

Mis beneficios son mi decisión



Guía de inscripción para beneficios
del empleado correspondientes a 2016



En esta guía se presentan los puntos destacados de muchos de los planes de beneficios patrocinados por la Ciudad de Dallas. La documentación legal que controla estos planes contiene todos los detalles correspondientes. Si existe alguna discrepancia o conflicto entre los documentos del plan y la información presentada en esta guía, aquellos tienen primacía. En todos los casos, los documentos del plan son la fuente exclusiva para determinar los derechos y beneficios de los planes. La participación en los planes no constituye contrato de trabajo. La Ciudad de Dallas se reserva el derecho de modificar, enmendar o rescindir cualquiera de los planes de beneficios o métodos descritos en esta guía. Esta guía no contiene disposición alguna que establezca la continuación indefinida de ninguna de las disposiciones de los planes nuevos.

Resúmenes de beneficios y cobertura

Los resúmenes de beneficios y cobertura (SBC, siglas en inglés) exigidos por el gobierno reseñan detalles destacados de los planes médicos que UnitedHealthcare ofrece para la Ciudad de Dallas. Estos resúmenes están a la vista en www.cityofdallasbenefits.org. Si desea una copia impresa gratis, llame al Centro de Servicios de Beneficios al teléfono 1-855-656-9114. También puede visitar la sala 1DS de la municipalidad para pedir una copia impresa de lunes a viernes, en horario de 8:15 a. m. a 5:15 p. m.



Índice

Generalidades de los beneficios	2
Cúbrase con nuestro programa de beneficios	2
Costos de cobertura para 2016	3
Empleados con horario variable	4
Elegibilidad de las personas a cargo	4
Cuándo comienza la cobertura	5
Inscripción inicial	5
Inscripción anual	5
Cambios de cobertura	5
Cobertura médica	6
Detalles sobre los planes	6
Nivel de beneficios ampliados	7
Programa de recompensas en plan de beneficios	9
Comparación de planes médicos: el empleado paga	13
Cobertura de medicamentos recetados	14
Programa de recetas surtidas al por menor	14
Servicio de farmacia por correo	14
Terapia escalonada con medicamentos genéricos	14
Recargo por surtir receta con medicamento de marca	14
Recetas de medicamentos en lista especial	14
El empleado paga	14
Plan odontológico	15
Aspectos destacados de los planes odontológicos	
El empleado paga	15
Plan oftalmológico	16
Aspectos destacados de los planes oftalmológicos:	
lo que el empleado paga	16
Cuentas flexibles de gastos médicos	17
Generalidades de las cuentas	17
Cómo emplear los fondos	17
Ejemplo de ahorro en gastos	18
Detalles de la cuenta FSA	18
Cómo presupuestar la cuenta flexible para gastos médicos	19
Clínica Concentra en el lugar de trabajo	20
Concentra TotalCare Health and Wellness Center	20
Programa de descuentos Concentra/Ciudad de Dallas	
para empleados	20
Clínicas	21

Seguro de vida	22
Seguro de vida básico	22
Seguro de vida suplementario	22
Prueba de asegurabilidad	23
Seguro de vida para personas a cargo	23
Reducciones por edad	23
Beneficios acelerados	23

Seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento	24
Cobertura para el empleado	24
Cobertura para personas a cargo	24
Cálculo de los costos	25
Reducciones por edad	25

Planes de ahorro jubilatorio 401(k) y 457(b)	26
¿Por qué conviene invertir?	26
Características clave	26
Instrucciones para inscribirse y más detalles	26

Programa de asistencia para empleados 27

Beneficios sin patrocinio municipal de acceso voluntario	28
Seguro de vida universal	28
Indemnización por reclusión hospitalaria	28
Seguro de accidentes	28
Atención oncológica	28
Seguro de enfermedad crítica con indemnización global	29
Seguro de incapacidad de corto plazo	29
Seguro de incapacidad de largo plazo	29
Asesoramiento legal y protección en caso de hurto	
de datos personales	29
Telemedicina	29

Avisos obligatorios 30

Contactos importantes Contraportada

Importante: si usted o las personas que tiene a cargo tienen Medicare o si adquieren elegibilidad para participar en Medicare en los 12 meses siguientes, el programa de Medicare para medicamentos recetados le ofrece más niveles de cobertura. Consulte los detalles adicionales en las páginas 32 y 33.



Generalidades de los beneficios

Cúbrase con nuestro programa de beneficios

La mayoría de las veces, confiamos en las rutinas sencillas para sobrevivir cada día: llevar a los chicos a la escuela, ganarle al tráfico para llegar al trabajo y terminar la cena a tiempo para disfrutar de nuestro pasatiempo favorito. A veces, las cosas no salen como las hemos planeado. Por ejemplo, cuando ese resfriado se convierte en gripe y usted tiene que faltar al trabajo. O su hijo termina rompiéndose la pierna luego de jugar al fútbol. O cuando su cónyuge se entera de que tiene que hacerse un complicado tratamiento de conducto radicular. Los beneficios de la Ciudad de Dallas le servirán en estas situaciones.

Nuestro programa de beneficios está preparado para darle la cobertura necesaria para acometer cualquier tipo de eventualidad que la vida le depare. Con nuestro programa, usted puede escoger los planes que más le convienen para cubrir sus propias necesidades y cuidar su bolsillo. Si quiere aprovechar al máximo el programa de beneficios, la clave es tomar la iniciativa para entender los planes y usarlos de la manera más económica para usted.



Costos de cobertura para 2016

La Ciudad de Dallas cubre la mayor parte del costo de cobertura en la mayoría de los beneficios. Una pequeña parte del costo total corre por cuenta suya mediante deducciones de nómina.

Empleados de tiempo completo	Contribuciones quincenales del empleado			
	Incentivo WellPoint ganado		Incentivo WellPoint NO GANADO	
	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador
Plan EPO 70/30/\$3000				
Solo el empleado	\$24.50	\$34.50	\$34.50	\$44.50
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	\$203.00	\$213.00	\$213.00	\$223.00
Empleado e hijos	\$62.00	\$72.00	\$72.00	\$82.00
Empleado y familia	\$257.00	\$267.00	\$267.00	\$277.00
EPO 75/25 con cuenta HRA				
Solo el empleado	\$37.50	\$47.50	\$47.50	\$57.50
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	\$246.50	\$256.50	\$256.50	\$266.50
Empleado e hijos	\$110.50	\$120.50	\$120.50	\$130.50
Empleado y familia	\$309.00	\$319.00	\$319.00	\$329.00
Empleados permanentes de medio tiempo	Contribuciones quincenales del empleado			
	Incentivo WellPoint ganado		Incentivo WellPoint NO GANADO	
	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador
Plan EPO 70/30/\$3000				
Solo el empleado	\$56.00	\$66.00	\$66.00	\$76.00
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	\$195.00	\$205.00	\$205.00	\$215.00
Empleado e hijos	\$113.00	\$123.00	\$123.00	\$133.00
Empleado y familia	\$267.50	\$277.50	\$277.50	\$287.50
EPO 75/25 con cuenta HRA				
Solo el empleado	\$113.00	\$123.00	\$123.00	\$133.00
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	\$328.50	\$338.50	\$338.50	\$348.50
Empleado e hijos	\$223.00	\$233.00	\$233.00	\$243.00
Empleado y familia	\$421.00	\$431.00	\$431.00	\$441.00
Plan odontológico	Tarifas quincenales			
	Plan PPO odontológico	Plan HMO odontológico	Plan EPO odontológico	
Solo el empleado	\$12.07	\$3.88	\$9.01	
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	\$24.14	\$7.15	\$16.58	
Empleado e hijos	\$24.62	\$7.18	\$16.66	
Empleado y familia	\$36.70	\$10.10	\$23.43	
Plan oftalmológico	Tarifas quincenales			
	Plan normal	Plan básico		
Solo el empleado	\$2.40	\$2.88		
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	\$4.38	\$5.26		
Empleado e hijos	\$4.60	\$5.52		
Empleado y familia	\$7.07	\$8.51		
Seguros básicos de vida y de muerte accidental y desmembramiento	Tarifas quincenales			
	Seguro de vida básico: empleado de tiempo completo			
	Gratuito (pagado por la Ciudad de Dallas)			
	Seguro de vida básico: empleado de medio tiempo			
	Equivalente a \$0.50 por período salarial			
	Seguro de vida suplementario para el empleado			
	Consulte la página 22			
	Seguro de vida para personas a cargo (opción 1/opción 2)			
	Equivalente a \$1.43/\$2.63 por miembro por período salarial			
	Seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento			
	Consulte la página 25			
Cuentas flexibles de gastos médicos	Tarifas quincenales			
	Gastos médicos			
	Consulte las páginas 17-19			
	Persona a cargo			
	Consulte las páginas 17-19			

Pasos para inscribirse en el plan

Para inscribirse en el plan de beneficios de la Ciudad de Dallas, inicie una sesión en el portal web Lawson de atención permanente con su identificación de red y contraseña:

<https://hris.dallascityhall.com/lawson/portal>. Como alternativas, puede inscribirse llamando al Centro de Servicios de Beneficios al teléfono 855-656-9114 o visitando la sala 1DS de la municipalidad de lunes a viernes, en horario de 8:15 a. m. a 5:15 p. m.

Nota: si desea agregar a una persona a cargo, no puede hacerlo por Internet sino que debe contactar al Centro de Servicios de Beneficios. Deberá presentar documentos como licencia de matrimonio o partida de nacimiento para completar la inscripción.

Elegibilidad

Si planea trabajar 30 horas o más por semana como promedio, tiene derecho a recibir beneficios médicos de la Ciudad de Dallas sin importar su clasificación de empleo. Si no va a trabajar un promedio de 30 horas o más por semana, será dudosa su elegibilidad para recibir los beneficios médicos de la Ciudad de Dallas como empleado permanente de medio tiempo.

Empleados con horario variable

Según la ley de Atención Médica Asequible, el empleado que trabaja horarios diferentes cada semana se llama empleado de "horario variable" y no de tiempo completo o medio tiempo. Todos los empleados de horario variable están sujetos a un "período de evaluación" para determinar el promedio de horas trabajadas por semana. Si trabaja un promedio de 30 horas semanales o más, tendrá derecho a recibir los beneficios médicos de la Ciudad de Dallas durante el año de plan 2016. Por otra parte, si trabaja un promedio inferior a 30 horas semanales, no será elegible para recibir beneficios médicos de la Ciudad de Dallas. Será necesario que obtenga otro tipo de cobertura, ya sea con el seguro de su cónyuge, padre/madre o en el mercado de planes de seguros médicos. Ya que el período de evaluación ocurre cada año, quizás su elegibilidad cambie con cada año de plan.

Los empleados que trabajen un promedio de 30 horas o más por semana serán automáticamente considerados elegibles para recibir beneficios y no estarán sujetos al período de evaluación.

Elegibilidad de las personas a cargo

Si tiene cobertura de un plan, las personas a cargo suyo gozarán de la misma cobertura en la mayoría de los casos, según se detalla a continuación:

Tipo de persona a cargo elegible	Documentación obligatoria
Cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de licencia de matrimonio, copia de tarjeta de Seguro Social y fecha de nacimiento ▪ En caso de matrimonio consensual, presente copias de dos documentos donde conste que usted y su cónyuge han convivido por un mínimo de seis meses: <ul style="list-style-type: none"> • Contrato de alquiler o escritura de propiedad donde figuren ambos cónyuges • Estado de cuenta corriente mancomunada • Facturas de servicios públicos o cuentas de tarjeta de crédito • Testamento o pólizas de seguro de vida
Pareja de hecho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de tarjeta de Seguro Social y fecha de nacimiento ▪ Copias de dos documentos donde conste que usted y su pareja han convivido por un mínimo de seis meses: <ul style="list-style-type: none"> • Contrato de alquiler o escritura de propiedad donde figuren ambos cónyuges • Estado de cuenta corriente mancomunada • Facturas de servicios públicos o cuentas de tarjeta de crédito • Testamento o pólizas de seguro de vida
Hijos Hijos casados o solteros, menores de 26, biológicos, adoptados legalmente o hijastros suyos, de su cónyuge/ pareja de hecho/ conviviente o de ambos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de la partida de nacimiento donde conste que usted es el padre o la madre ▪ Copia del contrato de adopción ▪ Copia del documento judicial de custodia o tutela infantil ▪ Copia de la sección de la sentencia de divorcio donde aparezca el nombre de la persona a cargo
Nietos Hijos casados o solteros, menores de 25, biológicos, adoptados legalmente o hijastros suyos, de su cónyuge/ pareja de hecho/ conviviente o de ambos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de la orden de asistencia médica calificada (QMCSO, siglas en inglés) ▪ Copia de la tarjeta de Seguro Social

Confirme que los individuos indicados como personas a cargo en el plan cumplen todos los requisitos de elegibilidad. Si tiene dudas, visite el Centro de Servicios de Beneficios en la sala 1DS de la municipalidad o llame al 855-656-9114 para pedir detalles.

Cuándo comienza la cobertura

Inscripción inicial

Usted y las personas que tenga a cargo pueden inscribirse para recibir beneficios en un plazo de 30 días a partir de su fecha de contratación/recontratación (o a partir de la fecha en que adquiera elegibilidad para recibir beneficios). Si se inscribe a tiempo, su cobertura comenzará en la fecha de contratación o retroactivamente en la fecha de cambio de elegibilidad, según corresponda.

Si no se inscribe en el plazo de 30 días, quedará inscrito automáticamente en el seguro de vida básico (solo en el caso de los empleados de tiempo completo). En tal caso, tendrá que esperar hasta la próxima fecha de inscripción anual para inscribirse en otros beneficios y hacer cambios en la cobertura.

Inscripción anual

Puede inscribirse o cambiar de cobertura durante el período de inscripción anual en el otoño de cada año. Las selecciones que haga durante este período entrarán en vigor el 1 de enero.

Cambios de cobertura

Una vez inscrito, no podrá cambiar los beneficios escogidos (incluida la opción de excluirse de la cobertura) hasta el próximo período de inscripción anual porque así lo dispone el IRS. Sin embargo, puede hacer algunos cambios si se produce un evento condicional que afecte sus beneficios y que corresponda con el cambio solicitado. Ejemplos de eventos condicionales:

- Matrimonio
- Divorcio, separación legal o anulación de matrimonio
- Nacimiento, adopción o tutela infantil legal
- Muerte del cónyuge/pareja de hecho o persona a cargo elegible
- Cambio de empleo del empleado, su cónyuge/pareja de hecho o persona a cargo
- Una de las personas a cargo adquiere elegibilidad o la pierde por su edad
- Mayores costos de cobertura de beneficios
- Se produce la inscripción abierta para el plan del cónyuge/pareja de hecho o persona a cargo
- Inscripción para recibir cobertura médica estatal o federal, o pérdida de dicha cobertura
- El cónyuge/pareja de hecho o persona a cargo del empleado hace cambios en el plan que tiene con otro empleador
- El empleado se muda del área de servicio del plan médico, lo cual obliga a hacer un cambio de planes

Debe avisar al Centro de Servicios de Beneficios y presentar prueba del evento condicional lo antes posible y antes de transcurrir 30 días a partir de la fecha del evento. Si deja pasar los 30 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción anual para efectuar cambios.

Período de inscripción especial de 60 días

Además de estos eventos condicionales, el empleado y las personas que tenga a cargo disponen de un período especial de 60 días para escoger cobertura o suspenderla en los siguientes casos:

- El empleado o la persona que tenga a cargo pierde la cobertura Medicaid o CHIP (Programa de Seguro Médico Infantil) por la pérdida de elegibilidad.
- El empleado o la persona que tenga a cargo adquiere elegibilidad para recibir un subsidio para el pago de primas conforme a Medicaid o CHIP.



Cobertura médica

La Ciudad de Dallas ofrece dos clases de cobertura médica mediante United Healthcare (UHC). Usted puede escoger la cobertura que más le convenga a usted y a su familia, según sus necesidades y su presupuesto.

- Plan EPO 70/30/\$3000
- Plan EPO 75/25 con cuenta HRA

Detalles sobre los planes

Ambos planes dan cobertura de los mismos tipos de gastos como consultas médicas, atención preventiva, medicamentos recetados y hospitalizaciones. Los servicios de atención preventiva tienen 100 % de cobertura. El empleado puede escoger el proveedor de red cada vez que lo necesite, en ambos planes. Si usa proveedores ajenos a la red, no recibirá beneficios del plan y usted se responsabilizará del pago del 100 % del costo de toda la atención recibida. El plan EPO 70/30 ofrece un deducible de farmacia por separado a tarifas quincenales bajas, pero el plan EPO 75/25 incluye una cuenta HRA para asistirle en el pago de los gastos elegibles.

Aspectos destacados de los planes médicos

Característica	EPO 70/30	EPO 75/25 con plan HRA
Copagos médicos	Solamente sala de urgencias	No
Copagos para medicamentos recetados	No	No
Deducible	Individual \$3,000	Individual \$2,500
	Familiar \$9,000	Familiar \$5,000
Contribución municipal al plan HRA	No	Sí
Disponibilidad de proveedores	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Deducible farmacia por separado	Sí	No

Definiciones importantes

- **Deducible:** importe que el empleado paga los servicios cubiertos directamente de su bolsillo cada año hasta la fecha en que el plan comienza a pagar ciertos beneficios elegibles.
- **Coseguro:** porcentaje de gastos cubiertos que el empleado comparte con el plan tras haber satisfecho el deducible.
- **Copago:** importe específico que el empleado paga para recibir ciertos servicios como consultas médicas. Los copagos van a cuenta de los importes máximos de gastos directos, pero no a cuenta de los deducibles.
- **Importe máximo de gastos directos:** importe máximo que el empleado paga por gastos cubiertos directamente de su bolsillo en un año calendario hasta la fecha en que el plan paga el 100 % de los gastos cubiertos.

¿Pertenece su doctor en la red de UHC?

Para saber si su médico participa en la red de UHC, inicie una sesión en la página www.myUHC.com; seleccione luego la opción *Physicians & Facilities* (Médicos y centros).

Nivel de beneficios ampliados

Ambos planes médicos ofrecen un **beneficio ampliado por centro médico** que aumentará los beneficios que el empleado reciba del plan médico de la ciudad si acude a ciertos centros médicos de la red de UHC.

Si el empleado visita un centro médico habitual de la red de UHC, el plan paga el 70 % o el 75 % del coseguro de los gastos del establecimiento después que el empleado satisface el deducible. A partir de enero, cuando el empleado visita un centro médico perteneciente al nivel de beneficios ampliados, el plan paga el 90 % del coseguro de los gastos del establecimiento después que el empleado satisface el deducible. El beneficio ampliado corresponde solo a los cargos del establecimiento sanitario, en tanto que el plan paga el resto de los cargos (honorarios médicos y servicios de laboratorio, por ejemplo) según los niveles habituales.

¿Qué centros médicos participan en el nivel de beneficios ampliados?

El nivel de beneficios ampliados incluye actualmente a 90 centros de Baylor y Methodist distribuidos ampliamente en la región metropolitana de DFW. Este nivel abarca hospitales, centros quirúrgicos, centros de atención hospitalaria y ambulatoria, centros de imágenes de resonancia magnética (RMN) e incluso algunos centros de rehabilitación. Consulte la lista completa de centros médicos de la red de beneficios ampliados en la página web www.myUHC.com; luego seleccione *Physicians & Facilities* (Médicos y centros).

¿Qué son los cargos de establecimiento sanitario?

El beneficio ampliado corresponde solo a los cargos del establecimiento sanitario. Estos cargos abarcan los costos operativos del centro médico, por ejemplo:

- Suministros
- Equipos
- Salas de exámenes
- Habitaciones de pacientes hospitalizados

Por otra parte, los cargos de establecimiento sanitario no contemplan actividades como las siguientes:

- Honorarios médicos
- Consultas
- Análisis de laboratorio
- Servicio de anestesiólogo
- Medicamentos recetados

Recuerde que el beneficio ampliado corresponde SOLO a los cargos de establecimiento sanitario.



El beneficio ampliado en acción

Estos son dos ejemplos en los que el beneficio ampliado por centro médico puede reducir el costo de las facturas médicas. **Recuerde que se trata solo de ejemplos y que no representan el costo verdadero de los servicios médicos que reciba.**

Ejemplo de atención de parto con hospitalización

	Plan 70/30		Plan 75/25	
	Establecimiento de red habitual	Establecimiento de red con beneficio ampliado	Establecimiento de red habitual	Establecimiento de red con beneficio ampliado
Honorarios médicos: \$2,800				
Pago a cargo del empleado luego de satisfacer el deducible	\$840	\$840	\$700	\$700
Anestesia: \$2,500				
Pago a cargo del empleado luego de satisfacer el deducible	\$750	\$750	\$625	\$625
Cargos del establecimiento sanitario: \$5,500				
Pago a cargo del empleado luego de satisfacer el deducible	\$1,650	\$550	\$1,375	\$550
Total a cargo del empleado luego de satisfacer el deducible	\$3,240	\$2,140	\$2,700	\$1,875
Lo que el empleado se ahorra	\$1,100		\$825	

Ejemplo de artroscopia de rodilla ambulatoria

	Plan 70/30		Plan 75/25	
	Establecimiento de red habitual	Establecimiento de red con beneficio ampliado	Establecimiento de red habitual	Establecimiento de red con beneficio ampliado
Honorarios médicos: \$1,500				
Pago a cargo del empleado luego de satisfacer el deducible	\$450	\$450	\$375	\$375
Anestesia: \$900				
Pago a cargo del empleado luego de satisfacer el deducible	\$270	\$270	\$225	\$225
Cargos del establecimiento sanitario: \$5,800				
Pago a cargo del empleado luego de satisfacer el deducible	\$1,740	\$580	\$1,450	\$580
Total a cargo del empleado luego de satisfacer el deducible	\$2,460	\$1,300	\$2,050	\$1,180
Lo que el empleado se ahorra	\$1,160		\$870	

Usted podría ahorrarse cientos, incluso miles de dólares en facturas médicas si acude a un establecimiento sanitario que participa en el nivel de beneficios ampliados.

Cómo aprovechar al máximo el nivel de beneficios ampliados

Siga viendo a su médico habitual para recibir la atención de rutina. Cuando necesite atención médica adicional, piense en hablar con su médico sobre la posibilidad de acudir a un centro Baylor o Methodist en el nivel de beneficios ampliados.

¿Necesita buscar a un médico?

Si necesita encontrar a un médico de la red, llame a UHC al 1-800-736-1364. Como alternativa, visite www.myUHC.com y seleccione la opción *Physicians & Facilities* (Médicos y centros).

Programa de recompensas en plan de beneficios

El programa **Benefit Rewards** ofrece incentivos a los empleados municipales inscritos en un plan de beneficios médicos con patrocinio municipal. De participar en este programa, ahorrará un total de \$240 (\$10 por cheque salarial) en el costo de las contribuciones al plan médico durante 2017. Además, recibirá una bonificación de \$300 que puede contribuir a su cuenta HRA.

Debe inscribirse en un plan médico con patrocinio municipal para participar en el programa Benefit Rewards.

Si desea participar en el programa para conseguir extraordinarias recompensas, gane un mínimo de 100 puntos antes del 31 de agosto de 2016:

1. Hágase un examen físico anual o complete un programa de atención médica integral de enfermedades (50 puntos) de UnitedHealthcare (UHC).

- **Examen físico anual:** un examen físico anual sirve para la detección temprana de enfermedades, así puede atenderlas antes de que se agraven. Para darle una idea inmediata de su salud general para evaluar riesgos futuros, el examen físico debe incluir un análisis de sangre y la medición de lo siguiente:
 - Tensión arterial
 - Índice de masa corporal (IMC)
 - Colesterol LDL en ayunas
 - Glucemia en ayunas (concentración de glucosa en la sangre)
- **Programas de atención médica integral de enfermedades:** si sufre una enfermedad crónica como diabetes o algunos tipos de cardiopatía, puede mejorar su salud con la ayuda de los programas de atención médica integral de enfermedades de UHC. Estos programas abarcan educación sanitaria, coordinación asistencial y otros recursos para el tratamiento integral de su padecimiento con toda confianza. Estos programas atienden asma, diabetes, coronariopatía e insuficiencia cardíaca.

2. Participe en la evaluación sanitaria MyUHC (25 puntos).

Cuando conteste las preguntas sobre su salud que la evaluación sanitaria confidencial por Internet le presente, recibirá comentarios personalizados y recomendaciones detalladas para hacer los cambios necesarios. Inicie una sesión en www.MyUHC.com y complete la evaluación. Si es su primera visita a este sitio web, tiene que crear una cuenta antes de iniciar una sesión.

3. Complete cinco actividades de educación sanitaria (cinco puntos cada una). Entre estas actividades puede optar por ver los videos sobre beneficios municipales en la página web <https://cityofdallas.a.guidespark.com>.

Verificación del examen físico anual

Todo empleado municipal elegible de la Ciudad de Dallas (sea de tiempo completo o de medio tiempo) debe llenar el formulario de verificación del examen físico anual como parte de su participación en el programa de incentivos "Benefit Rewards".

Tiene hasta el **31 de agosto de 2016** para presentar el formulario de verificación del examen físico anual en el Centro de Servicios de Beneficios.

Instrucciones para empleados municipales de la Ciudad de Dallas

Luego de completar la sección 2 del formulario, incluida su firma, presente el formulario a su médico durante la consulta. Pida al médico que complete los datos solicitados.

Presente el formulario completado directamente al Centro de Servicios de Beneficios antes del 31 de agosto de 2016. Puede hacerlo personalmente, por fax seguro o por correo:

Benefits Service Center
Dallas City Hall
1500 Marilla Street, Room 1DS
Dallas, TX 75201
Teléfono: (855) 656-9114
Fax seguro: (214) 659-7098
Horario: 8:15 a. m. - 5:15 p. m. (de lunes a viernes)

Verificación del examen físico anual

SECCIÓN 1 ANTECEDENTES

Estimado médico:

La Ciudad de Dallas ofrece un plan de incentivos llamado Benefit Rewards. El empleado puede recibir incentivos si mantiene un estilo de vida saludable como participante de Benefit Rewards. La realización de un examen físico anual es uno de los requisitos de participación en Benefit Rewards.

Médico: por favor complete la sección 3. Una vez que usted complete el formulario, el empleado debe llevarlo al Centro de Servicios de Beneficios de la Ciudad de Dallas.

SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Paciente: complete esta sección. Escriba con letra de molde)

Nombre: _____ Apellido: _____

Identificación de empleado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____ (día)/ ____ (mes)/ ____ (año) Edad: ____

Firma: _____ Fecha: ____ (día)/ ____ (mes)/ ____ (año)

PACIENTE: presente este formulario antes del 31 de agosto de 2016.

SECCIÓN 3 VERIFICACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO ANUAL SOLAMENTE

Médico: su firma confirma que el empleado se sometió al examen físico anual.

Firma del médico: _____ Fecha: ____ (día)/ ____ (mes)/ ____ (año)

Recordatorios para el empleado

- Puede enviar los resultados al Centro de Servicios de Beneficios de múltiples maneras.
- Envíe los resultados a la dirección indicada, por correo, fax o personalmente.
- **Envíe todos los resultados antes del 31 de agosto de 2016.**

Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA)

El plan EPO 75/25 incluye una cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA, siglas en inglés) financiada por la ciudad para asistir en el pago directo de gastos médicos como deducibles, coseguro y copagos de medicamentos recetados. Si es empleado nuevo que se inscribe en este plan o si lo hace durante el período de inscripción abierta, la Ciudad de Dallas contribuirá a su cuenta HRA \$700 como máximo para la cobertura individual del empleado o \$1,700 como máximo para la cobertura familiar.

Fondos prorrateados para cuentas HRA

Mes de inscripción	Solo el empleado	Empleado + personas a cargo	Mes de inscripción	Solo el empleado	Empleado + personas a cargo
Enero	\$700.00	\$1,700.00	Julio	\$350.02	\$849.98
Febrero	\$641.67	\$1,558.33	Agosto	\$291.69	\$708.31
Marzo	\$583.34	\$1,416.66	Septiembre	\$233.36	\$566.64
Abril	\$525.01	\$1,274.99	Octubre	\$175.03	\$424.97
Mayo	\$466.68	\$1,133.32	Noviembre	\$116.70	\$283.30
Junio	\$408.35	\$991.65	Diciembre	\$58.37	\$141.63

La cantidad que la Ciudad de Dallas contribuya a su cuenta HRA dependerá de su nivel de cobertura, de su condición WellPoint para 2015 y de la fecha de inscripción en el plan.

Cómo acceder a los fondos de su cuenta HRA

Puede ganar acceso a los fondos de su cuenta HRA de tres maneras:

- Pague sus gastos médicos con la tarjeta MasterCard de Optum Bank, con la que los debitará automáticamente de su cuenta HRA.
- Pague los gastos médicos directamente y luego presente un reclamo de reembolso a su cuenta HRA.
- El proveedor puede presentar el reclamo de reembolso a UHC. Si hay fondos en su cuenta HRA, usted recibirá el reembolso automáticamente.

Detalles de la cuenta HRA

- Solo tendrá acceso a una cuenta HRA si se inscribe en el plan EPO 75/25.
- Puede usar la cuenta HRA para pagar gastos médicos directamente, como deducibles, coseguros, medicamentos recetados y demás servicios médicos que el plan no cubre. Sin embargo, no puede usar la cuenta HRA para gastos dentales o de oftalmología.
- La Ciudad de Dallas se encargará de abrirle una cuenta HRA a su nombre. Si tiene gastos médicos elegibles, páguelos con la tarjeta MasterCard de Optum Bank. Los fondos se debitarán automáticamente de su cuenta.

Si tiene una cuenta HRA, recibirá una tarjeta MasterCard de Optum Bank para pagar los gastos médicos aprobados. En general, si usa esta tarjeta no tendrá que presentar reclamos de reembolso a su cuenta. Cada vez que usa la tarjeta para pagar un servicio, el cargo se deduce automáticamente de su cuenta y no tiene que pagar en efectivo.

Archive todos los comprobantes y estados de cuenta porque quizá tenga que presentarlos a UHC para justificar sus gastos.

- La Ciudad de Dallas contribuirá a su cuenta HRA \$700 como máximo para la cobertura individual del empleado o \$1,700 como máximo para la cobertura familiar. Recibirá una contribución adicional de \$300 si cumple los pasos de bienestar. Se depositarán estos fondos en su cuenta a principios de año.
- Los fondos de la cuenta HRA no se consideran ingresos sujetos al pago de impuestos. En otras palabras, puede usar el dinero libre de impuestos para cubrir sus gastos médicos elegibles.
- El saldo de su cuenta HRA se transfiere al año siguiente hasta llegar a un tope de \$6,000. Las cuentas HRA están exentas de reglas de uso anual inmediato para no perder el saldo.
- Puede tener tanto una cuenta HRA como una cuenta FSA al mismo tiempo. La tarjeta MasterCard de Optum Bank le servirá para ambas cuentas. Primero se deducirán de su cuenta HRA los gastos elegibles.

Cómo colaboran el plan EPO 75/25 y su cuenta HRA

Paso 1: pague gastos de atención con su cuenta HRA

A comienzos de cada año de plan, la Ciudad de Dallas acredita fondos a la cuenta HRA ya preparada para usted. Si tiene gastos médicos elegibles, páguelos con la tarjeta MasterCard de Optum Bank hasta agotar los fondos de la cuenta.

Paso 2: pague el saldo del deducible

Tras agotar los fondos de la cuenta HRA, pagará el 100 % de los gastos médicos hasta satisfacer el deducible. Ya está a mitad de camino porque muchos de los pagos que hace con la cuenta HRA y de su propio bolsillo van a cuenta del deducible.

Paso 3: los gastos se reparten entre el plan y el empleado

Si tiene más gastos luego de satisfacer el deducible, el plan EPO 75/25 paga el coseguro, o sea el 75 % del costo de la atención de red. A usted le corresponde pagar la diferencia, el 25 %, hasta satisfacer el importe máximo de gastos directos.

Paso 4: el plan paga el resto

Tras satisfacer el importe máximo de gastos directos para el año, el plan EPO 75/25 paga el 100 % de los cargos de red elegibles.

La cuenta HRA en acción

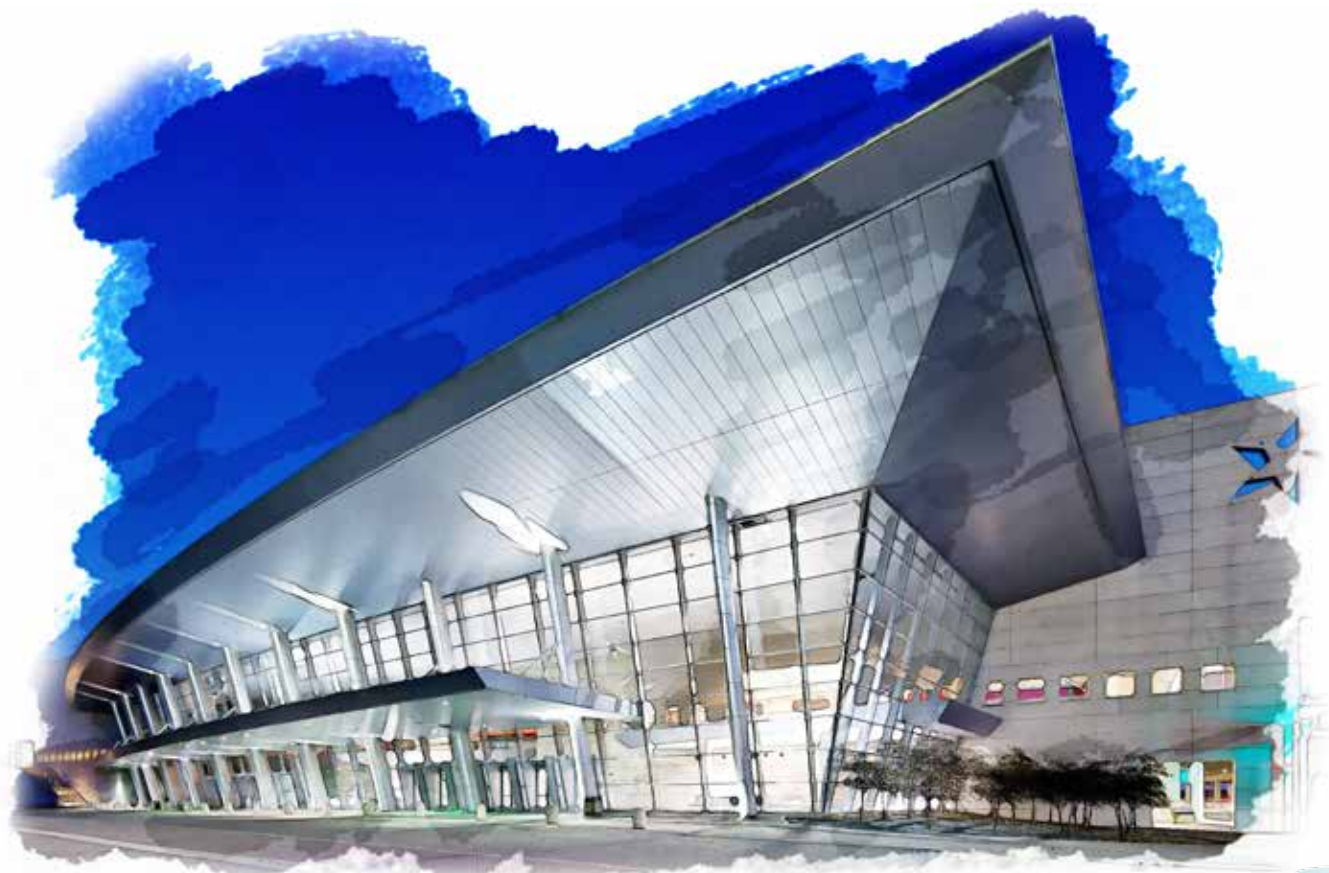
Jaime tiene cobertura individual de empleado conforme al plan EPO 75/25. A comienzos del nuevo año de plan, la Ciudad de Dallas deposita \$700 en la cuenta HRA de Jaime para que él use los fondos en gastos médicos y de farmacia elegibles. Estos pagos también van a cuenta del pago del deducible individual de red de \$2,500.

Como Jaime sufrió un ataque cardíaco en los primeros meses del año, usa los servicios de red para su propia atención médica. En este ejemplo, Jaime se queda con un saldo de cuenta HRA de \$0 al final del año. Sin embargo, usó el importe máximo en gastos directos anuales para limitar sus gastos directos porque acudió a médicos de red y usó servicios de red.

Servicios	Pagos
Ambulancia	
Cargo facturado:	\$200
Cantidad que Jaime adeuda:	\$200 porque no ha pagado el deducible
Cantidad que Jaime debe pagar:	\$200 de las contribuciones que la ciudad depositó en su cuenta HRA, la cual tiene un saldo de \$500 (\$700 menos \$200)
Cantidad que el plan de la ciudad pagará:	\$0
Cirugía e internación hospitalaria	
Cargo facturado:	\$75,000
Cantidad que Jaime adeuda:	Queda un saldo de \$2,300 del deducible a pagar y el 25 % de los cargos restantes
Cantidad que Jaime debe pagar:	\$500 de su cuenta HRA, que deja un saldo de \$0 en la cuenta, más \$5,650 en gastos directos. Aun cuando el 25 % de los cargos supera con creces la suma de \$5,650, Jaime ha llegado al importe máximo de gastos directos anuales de \$6,350 (el total de \$6,150 pagado al hospital + \$200 que pagó a la ambulancia = total de \$6,350).
Cantidad que el plan de la ciudad pagará:	\$68,650
Consultas de seguimiento (5)	
Cargo facturado:	\$500 (precio de red contratado de \$100 por consulta que se paga al proveedor de UHC)
Cantidad que Jaime adeuda:	\$0 porque ya pagó el importe máximo de gastos directos
Cantidad que el plan de la ciudad pagará:	\$500

Comparación de planes médicos: el empleado paga

Característica del plan	Plan EPO 70/30/\$3000	EPO 75/25 con plan HRA
	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Deducible total	\$3,000 individual \$9,000 familiar	\$2,500 individual \$5,000 familiar
Contribución municipal al plan HRA	No se aplica	\$1,000 individual/\$2,000 familiar con bienestar \$700 individual/\$1,700 familiar sin bienestar
Importe máximo de gastos directos (incluye farmacia)	\$6,350 individual \$12,700 familiar	\$6,350 individual \$12,700 familiar
Consultas	30 % luego del pago de deducible	25 % luego del pago de deducible
Radiografías y análisis de laboratorio	30 % luego del pago de deducible	25 % luego del pago de deducible
Atención preventiva	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %
Sala de urgencias	El empleado paga \$100 de copago más el 30 % después del pago del deducible	25 % luego del pago de deducible
Solo centro de atención urgente	30 % luego del pago de deducible	25 % luego del pago de deducible
Servicios hospitalarios	30 % luego del pago de deducible	25 % luego del pago de deducible
Servicios ambulatorios	30 % luego del pago de deducible	25 % luego del pago de deducible
Beneficio ampliado por establecimiento sanitario	10 % luego del pago de deducible	10 % luego del pago de deducible
Cobertura de medicamentos recetados	Consulte los detalles adicionales en la página 14	Consulte los detalles adicionales en la página 14
Deducible de medicamentos recetados	\$750 individual	No se aplica



Cobertura de medicamentos recetados

Si se inscribe en uno de los planes médicos de la Ciudad de Dallas, recibirá cobertura de medicamentos recetados por CVS/Caremark de manera automática. Si necesita surtir recetas, puede comprarlas en una farmacia minorista local. Tiene la alternativa de usar el servicio de farmacia por correo si necesita remedios con regularidad.

Programa de recetas surtidas al por menor

Si tiene que tomar medicamentos por afecciones temporales, puede surtir las recetas correspondientes en farmacias de la red. Use este programa para recibir un suministro del medicamento por 31 días como máximo.

Servicio de farmacia por correo

El servicio de farmacia por correo es una manera cómoda y económica de surtir recetas si toma medicamentos con regularidad (medicamentos de mantenimiento). Si usa el servicio de farmacia por correo, normalmente recibirá un surtido de medicamentos para tres meses. Recibirá los medicamentos por correo directamente en su hogar.

Para inscribirse en el servicio de farmacia por correo, llame a *FastStart* al teléfono 800-875-0867 o anótese en Internet:

- Inicie una sesión en www.caremark.com
- Escoja la opción *Start a New Prescription* (Iniciar nueva receta)
- Seleccione *FastStart*

Terapia escalonada con medicamentos genéricos

En el caso de ciertos medicamentos recetados de alto costo, quizás necesite probar dos medicamentos genéricos alternativos antes de pasar a un tratamiento más costoso. Su farmacéutico le informará si su receta requiere terapia escalonada cuando vaya a comprar el medicamento.

Recargo por surtir receta con medicamento de marca

Si escoge un medicamento de marca cuando puede obtener uno genérico, pagará el copago del medicamento genérico más la diferencia de costo entre el remedio de marca y el genérico. Los medicamentos genéricos pueden ahorrarle dinero porque equivalen a los de marca, pero se venden por lo general a una fracción del precio.

Recetas de medicamentos en lista especial

En el caso de medicamentos especiales para tratar enfermedades complejas como cáncer, esclerosis múltiple y trastornos autoinmunitarios, deberá surtir las recetas con los medicamentos de la lista aprobada de CVS/Caremark. Si opta por surtir la receta con un medicamento de la “lista de medicamentos excluidos”, tendrá que pagar el precio total de ese medicamento.

El empleado paga

	EPO 70/30	EPO 75/25 con plan HRA
Deducible anual de medicamentos recetados	\$750 individual	No se aplica
Farmacia minorista (suministro para 31 días)		
Genéricos	10 % (mínimo de \$10)	10 %
Marca privilegiada	25 % (mínimo de \$25)	25 %
Marca no privilegiada	40 % (mínimo de \$40)	40 %
Farmacia por correo (suministro para 90 días)		
Genéricos	10 % (mínimo de \$10)	10 %
Marca privilegiada	25 % (mínimo de \$25)	25 %
Marca no privilegiada	40 % (mínimo de \$40)	40 %

Plan odontológico

La Ciudad de Dallas ofrece tres planes odontológicos mediante UnitedHealthcare (UHC):

- **Dental PPO**, que permite al empleado seleccionar su proveedor preferido.
- **Dental HMO**, con copagos y beneficios de red solamente.
- **Dental PPO**, que permite al empleado seleccionar su proveedor preferido e incluye copagos.

Los tres planes ofrecen cobertura individual y familiar para gastos dentales típicos como limpiezas, radiografías y empastes. Dos de los planes ofrecen servicios de ortodoncia.

Aspectos destacados de los planes odontológicos: lo que el empleado paga

Características del plan	Plan PPO odontológico		Plan HMO odontológico	Plan EPO odontológico
	Dentro la red	Ajeno a la red	Solo dentro de la red	Dentro y fuera de la red
Deducible del año calendario				
Individual	\$50		\$0	\$50
Familiar	\$150		\$0	\$150
Máximo				
Año calendario	\$1,000 por persona		\$0	\$1,250 en servicios odontológicos \$1,500 en servicios de ortodoncia Período de espera de 12 meses para servicios de ortodoncia
Período de espera	Período de espera de 12 meses para servicios mayores		No hay período de espera para los servicios mayores.	No hay período de espera para los servicios mayores.
Consultas y exámenes				
Consulta	El empleado paga 0 %	El empleado paga los cargos que exceden el importe aprobado*	\$5	Cada servicio tiene su propio copago según el cuadro de cargos para el paciente*
Examen bucodental			\$0	
Radiografías			\$0	
Servicios básicos				
Empastes	El empleado paga 20 %	El empleado paga 20 % y los cargos que exceden el importe aprobado*	Cada servicio tiene su propio copago según el cuadro de cargos para el paciente*	Cada servicio tiene su propio copago según el cuadro de cargos para el paciente*
Servicios generales				
Mantenedores de espacio				
Servicios complejos				
Coronas	El empleado paga 50 %	El empleado paga 50 % y los cargos que exceden el importe aprobado*	Cada servicio tiene su propio copago según el cuadro de cargos para el paciente*	Cada servicio tiene su propio copago según el cuadro de cargos para el paciente*
Dentaduras postizas/ Puentes				
Servicios de ortodoncia				
Ortodoncia	Sin cobertura	Sin cobertura	Cada servicio tiene su propio copago según el cuadro de cargos para el paciente* Ortodoncia infantil y para adultos Sin período de espera	Cada servicio tiene su propio copago según el cuadro de cargos para el paciente* Hijos solamente (hasta los 19 años)

* El porcentaje del beneficio corresponde al cuadro de cargos máximos aprobados. Los cargos máximos aprobados limitan los cargos facturados en la zona geográfica donde se produzcan los gastos.

Plan oftalmológico

La Ciudad de Dallas ofrece dos planes oftalmológicos mediante UnitedHealthcare. Los planes cubren servicios como exámenes de la vista, anteojos, armazones y lentes de contacto. El plan ampliable también cubre opciones adicionales de compra de cristales para anteojos y cirugía láser fuera de la red. Ambos planes ofrecen servicios dentro y fuera de la red, pero el empleado ahorra dinero si acude a proveedores de la red.

Aspectos destacados de los planes oftalmológicos: lo que el empleado paga

Servicios oftalmológicos	Plan normal		Plan básico	
	De la red	Ajeno a la red ¹	De la red	Ajeno a la red ¹
Examen integral (cada 12 meses)	Copago de \$10	\$40 como máximo	Copago de \$10	\$40 como máximo
Materiales	Copago de \$25	Véanse los beneficios de anteojos y armazones más adelante	Copago de \$25	Véanse los beneficios de anteojos y armazones más adelante
Cristales para anteojos* (cada 12 meses)		Importes superiores a:		Importes superiores a:
Normal				
■ Revestimiento contra arañazos	Copago de \$25	\$40 para unifocales \$60 para bifocales \$80 para trifocales \$80 para lenticulares	Copago de \$25	\$40 para unifocales \$60 para bifocales \$80 para trifocales \$80 para lenticulares
Plan básico				
■ Revestimiento contra arañazos				
■ Lentes de policarbonato				
■ Revestimiento antirreflectante				
Armazones (cada 24 meses)	Importes superiores a \$130	Importes superiores a \$45	Importes superiores a \$130	Importes superiores a \$45
Lentes de contacto** (cada 12 meses)		Importes superiores a:		Importes superiores a:
Prueba y evaluación	Selección con cobertura total	\$105 para lentes optativos	Selección con cobertura total	\$105 para lentes optativos
Lentes de contacto	o importes superiores a \$105	\$210 para lentes necesarios	o importes superiores a \$105	\$210 para lentes necesarios
Dos consultas de seguimiento (después de pagar copago de \$25)				
Laser Vision***	No se aplica	No se aplica	No se aplica	Reembolso vitalicio máximo de \$500.

¹ Reembolso fuera de la red: los comprobantes de servicios y materiales comprados en fechas diferentes deben presentarse juntos en la misma fecha para recibir el reembolso. Envíe los comprobantes a la dirección siguiente en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de servicio: UHC Vision, ATTN: Claims Dept., P.O. Box 30978, Salt Lake City, UT 84130.

* Disponibilidad de beneficios cada 12 a 24 meses (acorde a la frecuencia del beneficio) según la última fecha de servicio.

** El cargo aprobado de \$105 para lentes de contacto reduce el cargo de prueba/evaluación y el precio de compra de los lentes de contacto. Por ejemplo, si el cargo de prueba/evaluación es \$30, el empleado contará con \$75 para pagar la compra de lentes de contacto. Puede usar el cargo aprobado para pagar al optometrista que lo examine y a la óptica donde vaya a comprar los lentes. Si escoge lentes de contacto desechables, recibirá cuatro cajas como máximo, según la receta. Este beneficio tiene cobertura en lugar de los anteojos si el empleado los compra de un proveedor de la red. Los lentes de contacto tóricos, permeables al gas y bifocales son ejemplos excluidos de la selección con cobertura total.

*** UHC tiene contrato con Laser Vision Network of America (LVNA) para que sus miembros puedan acceder a proveedores de cirugía láser correctiva con descuento. Contacte con uno de estos proveedores en UHClasik.com o llame al (888) 563-4497.

Cuentas flexibles de gastos médicos

Las cuentas flexibles para gastos médicos (FSA, siglas en inglés) permiten que el empleado pueda depositar efectivo en reserva para atender a ciertos gastos médicos individuales y de personas a cargo. Si usted decide abrir una cuenta FSA, puede escoger el importe que le deducirán de nómina durante 24 períodos salariales. Este importe le será depositado en su cuenta FSA. Los gastos elegibles que haya pagado le serán reembolsados con fondos de la cuenta FSA.

Generalidades de las cuentas

Como las contribuciones del empleado a estas cuentas se deducen de su salario quincenal **antes de la retención de impuestos**, usa el dinero libre de impuestos para cubrir sus gastos médicos elegibles. La Ciudad de Dallas ofrece dos cuentas FSA distintas:

La **cuenta FSA flexible para gastos médicos del empleado** sirve para costear los gastos médicos elegibles individuales y de personas a cargo. Si decide participar, debe observar las instrucciones de depósito descritas en la página siguiente. Según el IRS, el empleado por lo general no puede participar en una cuenta FSA si el cónyuge o conviviente ya tiene una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA).

La **cuenta FSA flexible para gastos médicos de personas a cargo** sirve para costear los gastos de la atención diurna de personas a cargo, por ejemplo:

- Menores de 13 años.
- Niños incapaces física o mentalmente de autoatención.
- Padre o madre anciano a cargo del empleado que necesita atención mientras el empleado trabaja.

	Cuenta FSA flexible para gastos médicos del empleado	Cuenta FSA para la atención de personas a cargo
Propósito	Gastos médicos, dentales y oftalmológicos elegibles	Gastos de atención diurna de personas a cargo
Depósito máximo	\$2,500 por año	Individuo, cabeza de familia, casado con declaración mancomunada de impuestos: \$5,000 por año Casado con declaración individual de impuestos: \$2,500 por año
Acumulación de fondos	El depósito anual se acredita a su cuenta a comienzos de cada período de participación.	Antes de hacer retiros, su cuenta debe tener fondos acumulados.

Cómo emplear los fondos

Puede ganar acceso a los fondos de su cuenta FSA de varias maneras:

- Cuando United Healthcare tramita el reclamo médico, odontológico u oftalmológico o cuando CVS Caremark tramita el reclamo de farmacia, la responsabilidad de pago del reclamo por parte del paciente se “transfiere” a la cuenta FSA. El empleado recibirá el reembolso de su propia cuenta FSA siempre que tenga fondos suficientes. Si usted está inscrito en el plan médico con cuenta HRA, recuerde que el reclamo médico pasará primero a su cuenta HRA y luego a su cuenta FSA tras haberse debitado de los fondos de aquella.
- La cuenta FSA flexible para gastos médicos provee una tarjeta MasterCard de Optum Bank para pagar gastos elegibles dondequiera que reciban la tarjeta MasterCard.
- En el caso de los demás gastos elegibles, será necesario presentar reclamos para pedir reembolso. Sin embargo, puede anotarse para el servicio de depósito directo (“Direct Deposit”) en la opción *Account Settings* (Configuración de cuenta) del sitio web www.myuhc.com. De esta manera, se depositarán automáticamente los reembolsos de su cuenta FSA en su cuenta de ahorro o cuenta corriente.

Ejemplo de ahorro en gastos

Mito: “no me alcanza para depositar fondos en una cuenta FSA”.

Verdad: quizás piensa que no puede darse el lujo de usar una cuenta FSA porque piensa que le achicará el sueldo. Pero si incurre en gastos de atención de personas a cargo, como guardería, jardín de infancia o campamentos diurnos, sufrirá mayores desembolsos si *no usa* la cuenta. En lugar de ello, piense en apartar fondos libres del pago de impuestos en una cuenta FSA flexible para gastos médicos de personas a cargo, que reducirá sus ingresos sujetos al pago de impuestos pero le quedará más en sueldo neto.

Aquí tiene un ejemplo de la cuenta en acción para conservar más dinero como sueldo neto cuando tiene gastos para cuidar a personas a su cargo. En este ejemplo se supone que el empleado es soltero con un salario anual de \$30,000 y que desembolsa \$4,800 en gastos de atención diurna al año. **Nota:** se trata de un ejemplo solamente, diferente de los gastos que usted pueda ahorrarse en su caso en particular.

Contribuye a la cuenta		NO CONTRIBUYE a la cuenta	
Salario anual	\$30,000	Salario anual	\$30,000
Deducción por atención diurna antes del pago de impuestos	- \$4,800	Menos los impuestos*	- \$7,350
Salario sujeto al pago de impuestos	\$25,200	Sueldo neto	\$22,650
Menos los impuestos*	- \$6,174	Gastos anuales de atención diurna	- \$4,800
Sueldo después del pago de impuestos	\$19,026	Sueldo después del pago de impuestos	\$17,850

*Se supone una categoría tributaria federal del 24.5 %

*Se supone una categoría tributaria federal del 24.5 %

Dinero ahorrado: ¡\$1,176 al año!

Detalles de la cuenta FSA

- La lista completa de gastos elegibles se encuentra en el sitio web www.myuhc.com. En ese sitio web puede configurar el depósito directo de los cheques de reembolso en su cuenta bancaria.
- Las cuentas flexibles FSA para gastos y FSA para gastos de atención de personas a cargo son independientes; es decir, no es posible transferir fondos de una a la otra.
- Archive todos los comprobantes y estados de cuenta porque quizá tenga que presentar a UHC para justificar sus gastos.
- Puede tener tanto una cuenta FSA como una cuenta HRA al mismo tiempo. Recibirá una tarjeta MasterCard de Optum Bank para usarla con ambas cuentas.

Cómo presupuestar la cuenta flexible para gastos médicos

Si opta por participar en una cuenta, use esta hoja de cálculo para presupuestar el depósito anual.

Gastos médicos elegibles	Gastos calculados
Copagos (consultas médicas, recetas y atención oftalmológica)	\$
Deducibles de seguro médico y odontológico	\$
Gastos hospitalarios pagados en efectivo	\$
Gastos directos en servicios médicos (análisis de laboratorio, por ejemplo)	\$
Gastos odontológicos pagados en efectivo	\$
Gastos oftalmológicos y de óptica pagados en efectivo	\$
Gastos elegibles de medicamentos de venta libre	\$
Otros gastos médicos elegibles	\$
	\$
Total anual	\$
(Dividir por 24)*	÷ 24
Contribución quincenal	\$

Gastos elegibles de atención de personas a cargo	Gastos calculados
Gastos semanales	\$
Número de semanas	
Total anual	\$
(Dividir por 24)*	÷ 24
Contribución quincenal	\$

*Si se inscribe en un plan de la Ciudad de Dallas durante el año, divida el total anual por el número de períodos salariales que queden hasta fin de año.

Necesita presentar la receta de la mayoría de los medicamentos de venta libre para considerarlos gastos elegibles. Recuerde este detalle mientras calcula sus contribuciones a la cuenta FSA.



Clínica Concentra en el lugar de trabajo

Concentra TotalCare Health and Wellness Center es la clínica en el lugar de trabajo situada en el edificio municipal de Dallas. TotalCare ofrece servicios preventivos y de diagnóstico selectos a empleados y personas a cargo (a partir de los cinco años) que tengan cobertura del plan médico municipal sin costo alguno. Los empleados no inscritos en los planes médicos de la Ciudad de Dallas también pueden recibir tratamientos médicos a un costo módico.

Servicios en clínica en el lugar de trabajo para empleados inscritos en los planes médicos de la Ciudad de Dallas		
Descripción de la consulta	Plan EPO 75/25 con cuenta HRA	Plan EPO 70/30/\$3,000
Servicios de atención preventiva <ul style="list-style-type: none"> Servicios prestados en la clínica en el lugar de trabajo Los servicios de laboratorio enviados a LabCorp se tramitarán conforme a los beneficios del plan médico correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> Gratuito para empleados o personas a cargo Cobertura del 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> Gratuito para empleados o personas a cargo Cobertura del 100 %
Atención de heridas o enfermedades: Servicios de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Servicios prestados en la clínica en el lugar de trabajo Los servicios de laboratorio enviados a LabCorp se tramitarán conforme a los beneficios del plan médico correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> Gratuito para empleados o personas a cargo Servicios sujetos a un coseguro del 25 % después de satisfacer el deducible de \$2,500; se deducirán los servicios de los fondos de la cuenta HRA si hay fondos suficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Gratuito para empleados o personas a cargo Servicios sujetos a un coseguro del 30 % después de satisfacer el deducible de \$3,000.

Concentra TotalCare Health and Wellness Center

1500 Marilla Street	Horario: 7:30 a. m. - 5:30 p. m. (de lunes a viernes)
Oficina 1CS	Teléfono: (214) 671-9140
Dallas, TX 75201	Fax: (214) 749-0412

Programa de descuentos Concentra/Ciudad de Dallas para empleados

Los empleados municipales con cobertura médica municipal se valen del programa de descuentos Concentra/Ciudad de Dallas para acudir a cualquier centro de atención urgente Concentra en la zona metropolitana del Gran Dallas, donde pueden recibir un servicio médico incomparable a precios también incomparables. Los empleados y jubilados municipales con plan de cobertura médica autoasegurada de la ciudad pueden seguir acudiendo al centro médico y de bienestar Concentra TotalCare Health and Wellness Center en la municipalidad. Este centro presta la mayoría de los servicios sin costo alguno, entre otros, tratamiento de heridas y enfermedades comunes como esguinces, cortes, gripe e infecciones de las vías respiratorias superiores. Los empleados sin cobertura del seguro médico municipal seguirán pagando un copago de apenas \$25 para recibir los mismos servicios en la clínica ubicada en el edificio municipal.

Su situación laboral	Concentra (edificio municipal de Dallas)	Concentra (región metropolitana de DFW)
Empleado activo con cobertura del plan médico municipal	Costo: \$0	Costo: \$25*/\$35**
Empleado activo sin cobertura del plan médico municipal	Costo: \$25	No recibe el descuento

Aviso importante: quizás tenga que pagar cargos adicionales en caso de servicios tales como análisis de laboratorio y radiografías durante la consulta en la clínica.

* Copago para inscritos en el plan 75/25 con cuenta HRA

** Copago para inscritos en el plan 70/30/\$3,000

Clínicas

Puede escoger entre las varias clínicas distribuidas en la región metropolitana de DFW

<p>Addison 15810 Midway Rd. Addison, TX 75001 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (sábados) Teléfono: (972) 458-8111 Fax: (972) 458-7776</p>	<p>Arlington North 2160 E. Lamar Blvd. Arlington, TX 76006 Horario: 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (de lunes a viernes) 9:00 a. m. - 5:00 p. m. (sáb. y dom.) Teléfono: (972) 988-0441 Fax: (972) 641-0054</p>	<p>Arlington South 15810 Midway Rd Arlington, TX 76018 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 9:00 a. m. - 5:00 p. m. (sáb. y dom.) Teléfono: (817) 261-5166 Fax: (817) 275-5432</p>	<p>Burleson 811 NE Alsbury Blvd. Suite 800 Burleson, TX 76028 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (sábados) Teléfono: (817) 293-7311 Fax: (817) 551-1066</p>
<p>Carrollton 1345 Valwood Pkwy., Suite 306 Carrollton, TX 75006 Horario: 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (de lunes a viernes) Teléfono: (972) 484-6435 Fax: (972) 484-6785</p>	<p>Fort Worth Forest Park 2500 West Fwy. (I-30) Suite 100 Fort Worth, TX 76102 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (sábados) Teléfono: (817) 882-8700 Fax: (817) 882-8707</p>	<p>Fort Worth Fossil Creek 4060 Sandshell Dr. Fort Worth, TX 76137 Horario: 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (de lunes a viernes) Teléfono: (817) 306-9777 Fax: (817) 306-9780</p>	<p>Frisco 8756 Teel Pkwy., Suite 350 Frisco, TX 75034 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (sábados) 9:00 a. m. - 5:00 p. m. (dom.) Teléfono: (972) 712-5454 Fax: (972) 712-5442</p>
<p>Garland 1621 S. Jupiter Rd. Suite 101 Garland, TX 75042 Horario: 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (de lunes a viernes) Teléfono: (214) 340-7555 Fax: (214) 340-3980</p>	<p>Irving/Las Colinas 5910 N. MacArthur Blvd., Suite 133 Irving, TX 75039 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (sábados) Teléfono: (972) 554-8494 Fax: (972) 438-4647</p>	<p>Lewisville 2403 S. Stemmons Fwy., Suite 100 Lewisville, TX 75067 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 9:00 a. m. - 5:00 p. m. (sáb. y dom.) Teléfono: (972) 829-2999 Fax: (972) 459-7929</p>	<p>Mesquite 4928 Samuell Blvd Mesquite, TX 75149 Horario: 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (de lunes a viernes) Teléfono: (214) 328-1400 Fax: (214) 328-2884</p>
<p>Plano 1300 N. Central Expy Plano, TX 75074 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (sábados) Teléfono: (972) 578-2212 Fax: (972) 881-7666</p>	<p>Redbird 5520 Westmoreland Rd., Suite 200 Dallas, TX 75237 Horario: 8:00 a. m. - 5:00 p. m. (de lunes a viernes) Teléfono: (214) 467-8210 Fax: (214) 467-8192</p>	<p>Stemmons 2920 N. Stemmons Fwy. Dallas, TX 75247 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 9:00 a. m. - 5:00 p. m. (sáb. y dom.) Teléfono: (214) 630-2331 Fax: (214) 905-1323</p>	<p>Upper Greenville 5601 Greenville Ave. Dallas, TX 75206 Horario: 8:00 a. m. - 8:00 p. m. (de lunes a viernes) 9:00 a. m. - 5:00 p. m. (sáb. y dom.) Teléfono: (214) 821-6007 Fax: (214) 821-6149</p>



Seguro de vida

Aunque no sea cosa fácil en que pensar, ¿qué pasaría si usted muriera repentinamente? ¿Podría sostenerse su familia sin su salario? ¿Podría su familia costearse los gastos médicos de una enfermedad terminal o los gastos de entierro y sepelio?

La Ciudad de Dallas ofrece seguro de vida individual y familiar para afrontar las situaciones difícilísimas. La administración de la cobertura corre por cuenta de The Standard.

Seguro de vida básico

- El empleado de tiempo completo recibe una cobertura de \$50,000 del seguro de vida básico; la Ciudad de Dallas cubre la totalidad del costo de esta cobertura.
- El empleado de medio tiempo tiene la opción de comprar esta cobertura compartiendo el costo con la Ciudad de Dallas.

Seguro de vida suplementario

Además del seguro de vida básico, el empleado puede optar por el seguro de vida suplementario individual:

- **Opción 1:** indemnización igual al salario anual redondeada al siguiente múltiplo superior de \$1,000, si no es ya múltiplo de \$1,000. Indemnización máxima de \$500,000.
- **Opción 2:** indemnización igual al doble del salario anual redondeada al siguiente múltiplo superior de \$1,000, si no es ya múltiplo de \$1,000. Indemnización máxima de \$500,000.
- **Opción 3:** indemnización igual al triple del salario anual redondeada al siguiente múltiplo superior de \$1,000, si no es ya múltiplo de \$1,000. Indemnización máxima de \$500,000.

Nota: el empleado debe tener seguro de vida básico para poder optar por el seguro de vida suplementario.

Cálculo de los costos

Siga estos pasos para calcular el costo de cobertura del seguro de vida complementario:

1. Escoja el monto de cobertura deseada. _____
2. Divida el monto en la línea 1 por \$1,000.
Línea 1 ÷ \$1,000 = _____
3. Encuentre el costo correspondiente a su edad en el cuadro de la derecha y anótelos en la línea 3.
Su tarifa = _____
4. Multiplique el importe en la línea 2 por el importe en la línea 3 para averiguar el costo quincenal.
Línea 2 x línea 3 = _____

Complete el nombramiento del beneficiario (la persona que recibirá los beneficios del seguro de vida básico en caso de muerte del empleado) en la sección *Life Insurance* (Seguro de vida) de la intranet o del sitio web de la Ciudad de Dallas.

Tarifas quincenales del seguro de vida suplementario

Edad del empleado (al 1 de enero pasado)	Tarifa (por cada \$1,000 de cobertura total)
<25	\$0.0230
25-29	\$0.0275
30-34	\$0.0370
35-39	\$0.0415
40-44	\$0.0505
45-49	\$0.0875
50-54	\$0.1470
55-59	\$0.2160
60-64	\$0.3130
65-69	\$0.5840
Mayor de 70 años	\$1.0350

Prueba de asegurabilidad

Puede optar por aumentar su cobertura a un monto equivalente a sus ingresos anuales durante el período de inscripción anual sin necesidad de presentar un documento EOI (prueba de asegurabilidad). No obstante, sí necesita presentar el documento EOI en estos casos:

- La cobertura es superior a los ingresos anuales, pero no supera el triple de éstos.
- La fecha de solicitud ocurre más de 30 días después de la fecha de elegibilidad.
- Pedido de aumento de cobertura, pedido de restablecimiento de cobertura suspendida o de cobertura para miembros que son elegibles pero que no tienen cobertura de planes anteriores.

Seguro de vida para personas a cargo

También es posible comprar seguro de vida optativo para personas a cargo:

- **Opción 1:** \$15,000 para el cónyuge; \$5,000 para niños, sin importar el número de personas a cargo elegibles que tengan cobertura.
- **Opción 2:** \$25,000 para el cónyuge; \$10,000 para niños, sin importar el número de personas a cargo elegibles que tengan cobertura.

Notas

- El monto de la cobertura para el cónyuge o para los hijos no debe superar el 100 % de la cobertura combinada del seguro de vida básico y del suplementario.
- Para la opción 1, el costo de esta cobertura deducido del salario es \$1.43 por miembro y por período salarial. Para la opción 2, el mismo costo es \$2.63 por miembro y por período salarial.
- Las solicitudes tardías de seguro de vida para el cónyuge están sujetas a la presentación del documento EOI.

Reducciones por edad

El seguro de este plan no será reducido debido a la edad del miembro.

Beneficios acelerados

Según lo estipulado para beneficios acelerados, el empleado de tiempo completo con horario de trabajo regular de al menos 40 horas semanales es elegible para recibir hasta el 75 % (o \$500,000 como máximo) de la cobertura del seguro de vida adicional en caso de contraer enfermedad terminal, tener una expectativa de vida menor a 12 meses y cumplir otros requisitos.

Para enviar un formulario EOI, visite: www.standard.com/mybenefits/mhs_ho.html. Si tiene preguntas, llame a The Standard al teléfono (877) 474-4250.

Seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento

En caso de lesión o muerte accidental, los beneficiarios del empleado reciben indemnización del seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento.

Cobertura para el empleado

Usted puede escoger la cobertura del seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento en incrementos de \$25,000, hasta \$250,000 como máximo. Sin embargo, los importes superiores a \$150,000 no pueden exceder el equivalente a diez salarios anuales.

Cobertura para personas a cargo

Si escoge cobertura individual, también puede hacerlo para las personas que tiene a cargo.

- **Cónyuge o pareja de hecho solamente:** 60 % de la cobertura del seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento.
- **Hijos solamente:** 20 % de la cobertura del seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento hasta \$50,000 por hijo como máximo.
- **Cónyuge/pareja de hecho e hijos:** 50 % de la cobertura del seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento para el cónyuge/pareja de hecho y 15 % de tal cobertura por cada hijo. La cobertura para los hijos no puede exceder \$50,000 por cada uno de ellos.



Cálculo de los costos

Consulte la tabla siguiente para calcular la prima del seguro voluntario individual de muerte accidental y desmembramiento:

$$\frac{\text{Monto escogido}}{\$1,000} = \text{_____} \times \$0.015 = \text{Costo quincenal}$$

Consulte la tabla siguiente para calcular la prima del seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento para **empleado y personas a cargo**:

$$\frac{\text{Monto escogido}}{\$1,000} = \text{_____} \times \$0.0225 = \text{Costo quincenal}$$

Tarifas quincenales del seguro voluntario de muerte accidental y desmembramiento	
Cobertura	Costo por cada \$1,000 de cobertura
Solo el empleado	\$0.015
Empleado + personas a cargo	\$0.0225
(sin importar cuántas personas a cargo tienen cobertura)	

Reducciones por edad

Conforme a esta póliza, la cobertura del seguro baja al 65 % a los 70 años de edad, 45 % a los 75, 30 % a los 80 y 15 % a los 85. El empleado mayor de 70 años necesitará llamar a The Standard al (877) 474-4250 para obtener el monto de cobertura disponible.

Planes de ahorro jubilatorio 401(k) y 457(b)

Todos quieren gozar de seguridad financiera en la vejez. La Ciudad de Dallas está dispuesta a ayudarle ofreciéndole la oportunidad excepcional de ahorrar para su jubilación con un plan 401(k) o un plan 457(b). Después de todo, nunca es tarde para comenzar a ahorrar.

¿Por qué conviene invertir?

- **Conveniencia.** Las contribuciones se deducen habitualmente del salario de manera automática.
- **Ahorro inmediato en impuestos a pagar.** Se deducirán las contribuciones del salario antes del pago de los impuestos a los ingresos. En otras palabras, pagará menos impuestos a los ingresos con cada salario y se quedará con más dinero de sueldo neto que si lo ahorrara en una cuenta sujeta al pago de impuestos.
- **Opción de hacer contribuciones a una cuenta Roth.** Puede hacer contribuciones a una cuenta Roth luego de pagar impuestos para después retirar fondos sin pagar impuestos cuando se jubile, siempre que la distribución (retiro) cumpla los requisitos. Consulte los detalles en la sección Preguntas frecuentes sobre su plan.
- **Oportunidades de ahorro con el aplazamiento del pago de impuestos.** No hay que pagar impuestos a los ingresos hasta que haga retiros de su cuenta. De esa manera, usted se guarda más dinero productivo.
- **Portabilidad.** Puede transferir a esta cuenta los ahorros elegibles de la cuenta que tenía con un empleador. También puede llevarse el saldo de su cuenta con derechos adquiridos si decide dejar su empleo municipal.
- **Opciones de inversión.** Cuenta con opciones flexibles de inversión, desde las más conservadoras hasta las más dinámicas, con las que se facilita la preparación de una cartera de inversiones bien diversificada.

Características clave

- Contribuciones de hasta el 99 % del salario bruto anual, hasta llegar al tope anual indicado por el IRS.
- El empleado tiene propiedad plena de sus propias contribuciones.
- Decida cómo invertir sus ahorros: puede escoger entre una gran gama de inversiones de cartera.
- El empleado recibe estados de cuenta y goza de acceso permanente a la información de su cuenta.

Instrucciones para inscribirse y más detalles

Si está preparado para inscribirse o si desea más información, inicie una sesión en Fidelity NetBenefits en www.fidelity.com/atwork o llame al 1-800-343-0860 para que lo atienda uno de los representantes de cuentas de jubilación de Fidelity.

Programa de asistencia para empleados

Quizás sufre estrés en el trabajo, tal vez busca consejo financiero o legal o quizás le cuesta aceptar la muerte de un ser querido. Quizás desea fortalecer las relaciones familiares. Con el programa de asistencia para empleados puede obtener ayuda y apoyo para encarar todos estos desafíos y mucho más:

- Depresión
- Problemas con relaciones personales
- Consejos financieros y legales
- Problemas con la crianza de los hijos y problemas familiares
- Apoyo con el cuidado infantil y el cuidado de ancianos
- Problemas con violencia en el hogar
- Consumo excesivo de drogas y alcohol, y recuperación del mismo
- Trastornos de la conducta alimentaria

El programa EAP de asistencia para empleados y el beneficio de salud conductual ofrecen lo necesario, incluidos servicios de orientación a corto plazo, derivaciones y atención de mayor plazo. Obtenga los detalles visitando la página www.liveandworkwell.com o llamando al teléfono 1-800-586-6875.



Beneficios sin patrocinio municipal de acceso voluntario

Aviso importante: estos planes optativos tienen limitaciones y exclusiones que pueden afectar los beneficios que puedan pagar. Algunos de los beneficios de acceso voluntario en estos planes están limitados por afecciones preexistentes.

La Ciudad de Dallas ofrece varios beneficios de acceso voluntario. El empleado que se inscriba para acceder a tales beneficios corre con el costo total de los mismos.

Aviso importante: la Ciudad de Dallas no patrocina estos beneficios.

Seguro de vida universal

Es lógico dar protección financiera a su familia porque usted trabaja tanto para ellos. El seguro de vida universal permite costear gastos de entierro, gastos médicos, deudas y mucho más en caso de muerte del empleado. Este seguro también presta una seguridad financiera cuando ocurren cambios drásticos en su vida con el paso de los años y el consiguiente cambio en las necesidades personales. Ventajas de esta cobertura:

- Nada de preguntas sobre su salud para aumentar su cobertura actual, agregar familiares o solicitar la póliza por primera vez.
- El valor del fondo devenga intereses a tasas competitivas.
- Posible fuente de fondos para atender metas futuras.
- La tranquilidad que viene de saber que su familia estará bien financieramente.

Indemnización por reclusión hospitalaria

Tendrá un seguro médico excelente, pero quizás tenga que afrontar gastos médicos y gastos directos sin cobertura en caso de que lo internen por lesiones o enfermedades. Una póliza de seguro por reclusión hospitalaria le da fondos que puede usar según le convenga. Estos beneficios en efectivo ya están predeterminados y se otorgan sin importar qué tipo de seguro médico tenga. Tiene la opción de pedir una póliza básica o de cobertura ampliada. Este plan puede serle útil, sea que necesite solo beneficios de internación o cobertura de procedimientos diagnósticos y transporte en ambulancia.

Seguro de accidentes

En caso de sufrir una lesión inesperada, este seguro puede proteger sus finanzas personales. Es un seguro asequible para individuos y familias que tienen que encarar gastos exentos de cobertura de los planes principales de seguro médico. El empleado recibe los fondos directamente, salvo que prefiera otra opción, así puede usarlos a discreción. En otras palabras, si sufre una lesión, los gastos médicos sin cobertura no lo arruinarán económicamente. Es reconfortante saber que tiene la protección de una póliza de seguro de accidentes a lo largo de las muchas etapas de atención médica, desde el tratamiento o la internación inicial hasta los tratamientos o terapias auxiliares.

Atención oncológica

Quizás conoce a alguien afectado por cáncer, ya sea directa o indirectamente. También conoce el costo físico, emocional y financiero que el cáncer le ha acarreado. Las pólizas del seguro oncológico pagan indemnización en efectivo al recibir el diagnóstico inicial de un cáncer con cobertura, además de varios beneficios adicionales que el empleado recibe durante el tratamiento. Esta indemnización sirve para costear los gastos médicos directos, el alquiler o la hipoteca, los gastos de comida o los servicios públicos; usted decide cómo usarla.

Tarifas quincenales para la indemnización por reclusión hospitalaria (de 18 a 75 años de edad)

Tipos de cobertura	Opción 1	Opción 2
Individual	\$9.56	\$13.39
Empleado asegurado y cónyuge	\$13.52	\$21.65
Familia monoparental	\$12.74	\$20.02
Familia biparental	\$15.21	\$24.57

Accidente (de 18 a 70 años de edad)

Tipos de cobertura	Tarifas quincenales
Individual	\$13.46
Empleado asegurado y cónyuge	\$17.94
Familia monoparental	\$20.87
Familia biparental	\$26.26

Atención odontológica (de 18 a 75 años de edad)

Tipos de cobertura	Tarifas quincenales
Individual	\$15.86
Empleado asegurado y cónyuge	\$26.98
Familia monoparental	\$15.86
Familia biparental	\$26.98

Seguro de enfermedad crítica con indemnización global

La póliza del seguro de enfermedad crítica con indemnización global cubre los costos de tratamiento de enfermedades importantes y de crisis de salud. La ventaja más importante es que usted puede concentrarse en su propia recuperación en lugar de distraerse y estresarse con los gastos médicos y las facturas personales.

Seguro de incapacidad de corto plazo

En caso de sufrir una discapacidad temporal, el empleado recibe un porcentaje de su salario gracias al seguro de incapacidad de corto plazo. En términos generales, este seguro se activa si el empleado no puede trabajar debido a enfermedad o lesión. Como indemnización máxima de este seguro, el empleado goza del 60 % del salario que ganaba antes de sufrir la incapacidad, por un período máximo de seis meses. Los pagos de la indemnización de este seguro de incapacidad pueden usarse para lo que el empleado necesite, como pagos de hipoteca, alimentos, pagos del automóvil o de la matrícula universitaria.

Seguro de incapacidad de largo plazo

En caso de sufrir discapacidad temporal o de no poder trabajar, el empleado recibe como indemnización un porcentaje máximo del 60 % de su salario tras un período de espera de 180 días. Los beneficios de esta indemnización se prolongan hasta que el empleado pueda reintegrarse al trabajo o por un máximo de dos años. Los pagos de la indemnización de este seguro de incapacidad pueden usarse para lo que el empleado necesite, como pagos de hipoteca, alimentos, pagos del automóvil o de la matrícula universitaria. Los pagos de indemnización del seguro de incapacidad permiten controlar su presupuesto sin importar qué gastos tenga, aun cuando no esté bien de salud.

Asesoramiento legal y protección en caso de hurto de datos personales

Con este plan puede consultar con un abogado sobre cualquier asunto legal, sea de poca monta o traumático, sin preocuparse por tener que pagar costísimos honorarios por hora.

Su **inscripción en el plan de asesoramiento legal** le da derecho a servicios como consultas legales, correspondencia y llamadas telefónicas a nombre suyo, revisión de contratos, preparación de testamentos, defensa en juicios y asistencia con auditorías del IRS.

Su **inscripción en el plan de protección contra hurto de datos personales** le da derecho a recibir su propia puntuación de crédito y el análisis correspondiente, monitoreo crediticio las 24 horas cada día con alertas de actividad y la atención de expertos con licencia en servicios integrales de restauración de datos personales.

Telemedicina

El plan de telemedicina cuenta con médicos con certificado de especialidad en EE. UU. pueden resolver muchos problemas médicos mediante consultas telefónicas o por video las 24 horas del día, todos los días del año. Sin reemplazar al médico de cabecera, el plan de telemedicina es una opción cómoda para recibir atención de buena calidad cuando sea necesario. El empleado puede usar este beneficio desde el hogar, el trabajo, mientras está de vacaciones o viajando por los EE. UU. o al extranjero. Puede usar el servicio de telemedicina tantas veces como sea necesario, sin limitación en la cantidad de personas a cargo que puedan beneficiarse. Gracias a la red nacional de médicos expertos, no es necesario esperar a que lo atiendan. Siempre podrá hablar con un médico con licencia para ejercer la medicina en el estado donde usted resida.

¿Está interesado en el seguro de enfermedad crítica con indemnización global, el seguro de incapacidad de corto plazo o el seguro de incapacidad de largo plazo? Visite el Centro de Servicios de Beneficios en la sala 1DS de la municipalidad o llame al 855-656-9114 para pedir las tarifas y los detalles adicionales.

Tarifas quincenales de cobertura para el empleado y su cónyuge

Solo asesoramiento legal	Solo protección contra el hurto de datos personales	Asesoramiento legal + protección de hurto de datos personales
Equivalente a \$7.98 por período salarial	Equivalente a \$6.48 por período salarial	Equivalente a \$12.95 por período salarial

Plan de telemedicina

Tipos de cobertura	Tarifas quincenales
Empleado (más personas a cargo)	\$2.50

Avisos obligatorios

Aviso de procedimientos de privacidad

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003 Revisión: 31 de agosto de 2015

Este aviso describe los procedimientos de uso y divulgación de su información médica, así como los pasos que necesitará seguir para acceder a la misma. Repase este aviso atentamente porque analiza los cambios establecidos en la regla final de HIPAA. El convenio OHCA (convenio de atención organizada médica y de bienestar) incluye los siguientes planes y el programa de bienestar de la Ciudad de Dallas:

1. City of Dallas Active Employee Health Benefits Plan;
2. City of Dallas Retiree Health Benefits Plan;
3. City of Dallas Active Employee Prescription Drug Plan;
4. City of Dallas Retiree Prescription Drug Plan;
5. Employee Medical Spending Account (parte del plan de beneficios varios (Cafeteria Plan) de la Ciudad de Dallas);
6. City of Dallas Onsite Clinic;
7. City of Dallas Active Employee Vision Benefits Plan;
8. City of Dallas Active Employee Dental Benefits Plan;
9. City of Dallas Retiree Vision Benefits Plan;
10. City of Dallas Retiree Dental Benefits Plan y
11. City of Dallas Wellness Program.

Estos planes y programas colaboran en operaciones de atención médica y comparten sistemas para la prestación de servicios al empleado.

Principios de confidencialidad de la Ciudad de Dallas

La ley nos exige respetar la confidencialidad de la información médica protegida del empleado e informarle de lo siguiente:

- Procedimientos de uso y divulgación de la información médica protegida del empleado.
- Derechos del empleado sobre su propia información médica protegida.
- Responsabilidades de la Ciudad de Dallas respecto a la información médica protegida del empleado.
- El derecho del empleado a presentar quejas sobre el uso de su propia información médica protegida.
- Personas a quienes el empleado puede contactar para pedir detalles sobre los procedimientos de privacidad.
- Todo acceso no autorizado a la información médica desprotegida del empleado.

Este aviso describe los procedimientos de uso y divulgación de su información médica a fin de prestarle beneficios. Este aviso también promete proteger la confidencialidad de su información médica. Entendemos cuán importante es respetar la confidencialidad de estos datos. Nos guían los derechos del empleado de preguntarnos cómo usamos o divulgamos su propia información médica. Este aviso describe los derechos conforme a la regla de confidencialidad y las obligaciones legales correspondientes que tenemos al respecto. La Ciudad de Dallas observará las condiciones de este aviso en cuanto a todos los datos médicos retenidos según el convenio OHCA.

La sigla OHCA (convenio OHCA) y las referencias a la Ciudad de Dallas se usan indistintamente en este aviso para referirse a los diferentes planes y programas arriba indicados como parte del convenio OHCA de la Ciudad de Dallas. La frase “información médica” se refiere a la historia clínica del empleado, de su cónyuge o de las personas a su cargo que se usa o divulga a OHCA sobre el estado de salud físico o psiquiátrico o sobre los servicios médicos prestados, los beneficios médicos y los pagos correspondientes. La información médica comprende todos los datos identificatorios que el empleado da a cualquiera de los planes o programas arriba indicados para inscribirse a fin de recibir cobertura y beneficios, o para participar en un programa determinado.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con la persona encargada de confidencialidad:

Privacy Officer

Llame a la línea de cumplimiento de privacidad:

(855) 345-4022

Dirección de correo electrónico:

hipaacompliance@dallascityhall.com

Procedimientos de uso o divulgación de la información médica protegida del empleado

La Ciudad de Dallas podrá acceder a la información médica del empleado en varias oportunidades, según las medidas necesarias para mantener los beneficios médicos que aquél recibe. También se documentarán las conversaciones que el empleado sostenga con la División de Beneficios o con el personal de bienestar. Tanto los empleados como terceros autorizados podrán ver la información médica del empleado para cumplir ciertas actividades en función del convenio OHCA.

Estos individuos tendrán acceso a la información del empleado para zanjar las consultas que éste tenga sobre el plan o programa en cuestión. Además, ellos tendrán acceso a la información del empleado en el cumplimiento de las funciones comerciales o administrativas del plan o programa en cuestión. La Ciudad de Dallas adoptará las medidas necesarias en todo momento para garantizar que todo uso o divulgación responda a la regla de privacidad. Según la legislación de Texas, la historia clínica psiquiátrica del empleado (por ejemplo, notas de psicoterapia), sus experiencias de drogadicción o de consumo excesivo de bebidas alcohólicas y los resultados de pruebas de VIH están sujetos a reglas de divulgación más estrictas. Solicitamos la autorización por escrito del empleado o de su representante para divulgar este tipo de información cuando nos lo pidan.

La municipalidad certifica que la información médica de sus empleados no será empleada en medidas, decisiones o actividades laborales que se aparten de la administración de los planes y programas arriba indicados. El incumplimiento de cualquiera de estas reglas tendrá medidas disciplinarias como consecuencia. Los párrafos siguientes describen diferentes maneras en que la municipalidad puede usar y divulgar la información médica del empleado; se citan ejemplos de cada divulgación.

Tratamiento

Si los planes o programas del convenio OHCA no ofrecen servicios de tratamiento pero el profesional médico del empleado sí lo hace, la Ciudad de Dallas (o el tercero administrador de planes), puede confirmar los beneficios médicos del empleado a un profesional médico. Por ejemplo, si el médico del empleado desea saber si un plan cubre un

tratamiento o medicamento futuro, puede contactar a la municipalidad o al tercero administrador de planes para solicitar esta información.

La municipalidad también podrá compartir la información identificatoria del empleado (nombre, fecha de nacimiento, número de Seguro Social, domicilio o datos semejantes) con UnitedHealthcare, Caremark Pharmacy Services o con otros terceros autorizados para actualizar la información archivada en los bancos de datos de los planes médicos. Por ejemplo, un tercero autorizado puede acceder a los bancos de datos de los planes para agregar miembros nuevos o adicionales al plan del empleado, hacer cambios a los beneficios escogidos o para actualizar el perfil del empleado, todo con el fin de tener los datos al día para facilitar los tratamientos que el empleado recibe de su profesional médico.

Pago de primas, contribuciones o beneficios del seguro o plan médico

Los planes y programas pueden usar y divulgar la información médica del empleado para conseguir las primas del seguro médico, pagar los servicios médicos recibidos (reclamos que el administrador de terceros planes paga) y para subrogar reclamos. Por ejemplo, quizás sea necesario dar la información médica del empleado a una aseguradora distinta para lograr el reembolso de beneficios médicos que el empleado, su cónyuge o personas a cargo hayan recibido conforme a los planes médicos correspondientes. Además, OHCA puede dar la información médica del empleado a terceros autorizados (facturadoras, procesadoras de reclamos y otros) que participan en las actividades de facturación y pago en nombre de los planes y programas según el convenio OHCA.

Operaciones de los planes

La municipalidad podrá usar y divulgar la información médica protegida del empleado para cumplir actividades operativas de la atención médica. Esta interacción es necesaria para la administración más eficiente de los planes y para dar una cobertura eficaz. Ejemplos de actividades operativas de la atención médica: administración y revisión de planes médicos, financiamiento de los beneficios médicos, determinación de directivas de cobertura, planeamiento comercial, preparación de servicios legales y de auditoría, formación del servicio de atención al cliente y determinación de criterios de elegibilidad. La información médica del empleado podrá compartirse con terceros autorizados en el cumplimiento de servicios para los planes y programas del convenio OHCA. Téngase en cuenta, sin embargo, que ningún plan médico jamás usará datos genéticos del empleado para la evaluación de riesgos asegurable de los planes médicos.

Los planes médicos solo divulgarán el mínimo necesario de la información médica que se use o divulgue con esos fines. En otras palabras, solo se usará o divulgará la información pertinente a la tarea a mano. Desde luego, no se usará ni divulgará la información ajena a la tarea en cuestión.

Los planes médicos también podrán contactar al empleado para darle detalles sobre tratamientos alternativos o comunicarle beneficios y servicios médicos de interés.

Divulgación de información a terceros autorizados

La municipalidad podrá compartir la información médica del empleado con terceros autorizados en el cumplimiento de ciertas actividades comerciales para los planes médicos. Entre estos terceros autorizados se cuentan asesores, abogados, facturadoras o procesadoras de reclamos, intérpretes y auditores. Los terceros autorizados tienen la responsabilidad contractual y legal de proteger debidamente la información médica protegida del empleado.

Los planes médicos también pueden usar o divulgar la información médica del empleado sin autorización por escrito de éste como lo exige la ley.

Eliminación de la información médica protegida

Cuando la Ciudad de Dallas ya no necesite la información médica protegida del empleado, ésta será destruida o devuelta. Si ninguno de estos métodos resulta práctico, la municipalidad almacenará dicha información y prohibirá todo uso y divulgación en el futuro, salvo cuando dicho uso o divulgación sea inevitable.

Usos y divulgaciones adicionales con autorización del empleado

La Ciudad de Dallas tiene prohibido usar o divulgar la información médica del empleado si tal uso o divulgación no se incluye en una de las situaciones ya descritas. La municipalidad pedirá la autorización por escrito del empleado para otros usos o divulgaciones de su información médica. Si usted nos autoriza por escrito el uso o la divulgación de su información médica protegida, puede cancelar la autorización por escrito cuando lo desee, pero no de manera retroactiva. En caso de cancelar su autorización, debe especificar a qué entidad va a revocar su permiso.

Derechos del empleado sobre la propia información médica

Derecho de inspeccionar y copiar

El empleado tiene el derecho de inspeccionar y copiar la propia información médica archivada por el plan médico a fin de realizar actividades de inscripción, pagos, determinación de reclamos, coordinación médica o atención integral, o para tomar decisiones de inscripción, cobertura o pago (información conocida como “juego de registros designado”). Sin embargo, el empleado no tiene derecho a inspeccionar ni obtener copias de las notas de psicoterapia ni la información recopilada en procesos civiles, penales o administrativos.

El plan podrá dar al empleado un resumen o explicación de la información médica en lugar de acceso a ella o copias de ella, si el empleado consiente en ello por adelantado y abona los cargos correspondientes. Además, el plan puede cobrar los cargos razonables por copias o envíos postales. El empleado debe presentar su pedido por escrito ante la División de Beneficios. El empleado quizás tenga que pagar el costo de fotocopias o envíos postales. Si negaron al empleado el pedido de inspeccionar o copiar su propia información médica, éste recibirá aviso por escrito donde consta el derecho de presentar apelación a tal denegación.

Derecho de acceder a registros electrónicos

El empleado puede pedir acceso a los registros electrónicos de su historia clínica (recopilados normalmente por profesionales médicos) o copias electrónicas de la información médica protegida en un juego de registros designado. Como alternativa, el empleado puede nombrar a otra persona por escrito o medio electrónico dándole derecho a recibir la copia electrónica de dichos registros. Se entregará la copia electrónica de la información médica protegida en formato acordado de antemano. El empleado pagará el costo del medio electrónico usado (como un dispositivo de memoria USB) que portará la copia electrónica de dicha información.

Derecho de efectuar enmiendas

Si el empleado piensa que la información médica protegida en el archivo oficial tiene incorrecciones o está incompleta, debe pedir por escrito que se hagan las enmiendas correspondientes, explicando las razones de tal pedido. La Ciudad de Dallas no tiene la obligación de acceder al pedido si no tiene archivada la información, si no la ha generado o si tal información es la correcta. Tenemos la obligación de responder al pedido en un plazo de 60 días, salvo recepción de aviso de extensión de 30 días.

Derecho de pedir cuenta de las divulgaciones

El empleado puede pedir una cuenta de ciertas divulgaciones. Para ello, pedirá una lista de las fechas en que la información médica fue compartida por la municipalidad. Tal pedido debe presentarse por escrito e indicar el formato deseado de la lista: impreso o electrónico, por ejemplo. La primera lista solicitada en un período de 12 meses será gratuita, pero se cobrará un costo por cada lista adicional. El empleado recibirá respuesta en un plazo máximo de 60 días a partir de la fecha de recepción de su pedido, salvo recepción de aviso de extensión de 30 días.

Derecho de pedir limitaciones

El empleado puede escribir a la Ciudad de Dallas para pedirle que limite el uso o divulgación de la propia información médica. La Ciudad de Dallas atenderá y contestará el pedido, pero no está obligada a responderlo afirmativamente.

Derecho de pedir comunicaciones confidenciales

El empleado puede pedir específicamente que lo contacten de cierta manera o en cierto lugar (por ej., en el lugar de trabajo o por correo). Por limitaciones de procedimiento o de sistema, en ciertos casos no resultaría práctico enviar comunicaciones confidenciales a direcciones múltiples a individuos que comparten la misma vivienda o que reciben cobertura del mismo participante. Sin embargo, los planes médicos deberán atender todo pedido razonable de recibir comunicaciones sobre la información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos, siempre que el empleado especifique claramente que sufriría algún tipo de perjuicio si la divulgación total o parcial de dicha información se hiciera por procedimientos normales. El funcionario encargado de asuntos de privacidad supervisará y gestionará este proceso según las protecciones acordadas legalmente.

Derecho de recibir aviso en caso de acceso no autorizado

El empleado puede recibir aviso de todo acceso no autorizado a su propia información médica desprotegida que lo pueda afectar. Informaremos al empleado sobre la medida tomada y cómo puede protegerse de posibles perjuicios.

Derecho a recibir copia de este aviso

El empleado puede pedir una copia impresa de este aviso llamando a la División de Beneficios al (855) 656-9114. También puede ver este aviso en el sitio web de los planes médicos en www.cityofdallasbenefits.org.

Cambios en este aviso

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso; distribuiremos el aviso modificado según lo requerido. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso modificado respecto a la información médica del empleado que tengamos archivada, así como sobre toda información que recibamos en el futuro. La copia revisada será publicada en los sitios web de los planes médicos y la información sobre la actualización será distribuida según lo estipulan las normas.

Quejas y consultas

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de confidencialidad (privacidad), llame al funcionario encargado de privacidad de la Ciudad de Dallas al teléfono 214670-7953. Si cree que no se han respetado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja poniéndose en contacto con el encargado de privacidad de la Ciudad de Dallas llamando al (214) 670-7953. También puede hacerlo llamando a la línea confidencial al (855)-345-4022, escribiendo a hipaacompliance@dallascityhall.com o contactando al Departamento de Servicios Sanitarios y Sociales. El empleado que presente quejas no sufrirá sanciones.

Human Resources Department	ATTN: Benefits Service Center 1500 Marilla Street, Room 1D South Dallas, TX 75201-6390 Teléfono: (855) 656-9114 Fax: (214) 659-7098
Health Plan Representatives	United Healthcare (UHC) EPO Plans (75/25/HRA & 70/30) Teléfono: (800) 736-1364 Caremark (CVS) - Prescription Services Teléfono: (855) 465-0023
U. S. Department of Health and Human Services	Centers for Medicare and Medicaid Services Sitio web: www.cms.hhs.gov Teléfono: (877) 267-2323, extensión 61565



Aviso importante sobre la cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Sírvase leer con atención este aviso y archívalo en un lugar seguro. Este aviso contiene detalles sobre la cobertura actual de medicamentos recetados que recibe de la Ciudad de Dallas y sobre las opciones disponibles conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede consultar estos detalles para decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse en tal plan, debería comparar la cobertura que tiene, incluidos los medicamentos cubiertos y sus costos, con la cobertura y los costos de los planes locales que incluyen cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Encontrará los contactos necesarios para que le ayuden con la toma de estas decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados al pie de este aviso.

Preste atención a los dos aspectos siguientes sobre su cobertura actual y sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare entró en vigencia en 2006 para todos los participantes en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (que actúa como un plan HMO o PPO) que incluya cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare incluyen por lo menos un nivel ordinario de cobertura fijado por Medicare. Algunos de los planes pueden ofrecer una mayor cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.

2. La Ciudad de Dallas ha determinado que es válida la cobertura de medicamentos recetados incluida en el plan porque anticipa que aquella pagará beneficios comparables a la cobertura normal de medicamentos recetados de Medicare. Puesto que usted tiene cobertura válida, puede mantenerla sin necesidad de pagar una prima mayor (un recargo) si después decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Dónde puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que sea elegible para participar en Medicare y hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en adelante.

Además, tendrá derecho a inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante un período de inscripción especial de dos (2) meses en caso de perder involuntariamente su cobertura válida de medicamentos recetados.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si se inscribe en el plan médico EPO de la Ciudad de Dallas, la cobertura de ese plan pagará los gastos médicos además de los gastos de medicamentos recetados incluidos en los beneficios del plan. El empleado jubilado que decida inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare no patrocinado por la Ciudad de Dallas verá afectada su cobertura actual con la municipalidad porque no puede tener inscripción simultánea en dos planes. Si usted es un empleado jubilado que decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare no patrocinado por la

Ciudad de Dallas y que cancela la cobertura que tiene de la municipalidad, recuerde que ni usted ni las personas que tenga a cargo suyo podrán recuperarla después. Consulte las disposiciones y opciones del plan de medicamentos recetados que Medicare ofrece a personas elegibles cuando obtienen cobertura de la Parte D de Medicare en las páginas 7-9 de la Guía de cobertura válida para personas elegibles para recibir Parte D de Medicare de CMS (CMS Disclosure of Creditable Coverage To Medicare Part D Eligible Individuals Guidance) en la página web <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>.

¿En qué casos tendrá que pagar una prima mayor (recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si cancela o pierde la cobertura que tiene de la Ciudad de Dallas y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en un plazo de 63 días seguidos tras el cese de la cobertura actual, quedará sujeto al pago de una prima mayor (recargo) para inscribirse en tal plan de Medicare más adelante.

Si no tiene cobertura válida de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o por más tiempo, aumentará su prima mensual en al menos 1 % de la prima básica mensual para beneficiarios de Medicare por cada mes que usted carece de esa cobertura. Por ejemplo, si no tiene cobertura válida por 19 meses, la prima mensual que pague aumentará de manera uniforme al menos 19 % sobre la prima básica mensual para beneficiarios de Medicare. Tendrá que pagar esta prima más alta (recargo) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, tendrá que esperar hasta octubre venidero para inscribirse en el plan.

Detalles adicionales de este aviso o de la cobertura actual de medicamentos recetados

Contacte al Centro de Servicios de Beneficios al (855) 656-9114 o escriba a la dirección indicada al pie del aviso.

NOTA: se adjunta este aviso a la guía de inscripción anual. También se entrega este aviso en caso de cambios en la cobertura recibida de la Ciudad de Dallas. Además, puede solicitar una copia de este aviso cuando lo desee.

Detalles adicionales sobre las opciones que ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

El manual Medicare y usted contiene más detalles sobre los planes de Medicare que incluyen la cobertura de medicamentos recetados. Recibirá en el correo un ejemplar del manual de Medicare cada año. Los planes de medicamentos recetados de Medicare también podrán contactarlo directamente. Obtenga detalles adicionales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite el sitio web www.medicare.gov
- Si desea asistencia personalizada, llame al programa de asistencia con planes médicos del estado donde reside. El número de teléfono está impreso en la contratapa de su ejemplar de Medicare y usted.
- Llame a 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de equipo TTY (con dificultades del habla o la audición) deberán llamar al (877) 486-2048.

Si tiene ingresos y recursos económicos limitados, tiene a su disposición asistencia financiera para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Si desea información sobre esta asistencia adicional, visite la página web de Seguridad Social en www.socialsecurity.gov o llame al (800) 772-1213 (o al teléfono 800-325-0778 si es usuario de equipo TTY).

Recuerde lo siguiente: Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, posiblemente tenga que presentar una copia de este aviso en la fecha de su inscripción para demostrar si ha mantenido cobertura válida o no y para determinar si tiene que pagar una prima mayor (recargo). Si desea recibir una copia de este aviso, use la información de contacto indicada a continuación.

Fecha: Septiembre de 2015
Nombre del remitente: City of Dallas
Dependencia: Benefits Service Center
Domicilio: 1500 Marilla Street, 1D-South, Dallas, TX 75201
Teléfono: (855) 656-9114

Aviso de derechos de COBRA

Usted recibirá este aviso porque acaba de obtener cobertura con un plan médico colectivo (el plan). Este aviso contiene detalles importantes sobre el derecho a la cobertura de continuación COBRA, que consiste en la extensión temporal de la cobertura del plan. Este aviso describe la cobertura de continuación COBRA, las fechas de disponibilidad individual y familiar, e instrucciones para que el empleado pueda proteger el derecho a recibirla. Una vez que el empleado es elegible para recibir la cobertura de continuación COBRA, también puede tener acceso a otras coberturas más económicas que aquella.

Los empleados de la Ciudad de Dallas tienen derecho a la cobertura de continuación COBRA en virtud del Título XXII de la Ley de Salud Pública. El empleado puede disponer de cobertura de continuación COBRA individual y familiar en la fecha en que la cobertura médica municipal de otra manera cesaría para él. Si desea más detalles sobre los derechos y las obligaciones del empleado según el plan y conforme a la legislación federal, repase la descripción resumida del plan o comuníquese con el administrador del plan.

Si usted pierde la cobertura médica colectiva, quizás tenga otras opciones a su disposición. Por ejemplo, puede tener derecho a comprar un plan individual en el mercado de planes de seguros médicos. Si recurre al mercado para obtener cobertura médica, quizás las primas mensuales le resulten más económicas y tal vez tenga que gastar menos en gastos directos. Además, tendrá derecho a un período de inscripción especial de 30 días para afiliarse a otro plan médico colectivo si usted tiene elegibilidad (como en el caso del plan de su cónyuge), aún si tal plan tenga por norma no aceptar inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación COBRA?

La cobertura de continuación COBRA permite continuar la cobertura del plan médico, la cual cesaría en caso de un evento mayor en la vida del empleado. Los eventos mayores también se conocen como “eventos condicionales”. Encontrará eventos condicionales específicos más adelante en este aviso. Tras producirse un evento condicional, debe ofrecerse la cobertura de continuación COBRA a cada persona que sea “beneficiario condicional”. El empleado, el cónyuge y los hijos a cargo serían beneficiarios condicionales si pierden la cobertura del plan debido a un evento condicional. Conforme al plan, los beneficiarios condicionales que eligen la cobertura de continuación COBRA deben pagar el costo de dicha cobertura.

El empleado pasará a ser beneficiario condicional si pierde la cobertura del plan debido a uno de los siguientes eventos condicionales:

- Reducción del horario de trabajo.
- Cese de empleo por motivos ajenos a faltas graves de conducta.

El cónyuge del empleado pasará a ser beneficiario condicional si pierde la cobertura del plan debido a uno de los siguientes eventos condicionales:

- Muerte del cónyuge.
- Reducción del horario de trabajo del cónyuge.
- Cese de empleo del cónyuge por motivos ajenos a faltas graves de conducta.
- El cónyuge adquiere elegibilidad para recibir beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas partes).
- Divorcio o separación legal del cónyuge.

Los hijos a cargo del empleado serán beneficiarios condicionales si pierden la cobertura del plan debido a uno de los siguientes eventos condicionales:

- Muerte del padre o madre que es empleado.
- Reducción del horario de trabajo del padre o madre que es empleado.
- Cese de empleo del padre o madre que es empleado por motivos ajenos a faltas graves de conducta.

- El padre o madre que es empleado adquiere elegibilidad para recibir beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas partes).
- Divorcio o separación legal de los padres.
- El hijo pierde elegibilidad para recibir cobertura del plan como “hijo a cargo del empleado”.

¿Cuándo hay disponibilidad de la cobertura de continuación COBRA?

Únicamente luego de notificar el evento condicional al administrador del plan podrá el plan ofrecer la cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios condicionales. El empleador debe avisar al administrador del plan en caso de producirse los eventos condicionales siguientes:

- Cese del empleo o reducción del horario de trabajo.
- Muerte del empleado.
- El empleado adquiere el derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas partes).

El empleado debe avisar al administrador del plan en un plazo de 60 días a partir de la fecha del evento condicional en los demás casos (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o el hijo a cargo pierde su elegibilidad a recibir cobertura). Contacte el centro de llamadas de COBRA para dar este aviso llamando al teléfono (866) 747-0048. Si desea extender la cobertura COBRA con una extensión por incapacidad, debe avisar al plan de la incapacidad. Luego de escoger la cobertura, páguela en un plazo de 45 días a partir de la fecha de recibir la inscripción. No se actualizará la elegibilidad hasta que se reciba el pago correspondiente. Los participantes de COBRA pueden revisar las selecciones de plan durante el período de inscripción abierta anual para hacer los cambios que correspondan.

¿Cómo se brinda la cobertura de continuación COBRA?

Una vez que el administrador del plan haya recibido aviso del evento condicional, se ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios condicionales. Cada beneficiario condicional tendrá el derecho independiente de optar por la cobertura de continuación COBRA. El empleado con cobertura puede escoger la cobertura de continuación COBRA en nombre del cónyuge o de sus propios hijos.

La cobertura de continuación COBRA extiende temporalmente la cobertura médica por un período de 18 meses debido al cese de empleo o por reducción del horario de trabajo. Sin embargo, algunos eventos condicionales o un segundo evento condicional durante el período inicial de cobertura pueden permitir que el beneficiario obtenga una extensión máxima de 36 meses de cobertura.

El período de 18 meses de la cobertura de continuación COBRA también puede ampliarse en uno de estos casos:

Extensión por incapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación COBRA

Si la Administración del Seguro Social determina que el empleado o uno de sus familiares con cobertura del plan tiene una incapacidad y si el empleado lo notifica oportunamente al administrador del plan, el empleado y toda su familia tendrán derecho a 11 meses adicionales de la cobertura de continuación COBRA, por una extensión máxima de 29 meses. La incapacidad deberá haber comenzado antes del día 60 de la cobertura de continuación COBRA y debería prolongarse por lo menos hasta el final del período de 18 meses de tal cobertura.

Extensión por segundo evento condicional del período de 18 meses de la cobertura de continuación COBRA

Si la familia del empleado tiene otro evento condicional durante los 18 meses de la cobertura de continuación COBRA, el cónyuge y los hijos a cargo pueden obtener otros 18 meses de dicha cobertura, hasta un máximo de 36 meses, si el empleado da el debido aviso al plan sobre el segundo evento condicional. Puede ofrecerse esta extensión al cónyuge y a cualquiera de los hijos a cargo del empleado que reciben cobertura de continuación COBRA en estos casos: muerte del empleado/exemplado; derecho del empleado a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas); divorcio o separación legal del empleado; el hijo pierde elegibilidad para participar en el plan como persona a cargo. Se ofrece esta extensión solo si el segundo evento condicional pudiera haber ocasionado la pérdida de cobertura del cónyuge o del hijo a cargo según el plan de no haberse producido el primer evento condicional.

¿Se ofrecen otras coberturas aparte de la cobertura de continuación COBRA?

Sí. En lugar de optar por la cobertura de continuación COBRA, el empleado y su familia pueden obtener cobertura médica en el mercado de planes de seguros médicos, con Medicaid o con otra cobertura médica colectiva (como el plan médico colectivo del cónyuge) durante el período de inscripción especial. Algunas de estas opciones puede ser más económica que la cobertura de continuación COBRA. Obtenga más detalles sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Tiene preguntas?

Dirija las preguntas sobre su plan o sobre los derechos a la cobertura de continuación COBRA a los contactos indicados a continuación. Si desea más detalles sobre sus derechos conforme a la Ley de Salud Pública, contacte a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid llamando al (410) 786-1565 o consulte la página www.cms.gov. Si desea más detalles sobre sus derechos conforme a la Ley de protección del paciente y de atención médica asequible, visite www.HealthCare.gov.

Avisé al plan si cambia de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, avise al administrador del plan si hay cambios en los domicilios de los miembros de su familia. Guarde una copia archivada de toda correspondencia que mantenga con el administrador del plan.

Información de contacto del plan

Fecha:	Septiembre de 2015
Nombre del remitente:	The City of Dallas
Contacto u oficina:	COBRA Call Center
Domicilio:	1500 Marilla Street, 1D-South, Dallas, TX 75201
Teléfono:	866-747-0048

Cobertura COBRA: el empleado paga

Plan COBRA EPO 70/30/\$3,000

(100 % de contribución del empleado + 2 % cargo admin.)

Nivel de cobertura	Contribución mensual
Solo el empleado	\$365.00
Empleado y cónyuge	\$792.00
Empleado e hijos	\$684.00
Empleado y familia	\$1,033.00

Plan COBRA EPO 75/25/cuenta HRA

(100 % de contribución del empleado + 2 % cargo admin.)

Nivel de cobertura	Contribución mensual
Solo el empleado	\$531.00
Empleado y cónyuge	\$1,059.00
Empleado e hijos	\$971.00
Empleado y familia	\$1,374.00

Tarifas mensuales del plan odontológico COBRA

Nivel de cobertura	Plan PPO odontológico	Plan HMO odontológico	Plan EPO odontológico
Solo el empleado	\$24.61	\$7.92	\$18.38
Empleado y cónyuge	\$49.24	\$14.58	\$33.81
Empleado e hijos	\$50.21	\$14.66	\$33.99
Empleado y familia	\$74.86	\$20.60	\$47.80

Tarifas mensuales del plan oftalmológico COBRA

Nivel de cobertura	Plan normal	Plan básico
Solo el empleado	\$4.89	\$5.88
Empleado y cónyuge	\$8.93	\$10.73
Empleado e hijos	\$9.37	\$11.26
Empleado y familia	\$14.42	\$17.35



Aviso de inscripción conforme a la Ley de derechos de la mujer sobre salud oncológica

Si la empleada tuvo una mastectomía o piensa hacérsela, puede tener derecho a ciertos beneficios según la Ley de derechos de la mujer sobre salud oncológica de 1998 (WHCRA, siglas en inglés). La empleada que reciba beneficios de mastectomía tendrá cobertura según lo que determine en consulta con su médico respecto a lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstitución del seno en el que se haya practicado la mastectomía.
- Cirugía y reconstitución del otro seno para devolver el aspecto simétrico.
- Prótesis.
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Los beneficios prestados están sujetos a los mismos deducibles y coseguros que corresponden a los demás beneficios médicos y quirúrgicos de este plan. Si desea más detalles sobre los beneficios conforme a la ley WHCRA, llame al administrador del plan al (800) 736-1364.

Aviso de protección de la salud materna y neonatal

De conformidad con la ley federal, en el caso de hospitalizaciones de maternidad, el plan no limita los beneficios de hospitalización neonatal, de la duración que fuera, que afecte a la madre o al recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o a menos de 96 horas tras una cesárea.

Sin embargo, por lo general, la ley federal no impide que el profesional médico responsable de la madre o del neonato les dé el alta a uno o al otro antes de cumplirse las 48 horas (o las 96 horas, según corresponda) luego de consultar a la madre. El plan no puede obligar al profesional médico a que prescriba una hospitalización menor a las 48 horas (o 96 horas, tras una cesárea).

Aviso de derechos a la inscripción especial

Si el empleado omite la cobertura individual o familiar (que incluya al cónyuge) porque tiene otro seguro médico o cobertura médica colectiva, aún podrá inscribirse para recibir cobertura individual o familiar en este plan si él o las personas a cargo pierden elegibilidad para recibir otra cobertura, o en el caso en que el empleador deje de pagar contribuciones a la otra cobertura individual o familiar. Sin embargo, el empleado debe solicitar inscribirse en un plazo de 30 días a partir de la fecha de cese de la otra cobertura individual o familiar (que cubre a las personas a cargo), o después de la fecha en que el empleador deje de pagar contribuciones a la otra cobertura. Además, si el empleado se responsabiliza de otra persona por matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, podrá inscribirse en cobertura individual y familiar para cubrir a las personas a su cargo. Sin embargo, el empleado debe solicitar inscribirse en un plazo de 30 días a partir de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción. Si desea pedir inscripción especial o más detalles, contacte al Centro de Servicios de Beneficios llamando al (855) 656-9114.

Período de inscripción especial de 60 días

Además de los eventos condicionales ya indicados en esta guía, el empleado y las personas a su cargo disponen de un período especial de 60 días para escoger cobertura o suspenderla en los siguientes casos:

- El empleado o la persona que tenga a cargo pierde la cobertura Medicaid o CHIP (Programa de Seguro Médico Infantil) por la pérdida de elegibilidad.
- El empleado o la persona que tenga a cargo adquiere elegibilidad para recibir un subsidio para el pago de primas conforme a Medicaid o CHIP.

Divulgación del programa de bienestar

Si le resulta excesivamente difícil cumplir los criterios para obtener recompensas del programa de bienestar debido a enfermedad, o si su salud no le permite intentar cumplir tales criterios, llame al Centro de Servicios de Beneficios al (855) 656-9114 para conversar sobre alternativas.

Continuación de cobertura médica durante licencias por razones familiares o por maternidad (FMLA)

La Ley de licencias por razones familiares o por maternidad de 1993 (FMLA, siglas en inglés) requiere que el empleador otorgue un total máximo de 12 semanas de licencia sin goce de sueldo con protección del puesto durante cualquier período de 12 meses a los empleados elegibles para atender determinadas razones familiares y médicas. Esta disposición tiene por objeto cumplir las leyes y los reglamentos pertinentes y su interpretación se basa en ellos. El empleado puede consultar el reglamento del personal de la Ciudad de Dallas para ver si esta continuación lo puede afectar.

El empleador debe mantener la cobertura médica del empleado durante la licencia según la ley FMLA. El empleado puede continuar los beneficios del plan a nivel individual o familiar en las mismas condiciones que si no hubiera tomado la licencia. El empleado debe pagar las mismas contribuciones de cobertura que hacía antes de tomar la licencia. Si el empleado no hace los pagos oportunamente, el empleador, luego de avisar al empleado por escrito, puede suspender la cobertura durante la licencia en caso de moras superiores a los 30 días. Tras volver al trabajo después de la licencia según la ley FMLA, el empleado, en la mayoría de los casos, deberá ser reintegrado al puesto original o su equivalente, con salario, beneficios y demás condiciones de empleo a nivel equivalente. El uso de la licencia según la ley FMLA no puede resultar en la pérdida de beneficios de empleo que el empleado haya acumulado antes del inicio de la licencia.

Aviso sobre el mercado de planes de seguros médicos

La Ley de atención médica asequible ha posibilitado el establecimiento nacional de bolsas de seguros médicos. Cada estado tenía la opción de organizar un mercado de planes de seguros médicos a nivel estatal para que individuos y empleadores pudieran comparar y evaluar planes médicos con facilidad. Como el estado de Texas optó por no implementar una bolsa estatal de seguros médicos, el gobierno federal opera la bolsa de seguros médicos. La inscripción para obtener cobertura médica en el mercado se abrirá en noviembre y los planes entrarán en vigencia el 1 de enero de 2016. La Ley de protección del paciente y de atención médica asequible requiere que los empleadores amparados por la Ley de normas laborales equitativas (FLSA, siglas en inglés) avisen por escrito a sus empleados antes de la fecha inicial de operaciones del mercado de seguros médicos.

Encontrará el aviso informativo sobre el mercado de seguros médicos en las páginas siguientes. Tenga presente que la Ciudad de Dallas planea cumplir el valor mínimo obligatorio de los planes médicos. Por consiguiente, los empleados municipales quizás no sean elegibles para recibir un subsidio en el mercado de seguros médicos. Este aviso cumple los siguientes objetivos específicos:

- Informa al empleado de la existencia del mercado de seguros médicos, dando una descripción de los servicios prestados en el mismo.
- Explica los requisitos de elegibilidad para obtener una bonificación fiscal de prima o una reducción en el costo compartido si el plan del empleador no satisface ciertos requisitos.
- Informa al empleado que, si compra cobertura en el mercado, puede perder las contribuciones del empleador para sufragar el costo de la cobertura recibida del empleador, quedando tales contribuciones excluidas según lo estipulado para ingresos sujetos a impuestos federales.
- Incluye información de contacto del mercado y una explicación de los derechos de apelación. Si tiene preguntas sobre la cobertura o si desea más detalles sobre este formulario, contacte al Centro de Servicios de Beneficios al (855) 656-9114.

Coberturas ofrecidas en el mercado de seguros médicos y la cobertura médica del empleado

PARTE A: información general

Puesto que componentes clave de la ley de atención médica entraron en vigencia en 2014, hay otro método para comprar seguro médico: el mercado de planes de seguros médicos. Este aviso contiene detalles básicos sobre el mercado y la cobertura médica por empleo que recibe de su empleador, a fin de facilitar la evaluación de las opciones individuales y familiares.

¿Qué es el mercado de planes de seguros médicos?

El objetivo del mercado es ofrecer seguros médicos según las necesidades y el presupuesto del empleado. El mercado tiene carácter integral para que el empleado pueda encontrar y comparar seguros médicos privados. El empleado también puede tener derecho a recibir una bonificación fiscal para reducir de inmediato la prima mensual. Normalmente, el empleado se inscribe en un plan médico del mercado durante el período de inscripción abierta anual o en caso de producirse un evento condicional en la vida del empleado.

¿Puedo ahorrar en el costo de las primas del seguro médico que compre en el mercado?

Posiblemente pueda ahorrar dinero para reducir la prima mensual, pero solo si el empleador no ofrece cobertura o si la cobertura que ofrece no cumple ciertos criterios. Los ingresos familiares del empleado determinarán cuánto podrá ahorrar en la prima del seguro médico.

¿Afecta la cobertura médica del empleador la elegibilidad para ahorrar en las primas de los seguros médicos del mercado?

Sí. Si el empleador ofrece al empleado una cobertura médica que cumpla ciertos requisitos, éste no tendrá derecho a la bonificación fiscal con un plan médico del mercado. En tal caso, quizás desee inscribirse en el plan médico del empleador. Sin embargo, el empleado quizás pueda obtener una bonificación fiscal para reducir la prima mensual, o una reducción de determinado costo compartido si el empleador no ofrece cobertura, o la cobertura que ofrece no cumple ciertos criterios. El empleador tendrá derecho a una bonificación fiscal¹ si el costo del plan médico individual del empleador supera el 9.5 % de los ingresos familiares anuales del empleado, o si la cobertura dada por el empleador no cumple el criterio de “valor mínimo” establecido por la Ley de atención médica asequible.

Nota: si el empleado compra un plan médico del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida por su empleador, el empleado perderá las contribuciones del empleador para sufragar la cobertura que ofrece. Estas contribuciones del empleador, así como las contribuciones que el empleado haga para costear la cobertura ofrecida por aquél, a menudo se excluyen de los ingresos a los efectos de los impuestos federales y estatales a los ingresos. Se realizan los pagos de cobertura médica obtenida en el mercado después del pago de impuestos.

¿Dónde puedo conseguir más detalles?

Consulte los detalles adicionales de la cobertura ofrecida por el empleador en la descripción resumida del plan. Como alternativa, contacte al **Centro de Servicios de Beneficios de la Ciudad de Dallas llamando al (855) 656-9114**.

El mercado de seguros médicos le permite evaluar las diferentes coberturas, incluida su elegibilidad para obtener cobertura y el costo de la misma a través de este mercado. Visite el sitio web **HealthCare.gov**, donde hallará más detalles, una solicitud electrónica de cobertura médica e información de contacto del mercado de planes de seguros médicos local.

¹ El plan médico patrocinado por el empleador cumple el “criterio de valor mínimo” si la porción del plan del total de costos de beneficios aprobados con cobertura del plan no es inferior al 60 % de dichos costos.

PARTE B: información de la cobertura médica ofrecida por el empleador

Esta sección detalla la cobertura médica ofrecida por su empleador. Si usted decide llenar la solicitud de cobertura médica en el mercado, tendrá que incluir esta información en la solicitud. Esta información lleva un número para cotejarla con la solicitud llenada en el mercado de seguros médicos.

1. Nombre del empleador City of Dallas	2. Número de identificación del empleador (EIN)		
3. Domicilio del empleador 1500 Marilla St., 1DS		4. Teléfono del empleador 1-855-656-9114	
5. Ciudad Dallas	6. Estado Texas	7. Código postal 75201	
8. ¿Con quién hablamos sobre la cobertura médica para el empleado en este empleo? El Centro de Servicios de Beneficios de la Ciudad de Dallas			
11. Teléfono (si es distinto al arriba indicado)		12. Dirección electrónica	

Aquí tiene algunos datos básicos sobre la cobertura médica ofrecida por este empleador.

Como empleador, ofrecemos un plan médico a algunos empleados.

Empleados elegibles:

- Empleados fijos de tiempo completo y empleados fijos de medio tiempo que deben trabajar un mínimo de 30 horas semanales como promedio.

Ofrecemos cobertura para las personas a cargo del empleado.

Personas a cargo elegibles:

- Cónyuge, hijos hasta los 26 años de edad y nietos.

Esta cobertura cumple el criterio de valor mínimo y conlleva un costo calculado para ser económico según los ingresos del empleado.

** El empleado quizás sea elegible para recibir primas descontadas a través del mercado aún si el empleador propone una cobertura asequible. El mercado se valdrá de los ingresos familiares del empleado y de otros factores para determinar si el empleado tiene derecho a un descuento de prima. El empleado aún puede cumplir los requisitos para recibir primas descontadas si, por ejemplo, sus ingresos varían de una semana a la otra por trabajar destajo horario o por trabajar a comisión, si lo contratan a mitad de año o si sufre otras pérdidas de ingresos.

Si el empleado decide comprar cobertura médica en el mercado, encontrará los pasos del proceso en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov). Aquí tiene la información del empleador que será necesario incluir en la solicitud cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener la bonificación fiscal para reducir las primas mensuales.

Contactos importantes

Recurso	Aseguradora	Teléfono	Teléfono/Página web
RR HH-Centro de Servicios de Beneficios de la Ciudad de Dallas	No se aplica	855-656-9114	www.cityofdallasbenefits.org
Ciudad de Dallas	No se aplica		www.dallascityhall.com
Plan médico	UnitedHealthcare	Servicios de miembro: 800-736-1364 myNurseLine: 800-586-6875	www.myuhc.com
Plan de farmacia	CVS/Caremark	855-465-0023	www.caremark.com
Plan oftalmológico	UnitedHealthcare	800-638-3120	www.myuhcvision.com
Plan odontológico	UnitedHealthcare	Plan HMO odontológico: 800-232-0990 Planes odontológicos PPO y EPO: 877-816-3596	www.myuhcdental.com
COBRA	UnitedHealthcare	866-747-0048	www.uhcservices.com
Seguro de vida	Standard Life	877-474-4250	www.standard.com
Programa de asistencia para empleados	OptumHealth	800-586-6875	www.liveandworkwell.com/public Código de acceso: CityofDallas
Planes de ahorro jubilatorio 401(k) y 457(b)	Fidelity	800-343-0860	www.mysavingsatwork.com/atwork.htm
Fondo de jubilación para el empleado	No se aplica	214-580-7700 877-246-1791	www.dallaserf.org
Pensión para policías y bomberos de Dallas	No se aplica	800-638-3861	www.dpfp.org
Bienestar	WellAware	855-656-9114	http://dallascityhall.com/human_resources/wellaware
Seguro de incapacidad de largo plazo	Abacus	Servicio de atención al cliente: 800-643-2212 Reclamos de indemnización por incapacidad: 866-590-7448	www.abacusseries.com
Indemnización por reclusión hospitalaria Accidente Atención oncológica Enfermedades críticas Seguro de incapacidad de corto plazo	Aflac	800-981-6537	www.aflac.com
Seguro de vida universal	Allstate	800-521-3535	www.allstatebenefits.com
Planes de asesoramiento legal Defensa contra el hurto de datos personales	LegalShield	800-654-7757	www.legalshield.com
Teladoc	No se aplica	800-835-2362	www.teladoc.com
Videoteca de beneficios	GuideSpark	No se aplica	https://cityofdallas.a.guidespark.com