sin costo alguno comunicándose con el departamento de prestaciones y bienestar en el **713-274-5500** o en el número gratuito **866-474-7475**, y se lo enviaremos en un plazo de siete días hábiles.

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este Aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede solicitar acceso a dicha información. Léalo con atención.

Este Aviso está dirigido a los 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 respecto de la información de salud que el plan genera o recibe (su "Información de salud protegida" o "PHI"). Nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" se actualizó para cumplir con los nuevos cambios de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos ("HIPAA"), vigente a partir del 1 de octubre de 2018.

El propósito de este Aviso es informarle sobre cómo utilizaremos o divulgaremos su PHI, sus derechos de privacidad con respecto a su PHI, nuestras obligaciones con respecto a su PHI, su derecho a presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), y cómo ponerse en contacto con nuestra oficina para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Este Aviso y el Aviso de prácticas de privacidad más actualizado se publicarán en **benefitsathctx.com**, o bien puede solicitar una copia llamando al **713-274-5500**.

Obligaciones de notificación de COBRA

La Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA) otorga a los empleados, cónyuges e hijos dependientes el derecho a continuar con el seguro médico colectivo si lo pierden por determinados eventos vitales calificados. Dos eventos vitales calificados conforme a COBRA exigen que usted, su cónyuge o sus hijos dependientes cumplan ciertas reglas de notificación. Usted debe notificar al condado de Harris un divorcio o el hecho que un hijo dependiente deje de serlo conforme a los términos del plan de seguro médico colectivo.

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 a la fecha en que el hijo dependiente dejó de serlo, según se define en los términos del Plan de Seguro Médico Colectivo. No notificar debidamente al condado de Harris dentro de los 60 días requeridos hará perder todos los derechos de COBRA que pudieran haber surgido de estos dos eventos vitales calificados.

Aviso sobre la 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 los programas de bienestar patrocinados por los empleadores y que tienen como objetivo mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley contra la Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otras. Si decide

participar en el programa de bienestar, es posible que se le pida que complete una evaluación voluntaria de riesgos para la salud (HRA), la cual incluye una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud, así como si padece o ha padecido ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). También es posible que se le pida que se someta a un examen biométrico, que incluirá un análisis de glucosa en sangre o de colesterol. No está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar y realicen ciertas acciones serán elegibles para el Incentivo de Acciones Saludables 2027. Aunque no está obligado a realizar dichas acciones, solo los empleados que las realicen 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, es posible que tenga 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 evaluación biométrica, si corresponde, se utilizarán para brindarle información que le ayude a comprender su estado de salud actual y sus riesgos potenciales, y también podrán utilizarse para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como asesoramiento en salud. Asimismo, se le recomienda que comparta sus resultados o inquietudes con su propio médico.

Protecciones contra la divulgación de información médica

La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud que permita identificarlo personalmente. Aunque el programa de bienestar y el condado de Harris puedan utilizar la información agregada que recopilan para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el Programa de Bienestar para Empleados del condado de Harris nunca divulgará ningún aspecto de su información personal, ni públicamente ni ante el empleador, salvo cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifique personalmente y que se proporcione en relación con el programa de bienestar no se compartirá con sus supervisores o gerentes y nunca se utilizará para tomar decisiones relacionadas con su empleo.

Su información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra forma, salvo en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o para recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de brindarle servicios dentro del programa de bienestar deberá cumplir con los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información de salud que permita identificarlo personalmente son los asesores de salud de Aetna, con el fin de brindarle servicios en el marco del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus expedientes personales; la información almacenada electrónicamente se encriptará, y ningún aspecto de la información que usted proporcione dentro del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión laboral. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos y, en caso que se produzca una violación de datos que involucre la información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato de conformidad con la ley estatal o federal.

No se le puede discriminar en el empleo por la información médica que proporcione en el marco de su participación en el programa de bienestar, ni se le pueden aplicar represalias si decide no participar. Si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con el director de recursos humanos y talento del condado de Harris o con la persona que el director designe (713-274-5000). Si tiene preguntas o inquietudes sobre la divulgación de su información de salud, comuníquese con la Oficina del Fiscal del condado en el 713-755-5101.

Medicare

Partes A y B

Medicare se convierte en el asegurador principal cuando un jubilado, o un dependiente de un jubilado, cumple 65 años o pasa a ser elegible debido a una incapacidad. Para ser elegibles 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. Las prestaciones médicas pasan entonces a ser secundarias con respecto a Medicare.

Planes PPO Básico y Plus de Aetna:

Coordina las prestaciones con las Partes A y B de Medicare. Dado que Medicare es el seguro principal, este debe pagar las prestaciones primero antes que el plan PPO Básico o Plus pague las suyas. El plan pagará las prestaciones como si la Parte B de Medicare hubiera pagado primero, incluso si usted no está inscrito en la Parte B de Medicare. Esto provocará una brecha en su cobertura si no se inscribe en la Parte B de Medicare como jubilado.

Plan Silverscript de la Parte D de Medicare

SilverScript es un plan grupal de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare proporcionado por el empleador, con cobertura adicional brindada por el condado de Harris. SilverScript combina un plan estándar de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare con la cobertura adicional que ofrece el condado de Harris para cubrir las brechas entre el plan estándar de la Parte D y su cobertura actual. Esto significa que usted cuenta con una cobertura más amplia que la del plan estándar de la Parte D de Medicare.

Plan PPO y de medicamentos recetados de Humana Medicare Advantage:

Un plan Medicare Advantage paga en lugar de Medicare. El plan Humana Medicare Advantage cubre todo lo que cubre el Medicare Original, además de prestaciones adicionales personalizadas por el condado de Harris, y los medicamentos recetados. Para ser elegible, debe inscribirse en las Partes A y B de Medicare.

NOTA: Si se encuentra trabajando activamente al cumplir los 65 años, no es necesario que contrate la Parte B de Medicare. Si el seguro principal de su cónyuge es el plan del condado de Harris, no tiene que contratar la Parte B de Medicare hasta que usted se jubile.

Los empleados en activo y sus dependientes cubiertos que reúnan los requisitos para Medicare pueden posponer su inscripción en Medicare hasta que el empleado se jubile. Cada empleado o su dependiente debe tomar esta decisión en función de su situación particular. Si decide inscribirse mientras se encuentra en activo, Medicare pagará de manera secundaria al Plan Médico del condado de Harris por los servicios cubiertos. Debe comunicarse con la Administración de la Seguridad Social en el 800-772-1213 si tiene alguna pregunta sobre la coordinación de prestaciones entre el Plan Médico del condado de Harris y Medicare.



Form 1095-C

Las normas de presentación de informes de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) de 2024 ya no exigen que el empleador (el condado de Harris) envíe automáticamente el formato 1095-C a los empleados y jubilados con derecho a seguro médico. El formato correspondiente al año fiscal 2026 está disponible al acceder al Servicio de Autoservicio para Empleados (ESS) de STARS y, previa solicitud, a través de Prestaciones y bienestar.

Póngase en contacto con el departamento de Prestaciones y bienestar en **benefits@harriscountytx.gov** o en el **713-274-5500** si necesita ayuda.

Contactos

RECURSOS HUMANOS Y TALENTO

Prestaciones y bienestar
713-274-5500
benefits@harriscountytx.gov
benefitsathctx.com

Número gratuito fuera de la región
866-474-7475

Atención médica, medicamentos recetados y Programa de asistencia al empleado

Servicios para Miembros de Aetna
800-228-6481
aetna.com

Representantes especializados
713-274-5500

Plan ACO de KelseyCare
713-442-7747
kelsey-seybold.com/harris-county

Recursos para la vida – 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

Representante especializado
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

VOYA Financial Services
voyaretirement.voya.com

Nationwide
nrsforu.com

Jubilación
Sistema de Jubilación de los Condados y Distritos de Texas (TCDRS)
800-823-7782
tcdrs.org

Clínica de salud y bienestar para empleados
A cargo de la clínica Kelsey-Seybold
713-442-9355
myKelseyOnline.com

Gimnasio para empleados
713-274-5429
fitness@harriscountytx.gov

STARS

Servicio de ayuda en autoservicio
para empleados: 713-274-4444
stars-hr.hctx.net



Usted presta servicio al condado de Harris.

Por lo tanto, desde el seguro médico hasta los programas de bienestar y la jubilación, sus prestaciones del condado de Harris están a su disposición.

HARRIS COUNTY
HUMAN RESOURCES AND TALENT

Benefits & WELLNESS

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

Teléfono: 713-274-5500
Línea gratuita: benefits@harriscountytx.gov
Línea gratuita: 866-474-7475
Fax: 713-274-5501
Sitio web: benefitsathctx.com