



2025-26

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

PECOS ISD



Tabla de contenidos

ACERCA DE ESTA GUÍA DE BENEFICIOS

Esta guía de beneficios describe los aspectos más destacados del programa de beneficios de Pecos Barstow Toyah ISD mediante un lenguaje no técnico. Sus derechos específicos a los beneficios del plan se rigen exclusivamente, y en todos los aspectos, por los documentos oficiales del plan, y no por la información contenida en esta guía de beneficios. En caso de discrepancia entre la descripción de los elementos del programa que figura en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan. Por favor, consulte los documentos legales y relacionados con los beneficios específicos e importantes del plan de cada una de las respectivas aseguradoras en el sitio web de beneficios en <https://pbtisd.fbmcbenefits.com/>.

Debe tener en cuenta que todos y cada uno de los elementos de los programas de beneficios de Pecos Barstow Toyah ISD pueden ser modificados en el futuro, en cualquier momento, para cumplir con las normas del Servicio de Impuestos Internos, o de otra manera según lo decida Pecos Barstow Toyah ISD.

Bienvenido	3
Información clave que debe saber	3
Cómo inscribirse	4
Planes médicos	5
Telemedicina	9
Plan odontológico	11
Plan oftalmológico	12
Cuenta de ahorros flexibles	13
Cuenta de ahorros para gastos médicos	13
Seguro básico de vida y AD&D	14
Seguro voluntario de vida y AD&D	14
Seguro por discapacidad a corto plazo	15
Seguro por discapacidad a largo plazo	15
Programa de asistencia al empleado	16
Seguro contra accidentes	17
Seguro de enfermedades graves	17
Pruebas genéticas para la detección de cáncer	17
Seguro de indemnización hospitalaria	18
Seguro contra el cáncer	18
Transporte médico	18
Seguro legal	18
Avisos importantes	19
Aviso de CHIP	22
Aviso del Mercado	23
Contactos	25

Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Por favor, consulte la página 19 para obtener más detalles.



Bienvenido

MÁS INFORMACIÓN

Haga clic aquí



Pecos Barstow Toyah Independent School District ofrece un paquete de beneficios integral, rentable y competitivo. Este paquete les ayuda a protegerlos a usted y a su familia, pero solo funciona si usted asume el control y toma decisiones meditadas sobre sus beneficios. Para aprovechar al máximo sus beneficios, debe tomar decisiones acertadas en materia de inscripción.

Pecos Barstow Toyah ISD le ofrece varias herramientas, incluyendo este resumen y el sitio web de inscripción en línea para ayudarle en esta toma de decisiones.

Todos los nuevos empleados elegibles dispondrán de 31 días a partir de la fecha de contratación (fecha de inicio) para inscribirse en los beneficios. Todos los beneficios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de inicio del empleo.

Los cambios realizados en todos los planes de seguro durante la Inscripción Abierta anual se deducen del primer cheque de nómina de septiembre y la cobertura entra en vigor el 1 de septiembre de 2025.



INFORMACIÓN CLAVE QUE DEBE SABER

INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA

La cobertura NO se trasladará automáticamente al nuevo año de beneficios, por lo que todos los empleados deberán inscribirse bajo la asesoría de un inscriptor para el año del plan 2025-2026.



DOCUMENTOS DEL PLAN

Para consultar los documentos del plan del proveedores, visite:

<https://pbtisd.fbmcbenefits.com/>



TÉRMINOS SOBRE LOS SEGUROS

- **Prima:** Monto mensual que usted paga por la cobertura de atención médica.
- **Deducible:** Monto anual de gastos médicos que usted debe pagar antes de que su plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago:** Monto fijo que usted paga por un servicio cubierto en el momento en que lo recibe. El monto puede variar según el tipo de servicio.
- **Coseguro:** Parte que usted debe pagar por los servicios después de alcanzar su deducible. Suele ser un porcentaje determinado de los costos; es decir, usted paga el 20% mientras que el plan de atención médica paga el 80%.
- **Máximo de bolsillo:** Monto máximo que usted paga cada año en concepto de costos médicos. Después de alcanzar el máximo de bolsillo, el plan paga el 100% de los cargos permitidos por los servicios cubiertos.



Inscripción

INSCRIPCIÓN

Una vez inscrito, la cobertura comenzará el día 1 del mes siguiente a la fecha de su contratación, a excepción de la cobertura médica.

NOTA: Si elige inscribirse en la cobertura médica que entrará en vigor en la fecha de su contratación, entonces está reconociendo que su prima mensual será deducida en su totalidad.

Este beneficio no se prorrateará en función de la fecha de entrada en vigor. Ejemplo: Si un nuevo empleado comienza a trabajar en agosto y su primera fecha de pago es en septiembre, en su cheque de pago de septiembre habrá dos deducciones por la totalidad de las primas médicas correspondientes a agosto y septiembre.

Considere detenidamente sus opciones de beneficios, ya que es posible que se apliquen ciertas normas de elegibilidad y eventos habilitantes a cualquier cambio que desee realizar durante el año del plan.

(Para obtener más información, consulte el **documento del plan de la Sección 125** que puede solicitar a su empleador).

Por favor, asegúrese de revisar el talón de su primer cheque de pago después de su fecha de entrada en vigor para verificar su cobertura de seguro. Comunique inmediatamente cualquier discrepancia al departamento de beneficios.

ELEGIBILIDAD

Todos los empleados **a tiempo completo** que trabajen **20** horas semanales o más y tengan al menos 18 años son elegibles para participar en el programa de beneficios.

CÓMO INSCRIBIRSE



Programe una cita con un asesor de beneficios escaneando el código QR o utilizando el siguiente enlace:

<https://pbtisd.fmcbenefits.com/>

Para prepararse para la inscripción en línea, deberá tener a mano lo siguiente:

1. Números de Seguro Social y fechas de nacimiento de sus familiares elegibles.
2. Registros de gastos de atención médica, odontológica y oftalmológica para que pueda planificar sus opciones de beneficios.
3. Información sobre otras coberturas de beneficios o seguros que pueda tener, como los detalles de cobertura de los planes de su cónyuge.
4. Información sobre la designación de beneficiarios, para que pueda identificar correctamente a sus beneficiarios para su cobertura de seguro de vida.

IMPORTANTE

Por favor, recuerde que las primas pagadas antes de impuestos están "bloqueadas". No se pueden cambiar sus elecciones de beneficios a mitad del año del plan, a menos que usted experimente un evento de vida habilitante. Algunos ejemplos serían:

- Matrimonio o divorcio
- Un cambio de residencia que afecta a la cobertura
- Nacimiento o adopción
- Pérdida u obtención de empleo del cónyuge
- Fallecimiento de un dependiente
- CHIPRA (Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños)



proporcionadas por: TRS

Plan médico

MÁS INFORMACIÓN

Haga clic aquí



Nadie puede predecir el futuro, pero sí prepararse para él. Sus beneficios médicos le proporcionan acceso a personas, recursos y herramientas que le ayudarán cuando no se sienta bien.

Pecos Barstow Toyah ISD ofrece cuatro opciones de seguro de salud. Los planes tienen distintos niveles de copagos, deducibles y máximos de bolsillo. Para tomar una decisión informada, por favor siga leyendo las descripciones breves de sus opciones de cobertura.

El programa médico administrado por **BCBSTX** proporciona el marco para su salud y bienestar.

Para satisfacer mejor las distintas necesidades de nuestros empleados, Pecos Barstow Toyah ISD ofrece los planes médicos que se describen a continuación.

RECUERDE

Inicie sesión en **Blue Access for MembersSM** en www.bcbstx.com/trsactivecare para utilizar la herramienta de estimación de costos. Esto le ayudará a encontrar los mejores precios.

PRIMAS MÉDICAS

proporcionadas por: TRS

Mensual	PLANES TRS-ACTIVECARE				PLAN REGIONAL HMO
	PRIMARY	PRIMARY+	HD	AC2	BCBSTX
Empleado	\$0	\$0	\$0	\$363	\$564.50
Empleado + Cónyuge	\$479	\$624	\$511	\$1752	\$2311.60
Empleado + Hijo(s)	\$61	\$183	\$81	\$857	\$1265.00
Empleado + Familia	\$772	\$967	\$812	\$2191	\$2495.30

TRS-ActiveCare Plans

	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+
Resumen del plan	<ul style="list-style-type: none"> La prima más baja de los tres planes Copagos por visitas al médico antes de alcanzar su deducible Red estatal Es necesario tener derivaciones de un Proveedor de atención primaria (PCP) para ver a los especialistas No es compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) No hay cobertura fuera de la red 	<ul style="list-style-type: none"> Deducible más bajo que los planes HD y Primary Copagos para muchos servicios y medicamentos Prima más alta Red estatal Es necesario tener derivaciones de un PCP para ver a los especialistas No es compatible con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) No hay cobertura fuera de la red
CARACTERÍSTICAS DEL PLAN (Individual/Familiar)		
Tipo de cobertura	Solo cobertura dentro de la red	Solo cobertura dentro de la red
Deducible	\$2500/\$5000	\$1200/\$2400
Coseguro	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible
Máximo de bolsillo	\$8050/\$16 100	\$6900/\$13 800
Red	Red estatal	Red estatal
Se requiere un Proveedor de atención primaria (PCP)	Sí	Sí
VISITAS AL MÉDICO		
Atención primaria	\$30 de copago	\$15 de copago
Especialista	\$70 de copago	\$70 de copago
ATENCIÓN INMEDIATA		
Atención de urgencia	\$50 de copago	\$50 de copago
Atención de emergencia	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible
TRS Virtual Health-RediMD (TM)	\$0 por consulta médica	\$0 por consulta médica
TRS Virtual Health-Teladoc®	\$12 por consulta médica	\$12 por consulta médica

	TRS-ACTIVECARE HD		TRS-ACTIVECARE 2	
Resumen del plan	<ul style="list-style-type: none"> Compatible con la Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) Red nacional con cobertura fuera de la red Sin necesidad de PCP ni de derivaciones Debe alcanzarse el deducible antes de que el plan pague la atención no preventiva 		<p>NOTA: Cerrado a nuevos inscritos</p> <ul style="list-style-type: none"> Los inscritos actuales pueden elegir permanecer en el plan Deducible más bajo Copagos para muchos medicamentos y servicios Red nacional con cobertura fuera de la red Sin necesidad de PCP ni de derivaciones 	
CARACTERÍSTICAS DEL PLAN (Individual/Familiar)				
Tipo de cobertura	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	\$3300/\$6600	\$6600/\$13 200	\$1000/\$3000	\$2000/\$6000
Coseguro	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 40% después del deducible
Máximo de bolsillo	\$8300/\$16 600	\$20 500/\$41 000	\$7900/\$15 800	\$23 700/\$47 400
Red	Red nacional		Red nacional	
Se requiere un Proveedor de atención primaria (PCP)	No		No	
VISITAS AL MÉDICO				
Atención primaria	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	\$30 de copago	Usted paga el 40% después del deducible
Especialista	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	\$70 de copago	Usted paga el 40% después del deducible
ATENCIÓN INMEDIATA				
Atención de urgencia	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible	\$50 de copago	Usted paga el 40% después del deducible
Atención de emergencia	Usted paga el 30% después del deducible		Usted paga \$250 de copago más el 20% después del deducible	
TRS Virtual Health-RediMD (TM)	\$30 por consulta médica		\$0 por consulta médica	
TRS Virtual Health-Teladoc®	\$42 por consulta médica		\$12 por consulta médica	

TRS-ActiveCare Plans

MÁS INFORMACIÓN

Haga clic aquí 

	TRS-ACTIVECARE PRIMARY	TRS-ACTIVECARE PRIMARY+
MEDICAMENTOS CON RECETA (Suministro para 30 / 90 días)		
Deducible de medicamentos	Integrado al plan médico	\$200 de deducible por participante (solo medicamentos de marca)
Medicamentos genéricos (suministro para 31/90 días)	\$15/\$45 de copago; \$0 para determinados medicamentos genéricos	\$15/\$45 de copago
Preferido (El máximo no aplica si se selecciona el medicamento de marca y el genérico está disponible)	Usted paga el 30% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible (\$100 máx.)/ Usted paga el 25% después del deducible (\$265 máx.)
Marca no preferida	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Medicamentos de especialidad (31 días máx.)	\$0 si elegible para SaveOn ^{SP} ; Usted paga el 30% después del deducible	\$0 si elegible para SaveOn ^{SP} ; Usted paga el 30% después del deducible
Costos de bolsillo por insulina	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días

	TRS-ACTIVECARE HD	TRS-ACTIVECARE 2
Deducible de medicamentos	Integrado al plan médico	Deducible de medicamentos de marca de \$200
Medicamentos genéricos (suministro para 31/90 días)	Usted paga el 20% después del deducible; \$0 de coseguro para determinados medicamentos genéricos	\$20/\$45 de copago
Preferido (El máximo no aplica si se selecciona el medicamento de marca y el genérico está disponible)	Usted paga el 25% después del deducible	Usted paga el 25% después del deducible (\$40 mín./\$80 máx.)/ Usted paga el 25% después del deducible (\$105 mín./\$210 máx.)
Marca no preferida	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible (\$100 mín./\$200 máx.)/ Usted paga el 50% después del deducible (\$215 mín./\$430 máx.)
Medicamentos de especialidad (31 días máx.)	Usted paga el 20% después del deducible	\$0 si elegible para SaveOn ^{SP} ; Usted paga el 30% después del deducible (\$200 mín./\$900 máx.)/ No hay suministro para 90 días de medicamentos de especialidad
Costos de bolsillo por insulina	Usted paga el 25% después del deducible	\$25 de copago por suministro para 31 días; \$75 por suministro para 61-90 días

Planes regionales HMO

HMO DE WEST TEXAS BLUE ESSENTIALS

Presentado por TRS-ActiveCare

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN (INDIVIDUAL / FAMILIAR)

Tipo de cobertura	Solo cobertura dentro de la red
Deducible	\$950 / \$2850
Coseguro	Usted paga el 25% después del deducible
Máximo de bolsillo	\$7450 / \$14 900

VISITAS AL MÉDICO

Atención primaria	\$20 de copago
Especialista	\$70 de copago

ATENCIÓN INMEDIATA

Atención de urgencia	\$50 de copago
Atención de emergencia	\$500 de copago antes del deducible más el 25% después del deducible

MEDICAMENTOS CON RECETA (SUMINISTRO PARA 30 / 90 DÍAS)

Deducible de medicamentos	\$150
Genéricos	\$5 / \$12.50 de copago Medicamentos preventivos bajo la ACA: \$0
Marca preferida	30% después del deducible
Marca no preferida	50% después del deducible
Especialidad	15% / 25% después del deducible (preferido/no preferido)

Puede elegir este plan si vive en uno de estos condados:

Andrews, Armstrong, Bailey, Borden, Brewster, Briscoe, Callahan, Carson, Castro, Childress, Cochran, Coke, Coleman, Collingsworth, Comanche, Concho, Cottle, Crane, Crockett, Crosby, Dallam, Dawson, Deaf Smith, Dickens, Donley, Eastland, Ector, Fisher, Floyd, Gaines, Garza, Glasscock, Gray, Hale, Hall, Hansford, Hartley, Haskell, Hemphill, Hockley, Howard, Hutchinson, Irion, Jones, Kent, Kimble, King, Knox, Lamb, Lipscomb, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Martin, Mason, McCulloch, Menard, Midland, Mitchell, Moore, Motley, Nolan, Ochiltree, Oldham, Parmer, Pecos, Potter, Randall, Reagan, Reeves, Roberts, Runnels, San Saba, Schleicher, Scurry, Shackelford, Sherman, Stephens, Sterling, Stonewall, Sutton, Swisher, Taylor, Terry, Throckmorton, Tom Green, Upton, Ward, Wheeler, Winkler, Yoakum

Telemedicina



¡Bienvenido a Recuru Health, su proveedor de telemedicina y salud conductual por solo \$10 al mes! Recuru Health cuenta con una red nacional de médicos certificados y con licencia estatal que ofrecen consultas médicas las 24 horas del día, ¡los 7 días de la semana! Los médicos de Recuru Health diagnostican afecciones médicas agudas que no representan una emergencia y prescriben medicamentos cuando es clínicamente apropiado.

Además de las consultas médicas bajo demanda, ahora puede conectarse virtualmente con un psiquiatra o consejero licenciado* a través de videoconsultas seguras. Simplemente programe una cita en su hora de almuerzo, mientras viaja o los fines de semana para utilizar este servicio en cualquier momento y en cualquier lugar.

*Se aplican tarifas adicionales en el momento de la consulta para el psiquiatra o el consejero licenciado.

AFECCIONES MÉDICAS:

- alergias
- infección de vejiga
- bronquitis
- resfriado y gripe
- sarpullidos
- afecciones sinusales
- conjuntivitis
- y más...

AFECCIONES DE SALUD CONDUCTUAL:

- problemas de niños y adolescentes
- depresión
- trastornos alimenticios
- cambios en la vida
- paternidad
- gestión del estrés
- trauma y TEPT
- y más...

EN RESUMEN

- Acceda a consultas médicas las 24 horas al día, los 7 días a la semana por solo **\$10 al mes.**
- Hable con su médico en cuestión de minutos desde cualquier lugar: en casa, en el trabajo o mientras viaja por \$0 por consulta.
- **Teléfono:** (855) 6RECURO
- **En línea:** www.RecuruHealth.com

POLÍTICA DE RECETAS/MEDICAMENTOS CON RECETA

- Si fuera médicamente necesario, se solicitará una receta a la farmacia de su elección.
- Nuestros médicos no recetan sustancias controladas por la DEA (lista I-IV) ni medicamentos no terapéuticos

ACTIVE SU CUENTA RECURU HEALTH

1. Acceda a través de la aplicación móvil Recuru Health, en línea o por teléfono
2. Introduzca el ID de miembro de su empleador que se encuentra en su tarjeta
3. *Si no tiene tarjeta, puede llamar al (855) Recuru Health en cualquier momento o comunicarse con el administrador de su programa.
4. Cree su nombre de usuario y contraseña
5. Complete los campos obligatorios para iniciar su historia clínica electrónica
6. Solicite una consulta

*No es necesario registrar su cuenta para utilizar el servicio, puede llamar al (855) 6RECURO en cualquier momento para tener acceso a los médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



proporcionado por: **METLIFE**

Plan odontológico



La buena salud empieza en la boca. El seguro odontológico paga exámenes y limpiezas dentales periódicas. También hace más asequible el tratamiento de caries, tratamientos de conducto y otras afecciones.

TIPOS DE SERVICIOS

Clase A: exámenes de rutina, radiografías de aleta mordida, limpiezas, tratamientos con flúor, selladores, etc.

Clase B: restauraciones, extracciones simples, cirugía oral, etc.

Clase C: endodoncia (conducto radicular), periodoncia (tratamiento de encías), incrustaciones, coronas, recubrimientos, puentes, etc.

Clase D: ortodoncia

NOTA: La lista anterior es una descripción incompleta de los beneficios. Para obtener más información, por favor consulte los documentos del plan correspondiente.

¿QUIÉN ES UN DENTISTA PARTICIPANTE?

Un dentista participante, o de la red, es un dentista general o especialista que ha acordado aceptar las tarifas negociadas como pago íntegro por los servicios cubiertos prestados a los miembros del plan, sujetos a cualquier deducible, copago, participación en los gastos y máximo de beneficios. Las tarifas negociadas suelen oscilar entre un 30 y un 45% por debajo de las tarifas promedio que se cobran en la comunidad del dentista por servicios iguales o sustancialmente similares.

Hay miles de dentistas generales y especialistas entre los que elegir en todo el país. Puede recibir una lista de estos dentistas participantes en línea en www.metlife.com/dental o llamando al 1-800-275-4638 para que se la envíen por fax o por correo.

¿PUEDO ELEGIR UN DENTISTA NO PARTICIPANTE?

Sí, siempre puede elegir el dentista que desee. Sin embargo, si elige un dentista no participante (fuera de la red), los gastos de bolsillo pueden ser mayores que los gastos de bolsillo cuando visita a un dentista dentro de la red.

PRIMAS DEL PLAN ODONTOLÓGICO

Mensual	PPO PASIVO
Empleado	\$24.91
Empleado + Cónyuge	\$52.87
Empleado + Hijo(s)	\$55.59
Empleado + Familia	\$81.35

RESUMEN DE BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS¹

DEDUCIBLES*

Individual (se aplica a los servicios de Clase B o Clase C)	\$50.00
Familiar (máximo 3 al año) (se aplica a los servicios de Clase B o Clase C)	\$150.00

SERVICIOS

Clase A: diagnóstico y preventivo	100%
Clase B: servicios básicos	80%
Clase C: servicios principales	50%
Clase D: ortodoncia	50%

BENEFICIO MÁXIMO**

Clases A, B, y C combinadas, por persona, por año de beneficios	\$1500
Clase D Ortodoncia de por vida	\$1000

PERÍODO DE ESPERA DE BENEFICIOS***

Gastos de clases A - D	NINGUNO
------------------------	---------

¹ - Las tarifas reflejan el uso de proveedores dentro de la red

* Se exonera a los servicios de Clase A (se aplica a los servicios de Clase B y C)

** Se aplica a los servicios de Clase A, B y C, si procede

*** Pueden aplicarse períodos de espera. Consulte más detalles en su certificado de cobertura.



proporcionado por: **METLIFE**

Plan oftalmológico

MÁS INFORMACIÓN

Haga clic aquí



Los beneficios oftalmológicos están diseñados para proporcionarle a usted y a sus familiares cubiertos la atención, el valor y el servicio necesarios para ayudarles a mantener una buena visión y salud en general. Para encontrar un proveedor de la red, visite <http://www.metlife.com> y seleccione la red Superior Vision de MetLife, o llame al 855-638-3931.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS

	ASIGNACIONES DENTRO DE LA RED	ASIGNACIONES FUERA DE LA RED
EXAMEN OCULAR		
EXAMEN	\$10 de copago	Hasta \$45
IMÁGENES DE RETINA	Copago de hasta \$39	Aplicado a la asignación por exámenes
MATERIAL/ ANTEOJOS O CRISTALES (ANTEOJOS/LENES DE CONTACTO)		
CORRECTIVO ESTÁNDAR		
Monofocales	\$25 de copago	\$30 de asignación
Bifocales	\$25 de copago	\$50 de asignación
Trifocales	\$25 de copago	\$65 de asignación
Lenticulares	\$25 de copago	\$100 de asignación
MEJORA DE LENTE ESTÁNDAR		
Revestimiento ultravioleta	Cobertura total	Se aplica a la asignación para la lente correctivo aplicable
Policarbonato estándar (niño hasta 18 años)	Cobertura total	Se aplica a la asignación para la lente correctivo aplicable
MEJORA DE LENTE ADICIONAL¹		
Estándar progresivo	Copago de hasta \$55	\$50 de asignación
Premium/Personalizado progresivo	Premium: copago de hasta \$95-\$105 Personalizado: copago de hasta \$150-\$175	\$50 de asignación
Policarbonato estándar (adulto)	Monofocales: copago de hasta \$31 Multifocal: copago de hasta \$35	Se aplica a la asignación para la lente correctiva aplicable
Revestimiento resistente a los arañazos (variable según tipo)	Copago de hasta \$17 - \$33	Se aplica a la asignación para la lente correctiva aplicable
Tintes (lentes de plástico)	Rosa I y II: \$0 de copago Plástico sólido: \$15 de copago Tinte degradado de plástico: \$17 de copago	Se aplica a la asignación para la lente correctiva aplicable
Revestimiento antirreflectante (variable según tipo)	Copago de hasta \$41 - \$85	Se aplica a la asignación para la lente correctiva aplicable
Fotocrómico (variable según tipo)	Copago de hasta \$47 - \$82	Se aplica a la asignación para la lente correctiva aplicable

En caso de discrepancia entre los detalles del plan que figuran en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá como exacta la redacción de los documentos oficiales del plan.



proporcionado por: **METLIFE**

Plan oftalmológico

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS

	ASIGNACIONES DENTRO DE LA RED	ASIGNACIONES FUERA DE LA RED
MEJORA DELENTE ADICIONAL¹		
Asignación por montura (Recibirá un 20% de descuento adicional en cualquier cantidad que pague por encima de su asignación. Esta oferta está disponible en todos los establecimientos participantes excepto Costco, Walmart y Sam's Club). <i>Costco, Walmart y Sam's Club</i>	\$105 de asignación \$125 de asignación en marcos destacados \$60 de asignación	\$55 de asignación
Lentes de contacto Electivos Necesarios	\$105 de asignación Cobertura total después del copago de anteojos/ cristales	\$90 de asignación \$210 de asignación
CARACTERÍSTICAS DE VALOR AÑADIDO		
Ahorros adicionales en anteojos y anteojos de sol¹	Obtenga un 20% de descuento en el costo de pares adicionales de anteojos recetados y anteojos de sol sin receta, incluidas las mejoras de lentes. En ocasiones, también pueden estar disponibles otras ofertas promocionales.	
Corrección de la visión con láser²	Ahorros promedio de 15% de descuento sobre el precio regular o 5% de descuento sobre una oferta promocional para cirugía láser, incluyendo PRK, LASIK y LASIK personalizado. La oferta solo está disponible en los establecimientos participantes de MetLife.	

¹ Los costos para los miembros de las mejoras de lentes indicados se limitarán a los copagos que MetLife haya negociado con los proveedores participantes. Los miembros pueden consultar estos copagos después de la inscripción en www.metlife.com/mybenefits. Todas las mejoras de lentes están disponibles en las prácticas privadas participantes. Los copagos máximos y los precios están sujetos a cambios sin previo aviso. Consulte con su proveedor para obtener detalles y copagos aplicables a su elección de lente. Comuníquese con su local de Costco, Walmart y Sam's Club para confirmar la disponibilidad de las mejoras de lentes y los precios antes de recibir los servicios. Es posible que no haya descuentos adicionales disponibles en ciertos estados.

² La cobertura LASIK personalizada solo está disponible utilizando tecnología de frente de onda con el dispositivo quirúrgico microquerátomo. Se pueden realizar otros procedimientos LASIK a un costo adicional para el miembro. Los descuentos en atención oftalmológica con láser solo están disponibles en los establecimientos participantes.

PRIMAS DEL PLAN OFTALMOLÓGICO

PLAN OFTALMOLÓGICO	TARIFA POR EMPLEADO
Solo Empleado	\$8.61
Empleado + 1 Dependiente	\$16.67
Empleado + Familia	\$24.50

FRECUENCIAS

Descripción de la clase: Todos los empleados activos a tiempo completo	
Exámenes	1 cada 12 meses
Lentes correctivos estándar	1 cada 12 meses
Monturas	1 cada 12 meses
Lentes de contacto	1 cada 12 meses

Se permiten anteojos o lentes de contacto por frecuencia

BENEFICIOS DENTRO DE LA RED

- No tiene que presentar ningún reclamo cuando acude a un proveedor de atención oftalmológica participante. Simplemente pague el copago y, si procede, cualquier monto que exceda de su asignación en el momento de recibir el servicio.

LIMITACIONES DEL PLAN

- Se trata de un beneficio de atención oftalmológica primaria y está destinado a cubrir únicamente los exámenes oculares y anteojos/cristales correctivos. Este plan no cubre el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones oculares. La cobertura no puede superar el menor de los costos reales de los servicios y materiales cubiertos o los límites de la póliza.



proporcionada por: NATIONAL BENEFIT SERVICES

FSA/HSA

MÁS INFORMACIÓN

Haga clic aquí

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES

proporcionada por: NATIONAL BENEFIT SERVICES



Una **Cuenta de gastos flexibles (FSA)** le permite pagar los gastos elegibles con dinero libre de impuestos. Usted aporta a una FSA con dinero antes de impuestos de su cheque de pago en cada período de pago. Esto, a su vez, puede ayudar a reducir su ingreso gravable. Tipos de FSA:

- **FSA para atención médica:** Ayuda a pagar los gastos médicos calificados no cubiertos por el seguro (copagos, deducibles, gastos de recetas, etc.)
- **FSA para atención de dependientes:** Ayuda a pagar los gastos de atención de dependientes elegibles como sus hijos, cónyuge y/o pariente.

EN RESUMEN

Año del Plan de la FSA:

- **1 de septiembre de 2025 - 31 de agosto de 2026**

Plazos para la presentación de reclamos/gastos:

- **La FSA para atención médica** tiene un período de carencia de 75 días.
- **La FSA para atención de dependientes** tiene un período de carencia de 75 días.

Aporte máximo anual:

- HFSA: **\$3300**
- DCFSA: **\$5000**

Debido a las regulaciones del IRS, el crédito mensual máximo que el empleador puede aportar a la FSA para atención médica es de \$41.66. Los empleados podrán seguir aportando a la FSA para atención médica mediante deducciones en nómina antes de impuestos. El aporte anual máximo de todas las fuentes no puede superar los \$3300.

CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS

proporcionada por:
NATIONAL BENEFIT SERVICES



EN RESUMEN

Aporte anual máximo según el IRS:

- Empleado: **\$4300**
- EE + Familia: **\$8550**
- Nivelación*: **\$1000**

*Si al finalizar el año tiene más de 55 años, puede aportar \$1000 adicionales a su HSA.

Una **Cuenta de ahorros para gastos médicos** (también conocida como HSA) es una cuenta bancaria con ventajas fiscales que puede abrir cuando se inscribe en un HDHP admitido. La HSA ofrece una forma de ahorrar para gastos de atención médica actuales y futuros, con ventajas fiscales a lo largo del camino. Las HSA suelen denominarse cuentas con triple ventaja fiscal, lo que significa:

- Sus aportes individuales a una HSA pueden estar libres de impuestos, hasta un máximo anual establecido por el IRS.
- Las ganancias de los aportes (a través de intereses e inversiones) pueden estar libres de impuestos.
- Usted puede utilizar el dinero de su HSA, libre de impuestos, para gastos de atención médica elegibles, costos de medicamentos con receta, etc.).
- Su HSA le pertenece y se va con usted si queda desempleado, cambia de empleo o se jubila; usted puede:
 - Puede dejar el dinero en su cuenta corriente.
 - Puede transferir el dinero a otra HSA.
 - Si realiza un retiro anticipado, o utiliza su HSA para gastos no elegibles, el dinero puede estar sujeto a multas o impuestos.



proporcionado por: ONEAMERICA

Seguro de vida/AD&D

SEGURO DE VIDA A TÉRMINO/AD&D

PAGADO POR EL EMPLEADOR



Proteger el futuro de su familia es sin duda una de sus mayores prioridades. Una forma de ayudar a conseguir este objetivo es mediante un seguro de vida. Pecos Barstow Toyah ISD le ofrece un valioso plan de seguro de vida a término sin costo alguno para usted.

EN RESUMEN

Beneficio de seguro básico de vida:

- \$50 000

Beneficio de seguro AD&D:

- \$50 000

¿CÓMO FUNCIONA?

El seguro de vida a término es una cobertura proporcionada por su empleador que dura un período de tiempo determinado, o "término". Mientras trabaje, se puede utilizar para garantizar que su familia pueda sustituir sus ingresos y los posibles ingresos futuros si usted fallece. Ese dinero se puede utilizar para pagar sus últimos gastos y para cubrir la vivienda, las deudas del hogar, la educación y otros gastos cuando ya no disponga de ingresos. Contar con un seguro de vida a término puede ayudar a proporcionarle la tranquilidad de que su familia estará protegida.

También existe el seguro AD&D, que puede pagar un beneficio si sobrevive a un accidente, pero sufre determinadas lesiones graves. Si usted fallece a causa de un accidente cubierto, este seguro puede pagar un monto adicional.

Los beneficios se reducen al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años.

PORTABILIDAD:

Si deja de trabajar para su empleador y desea mantener su cobertura, es posible que disponga de otras opciones para continuar con la cobertura. Comuníquese con su departamento de RR. HH. para obtener más información o visite www.oneamerica.com/keepmybenefits.

SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA/AD&D

PAGADO POR EL EMPLEADO

Además de su Seguro básico de vida, usted tiene la oportunidad de contratar protección adicional de Seguro voluntario de vida/AD&D de OneAmerica. Este beneficio está diseñado para ayudar a proporcionar seguridad financiera para usted y su familia. Esta cobertura es un beneficio pagado por el empleado.

¿CÓMO FUNCIONA?

Usted elige el monto de cobertura que le resulte correcto y mantiene la cobertura durante un período de tiempo determinado, o "término". Si fallece durante ese término, el dinero puede ayudar a su familia a pagar los gastos básicos de subsistencia, gastos de sepelio, matrícula y otros.

Se incluye el seguro AD&D, que paga un beneficio si sobrevive a un accidente, pero sufre determinadas lesiones graves.

¿POR QUÉ ES TAN VALIOSA ESTA COBERTURA?

Adquirir un seguro de vida a término a través del trabajo es más asequible que tratar de comprarlo por su cuenta, ya que obtiene una tarifa grupal. Puede comenzar con tan solo \$10 000, y puede aumentar su beneficio anualmente hasta el monto de la Emisión garantizada.

EN RESUMEN

- Puede elegir un monto de beneficio desde | \$10 000 hasta un máximo de \$500 000, sin superar 5 veces su salario base anual.
- El monto de su emisión garantizada es de \$150 000.
- Su cónyuge es elegible para una cobertura de hasta \$250 000 (\$50 000 de emisión garantizada); tiene una opción para los hijos dependientes: \$10 000

QUÉ MÁS INCLUYE

- Los empleados pueden aumentar \$10 000 adicionales sin Constancia de asegurabilidad hasta el máximo del plan.
- Si el fallecimiento es consecuencia de un accidente, los beneficiarios pueden recibir un beneficio adicional según lo establecido en su certificado.
- Si le diagnostican una enfermedad terminal y le quedan menos de 12 meses de vida, puede solicitar recibir el 25%, el 50% o el 75% del beneficio de su seguro de vida para utilizarlo en lo que desee.

Visite <https://pbtisd.fbmcbenefits.com/> para consultar las primas e información adicional específica del plan.



proporcionado por: **ONEAMERICA**

Seguro de discapacidad

MÁS INFORMACIÓN

Haga clic aquí

SEGURO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

PAGADO POR EL EMPLEADO



¿QUÉ CUBRE*

Este seguro puede cubrir diversas afecciones y lesiones, entre ellas:

- Embarazo normal
- Discapacidad parcial
- Discapacidad recurrente

*Este plan no cubre las afecciones preexistentes.

CÓMO FUNCIONA Y POR QUÉ ES IMPORTANTE

Si una enfermedad o lesión cubierta le impide trabajar, el Seguro por discapacidad a corto plazo puede reemplazar parte de sus ingresos por hasta 12 semanas. Se le considera discapacitado si no puede realizar tareas laborales clave y pierde ingresos. Los beneficios se pueden utilizar para pagar el alquiler, alimentos, facturas médicas y más.

ENTENDER LA LIMITACIÓN POR AFECCIÓN PREEXISTENTE 3/12

Este plan incluye una limitación por afección preexistente conocida como "3/12". Esto significa que cualquier afección por la cual usted recibió tratamiento, consulta, atención o servicios dentro de los 3 meses anteriores a la fecha de inicio de su cobertura puede no estar cubierta si presenta un reclamo dentro de los primeros 12 meses de su póliza. Después de 12 meses de cobertura continua, la limitación ya no se aplica.

¿QUÉ COBERTURA PUEDO OBTENER?

- Usted es elegible para la cobertura si es un empleado a tiempo completo.
- Puede elegir un beneficio semanal mínimo de \$200 hasta un beneficio semanal máximo de \$1500, en incrementos de \$100, sin superar el 60% de sus ingresos semanales anteriores a la discapacidad.

¿CUÁNDO COMIENZAN LOS BENEFICIOS?

Si se aprueban, sus beneficios comienzan después de su período de eliminación de 7 días por lesión o período de eliminación de 7 días por enfermedad.

Visite <https://pbtisd.fbmcbenefits.com/> para consultar las primas e información adicional específica del plan.

SEGURO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO

PAGADO POR EL EMPLEADOR

¿CÓMO FUNCIONA?

Esta **cobertura pagada por el empleador** le abona un beneficio mensual si padece una enfermedad o lesión cubierta y no puede trabajar durante unos meses, o incluso más.

Los beneficios por discapacidad a largo plazo comienzan el día 91 de la discapacidad total y pagan una parte de su salario mensual.

¿POR QUÉ ES TAN VALIOSA ESTA COBERTURA?

Su empleador paga el costo de esta cobertura. Puede utilizar el dinero como quiera. Puede ayudarlo a pagar su alquiler o hipoteca, alimentos, gastos médicos de su bolsillo y mucho más.

También puede proporcionarle acceso a recursos de rehabilitación que pueden ayudarlo a volver al trabajo.

¿QUÉ COBERTURA PUEDO OBTENER?

Su beneficio asciende al 60 por ciento de sus ingresos mensuales anteriores a la discapacidad, hasta un beneficio mensual máximo de \$7500.

BENEFICIOS INCLUIDOS

- Exención de prima
- Beneficio del sobreviviente
- Incentivos de retorno al trabajo
- Beneficio de modificación del lugar de trabajo

¿CUÁLES SON LAS LIMITACIONES?

- Limitación por afección preexistente - 12/12/24 meses
- Enfermedad mental - 2 años
- Abuso de drogas y alcohol - 2 años
- Afecciones especiales - 2 años

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO RECIBIRÉ BENEFICIOS?

La duración máxima de su beneficio depende de su edad cuando comienza la discapacidad y dura hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social.

Visite <https://pbtisd.fbmcbenefits.com/> para consultar información adicional específica del plan

Programa de asistencia al empleado



PAGADO POR EL EMPLEADOR

AYUDA CUANDO MÁS LA NECESITA

Alliance Work Partners está a su disposición a medida que transcurre la vida.

AWP se enorgullece de ser su EAP, ofreciéndole a usted y a su familia servicios valiosos y confidenciales sin costo alguno para usted. **Se trata de un beneficio pagado por el empleador.**

Sus beneficios están diseñados para ayudarlo a gestionar las responsabilidades diarias, los eventos importantes, el estrés laboral o cualquier problema que afecte a su calidad de vida.

BENEFICIOS DEL EAP

- **De 1 a 6 sesiones de asesoramiento:** Por problema, al año. Sesiones de asesoramiento a corto plazo que incluyen evaluación, derivación y servicios de crisis. (Citas en el mismo día para llamadas urgentes/crisis, o facilitación de hospitalización inmediata)
- **LawAccess:** Servicios legales y financieros prestados por un abogado o profesional financiero especializado en su área de interés. Disponible en línea o por teléfono.
- **HelpNet:** Sitio web personalizado del EAP que ofrece recursos, herramientas de desarrollo de habilidades, evaluaciones en línea y derivaciones.
- **WorkLife:** Recursos y derivaciones para las necesidades cotidianas. Disponible por teléfono.
- **SafeRide:** Reembolso de la tarifa del taxi de emergencia para los empleados y dependientes elegibles que opten por utilizar un servicio de taxi en lugar de conducir bajo los efectos del alcohol.
- **Características adicionales:** Boletines, seminarios web, consejos para la vida cotidiana.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS

Los servicios del EAP están disponibles para todos los empleados elegibles, sus cónyuges o parejas de hecho, hijos dependientes, padres y suegros.

Beneficios completos:

- Empleado, jubilado, cónyuge casado/divorciado, pareja, pareja sentimental
- Cualquier miembro del hogar, independientemente de su edad o parentesco, que resida en el domicilio del empleado, incluidos la pareja sentimental y sus hijos

EN RESUMEN

Recurra a nosotros cuando no sepa a quién acudir.

- **Llame al número de acceso gratuito las 24 horas al día, los 7 días a la semana:** 1-800-343-3822
- **Para personas sordas o con problemas de audición:** marque 7 - 1 - 1
- **Línea para adolescentes:** 1-800-334-TEEN (8336)
- **En línea:** awpnow.com - Código de registro: AWP-PBTISD-5501

- Todos los empleados cubiertos pueden llevar consigo a cualquier persona a sus sesiones autorizadas/cubiertas independientemente de su relación con el empleado.
- Hijos y nietos, de 26 años o menos, que residan en los EE. UU. o Puerto Rico. Esto incluye a los hijos y nietos de la pareja sentimental o pareja.
- Toda persona que reúna los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios antes del despido o cese de un empleado seguirá siendo elegible para recibir beneficios hasta 6 meses a partir de la fecha de despido o cese del empleado. Los beneficios se prolongan durante 6 meses a partir de la fecha de llamada del empleado dentro de este plazo.

Evaluación y derivación:

- Hijos y nietos de 27 años o más del empleado, cónyuge casado/divorciado, pareja o pareja sentimental que viva fuera del hogar del empleado
- Empleado obligado por ley a recibir asesoramiento por orden judicial
- Todos los casos de crisis (suicidio/homicidio, violencia doméstica, dependencia química, abuso de sustancias, maltrato infantil/de personas mayores) que no estén cubiertos de otro modo
- Toda persona que reúna los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios antes del despido o cese de un empleado seguirá siendo elegible para la evaluación y derivación después de 6 meses y hasta 1 año a partir de la fecha de despido o cese del empleado. Los beneficios se prolongan 1 año a partir de la fecha de llamada del empleado dentro de este plazo.

Información y derivación:

- Toda persona que se comunique con Alliance Work Partners, independientemente de su situación contractual.

Otros beneficios

MÁS INFORMACIÓN

Haga clic aquí 



SEGURO CONTRA ACCIDENTES

proporcionado por: Chubb

NUEVO PROVEEDOR

Hace todo lo que puede para mantener a su familia a salvo, pero los accidentes ocurren. Siéntase tranquilo sabiendo que tiene ayuda para gestionar los costos médicos asociados a las lesiones accidentales que se producen tanto dentro como fuera del trabajo. **El seguro contra accidentes** de Chubb le ayuda pagándole en efectivo directamente a usted. El plan paga independientemente de cualquier otra cobertura que tenga, y no existen restricciones sobre cómo puede utilizar el dinero. Puede recibir un beneficio de bienestar de \$50 cada año por cada persona cubierta en su plan.

PRIMAS DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Mensual	BAJO	ALTO
Empleado	\$12.46	\$16.38
Empleado + Cónyuge	\$20.11	\$26.25
Empleado + Hijo(s)	\$25.60	\$33.42
Empleado + Familia	\$35.67	\$46.08



SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

proporcionado por: Chubb

NUEVO PROVEEDOR

El Seguro de enfermedades graves lo protege a usted y a su familia en caso de enfermedad grave u otra afección médica con una cobertura portátil. Los pagos se realizan directamente al empleado y se pueden aplicar a reclamos, facturas del hogar u otros gastos, según sea necesario.

Puede recibir un beneficio de bienestar de \$50 cada año por cada persona cubierta en su plan.

Para las primas, por favor, comuníquese con su Asesor de beneficios.

EN RESUMEN

- **Renovabilidad:** la cobertura se renueva automáticamente siempre que el asegurado sea un empleado elegible, se paguen las primas cuando corresponda y la póliza esté vigente.
- **Portabilidad:** los empleados pueden conservar su cobertura si cambian de trabajo o se jubilan mientras la póliza está vigente. Una vez transferida la cobertura, no se puede cancelar siempre que se hayan pagado las primas cuando corresponda. Los empleados no pueden portar cobertura mientras trabajen activamente en el distrito.
- **Prima por edad alcanzada:** las tarifas aumentan en el aniversario de la póliza a medida que los empleados pasan a nuevos rangos de edad.
- **Compatible con HSA:** es posible que tenga un plan de enfermedades graves y también una Cuenta de ahorros para gastos médicos.



PRUEBAS GENÉTICAS DE CÁNCER

proporcionadas por: Genomic Life

Genomic Life es un programa de beneficios transformador que combina el poder de las pruebas avanzadas de ADN con el apoyo personalizado de recursos expertos en cáncer. Genomic Life proporciona servicios que no suelen estar disponibles ni cubiertos por los seguros de salud.

PRIMAS DE GENOMIC LIFE*

Mensual	BAJO	ALTO
Empleado	\$20.00	
Empleado + Cónyuge	\$40.00	

* Los dependientes menores de 26 años quedan cubiertos automáticamente si el miembro elige la cobertura. Se requiere una inscripción de 12 meses.

Otros beneficios

NUEVO PROVEEDOR



SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

proporcionado por: **Chubb**

El seguro de indemnización hospitalaria puede ayudarle con los gastos médicos que su seguro de salud no cubra. Puede utilizar el dinero como mejor le parezca para centrarse en su recuperación. Estos beneficios están disponibles para usted, su cónyuge e hijos dependientes elegibles.

Las opciones de planes y primas para Pecos Barstow Toyah ISD se muestran a la derecha.

PRIMAS DEL SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Mensual	PLAN BAJO	PLAN ALTO
Empleado	\$19.24	\$30.68
Empleado + Cónyuge	\$42.20	\$68.12
Empleado + Hijo(s)	\$32.48	\$56.68
Empleado + Familia	\$54.06	\$94.38



SEGURO CONTRA EL CÁNCER

proporcionado por: **METLIFE**

Aunque los tratamientos han mejorado mucho, el costo del tratamiento del cáncer supone una enorme carga financiera para quienes reciben el diagnóstico y sus familias. El seguro contra el cáncer ayuda a cubrir las carencias financieras cuando dejan de pagarse los beneficios o cuando los gastos no están cubiertos por una póliza de seguro básico de salud.

Los pagos se realizan directamente a usted.

EN RESUMEN

- MetLife ofrece tarifas grupales y el pago de la prima mediante deducción de nómina, por lo que ¡no tiene que preocuparse de extender un cheque ni de olvidar un pago! Las tarifas según la edad de los empleados se detallan en línea en <https://pbtisd.fbmcbenefits.com/>



TRANSPORTE MÉDICO

proporcionado por: **MASA**

La mayoría de la gente asume que su seguro de salud cubrirá la mayor parte, si no la totalidad, de los costos de estos transportes. Por lo general, ocurre lo contrario, lo que le deja con responsabilidades financieras. La cobertura de transporte médico paga estos costos para que usted no tenga que hacerlo.

PRIMAS DE TRANSPORTE MÉDICO

Mensual	EMERGENT PLUS	PLATINUM
Empleado	\$14.00	\$39.00
Empleado + Familia	\$14.00	\$39.00



SEGURO LEGAL

proporcionado por: **ARAG**

Por muy bien que planifique su vida, puede estar seguro de que surgirán algunos retos imprevistos. Cuando surgen, es tranquilizador saber que la ayuda y el apoyo están al alcance de la mano. ¡Ahí es donde el Seguro legal lo cubre!

PRIMAS DEL SEGURO LEGAL

Mensual	ULTIMATE ADVISOR	ULTIMATE ADVISOR PLUS
Empleado	\$17.30	\$24.25
Empleado + Familia	\$17.30	\$24.25



Avisos importantes

MÁS INFORMACIÓN

Haga clic aquí

AVISO IMPORTANTE DE PECOS BARSTOW TOYAH ISD SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con BCBSTX (TRS ActiveCare) y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no adherirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en adherirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se puso a disposición de todas las personas que tienen Medicare en 2006. Usted puede obtener esta cobertura si se adhiere a un Plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también podrían ofrecer mayor cobertura por una prima mensual más alta.
2. BCBSTX (TRS ActiveCare) ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por BCBSTX (TRS ActiveCare), en promedio para todos los participantes del plan, tiene previsto pagar el mismo monto que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (recargo) si posteriormente decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede adherir a un Plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para afiliarse a Medicare y luego todos los años, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide adherirse a un Plan de medicamentos de Medicare?

Si decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de BCBSTX (TRS ActiveCare) se verá afectada. Usted puede conservar esta cobertura si elige adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, y su plan de salud de BCBSTX (TRS ActiveCare) coordinará sus beneficios con Medicare para la cobertura de medicamentos. Consulte las páginas 7-9 de la Guía de CMS sobre la divulgación de la cobertura acreditable a las personas elegibles para la Parte D de Medicare (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones/opciones del plan de medicamentos con receta que las personas elegibles para Medicare pueden tener a su disposición cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.

Si decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual de BCBSTX (TRS ActiveCare), tenga en cuenta que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagará una prima más alta (recargo) al adherirse a un Plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con BCBSTX (TRS ActiveCare) y no se adhiere a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos siguientes a la finalización de su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una prima más alta (recargo) para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días corridos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que su prima mensual aumente en al menos un 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes en que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser al menos un 19% más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (recargo) por todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, también podría tener que esperar hasta el siguiente mes de octubre para adherirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su actual cobertura de medicamentos con receta:

Para obtener más información, comuníquese con la persona indicada más adelante.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de BCBSTX (TRS ActiveCare). También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

En el manual "Medicare & You" (Medicare y usted), encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También, es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

Visite www.medicare.gov

Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal para Asistencia en Seguro Médico. (En el interior de la contratapa de su manual "Medicare & You" (Medicare y usted) encontrará el número de teléfono.

Llame al: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Los usuarios de TTY deben llamar al: **1-877-486-2048**

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web del Seguro Social www.socialsecurity.gov, o llame al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**.

Última actualización: **1 de julio de 2025**

Nombre de la entidad: Pecos Barstow Toyah ISD
Contacto-Cargo/Oficina: Departamento de Beneficios
Dirección: 1301 S. Eddy Street, Pecos, TX, 79772
Teléfono: 432-447-7201

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE COBRA/DERECHOS A COBERTURA DE CONTINUACIÓN

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta terminaría de otro modo debido a un evento de vida conocido como "evento habilitante". Más adelante en este aviso encontrará una lista de eventos habilitantes específicos. Luego de ocurrido un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario admitido". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios admitidos si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. Dentro del Plan, los beneficiarios admitidos que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por la cobertura de continuación de COBRA más una comisión administrativa del 2%.

Si usted es un empleado, pasará a ser beneficiario admitido si pierde la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Se reduce su horario de trabajo; o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.

Avisos importantes

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario admitido si pierde la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Su cónyuge fallece;
- se reduce el horario de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su cónyuge;
- Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios admitidos si pierden la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- El empleado que es padre-madre de dicho dependiente fallece;
- Se reduce el horario de trabajo del empleado que es padre-madre de dicho dependiente;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su cónyuge;
- Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios admitidos si pierden la cobertura del Plan porque ocurre cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- El empleado que es padre-madre de dicho dependiente fallece;
- Se reduce el horario de trabajo del empleado que es padre-madre de dicho dependiente;
- El empleo del empleado que es padre-madre termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- El empleado que es padre-madre del dependiente pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios admitidos solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. Cuando el evento habilitante sea el fin del empleo o la reducción del horario de trabajo, el fallecimiento del empleado, el inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador o el hecho de que el empleado pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el empleador deberá notificar el evento habilitante al Administrador del Plan (NBS).

Usted debe notificar algunos eventos habilitantes

Para los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores al evento habilitante. Debe enviar este aviso al director de Recursos Humanos, incluyendo la documentación pertinente (sentencia de divorcio; documento de separación legal, etc.) para respaldar su reclamo, si corresponde.

¿Cómo se proporciona la cobertura de COBRA?

Luego de ser notificado del evento habilitante, el Administrador del Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios admitidos. Cada beneficiario admitido tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres podrán elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación provisoria de cobertura. Cuando el evento habilitante sea el fallecimiento del empleado, el hecho de que el empleado pase a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o separación legal, o la pérdida de elegibilidad de un hijo como hijo dependiente, la cobertura de continuación de COBRA durará hasta un total de 36 meses.

Cuando el evento habilitante sea el fin del empleo o la reducción del horario de trabajo del empleado y el empleado haya pasado a tener derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento habilitante, la cobertura de continuación de COBRA para los beneficiarios admitidos que no sean el empleado durará hasta 36 meses después de la fecha del derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto pasa a tener derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en la que finaliza su empleo, la cobertura de continuación de COBRA para su cónyuge e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha del derecho a Medicare, lo que equivale a 28 meses después de la fecha del evento habilitante (36 meses menos 8 meses).

De lo contrario, cuando el evento habilitante sea el fin del empleo o la reducción del horario de trabajo del empleado, la cobertura de continuación de COBRA generalmente solo durará hasta un total de 18 meses. Hay dos maneras de ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA.

Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación, por discapacidad.

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier familiar cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo total de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación.

Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación, por segundo evento habilitante.

Si su familia experimenta otro evento habilitante mientras recibe 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan el segundo evento habilitante. Esta ampliación puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciban cobertura de continuación si el empleado o ex-empleado fallece, pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas), o se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente, pero solo si el evento hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

Si tiene alguna pregunta:

Las preguntas relacionadas con su Plan o a sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto identificado más adelante. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a ERISA, incluida COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su área o visite el sitio web de la EBSA en www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

Mantenga a su Plan informado de los cambios de domicilio:

Con el fin de proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. Asimismo, debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

NATIONAL BENEFIT SERVICES

Departamento de COBRA
Apartado postal 219494
Kansas City, MO 64121-9494
(800) 274-0503
www.nbsbenefits.com

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER (WHCRA) DE 1998

Si usted o su cónyuge se han realizado o van a realizarse una mastectomía, es posible que tengan derecho a determinados beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998.

En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al número de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación médica.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de una estadía hospitalaria de cualquier duración relacionada con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea.

Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o la aseguradora para prescribir una estadía hospitalaria que no supere las 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejó de aportar para su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o posteriores a la fecha en que el empleador deje de aportar a la otra cobertura).

Si tiene un nuevo dependiente a causa de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse usted e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Pecos Barstow Toyah ISD
Departamento de Beneficios
432-447-7201

Aviso de CHIP

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que pueda contratar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en Texas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si dispone de asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, marque el 1-877-KIDS NOW, o visite [insurekidsnow.gov](https://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo solicitarlo. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted todavía no lo estuviera. A esto se lo denomina oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días siguientes a la determinación de su elegibilidad para la asistencia para el pago de las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [askebsa.dol.gov](https://www.askebsa.dol.gov) o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en Texas, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. Si reside fuera de Texas, consulte el Aviso modelo de CHIP completo en línea en:

<https://www.dol.gov/sites/default/files/ebsa/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.doc>

Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

TEXAS - MEDICAID

Sitio web: <https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip>
Teléfono: 800-335-8957

Para localizar la lista de estados, actualizada al 31 de enero de 2025, o para ver los estados que han añadido recientemente un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero de 2025, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado

1-866-444-EBSA (3272)
dol.gov/agencias/ebsa

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565
cms.hhs.gov



Nuevas opciones de cobertura en el Mercado de Seguros de Salud y su cobertura de salud

PARTE A: Información general

Como consecuencia de la Ley de Atención Médica Asequible, a partir de 2014, hubo una nueva forma de contratar un seguro de salud: el Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "un punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros de salud privados. Usted también puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para cobertura de seguro de salud a través del Mercado comienza el 1 de noviembre de 2025 y finaliza el 15 de enero de 2025, en la mayoría de los estados.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el Mercado?

Usted podría calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, o si ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. El ahorro para el cual es elegible en su prima depende de sus ingresos familiares.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para ahorros de primas a través del Mercado?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple ciertos estándares, usted no será elegible para acceder a un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o para una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura en lo absoluto o no ofrece cobertura que cumpla con ciertos estándares. Para los años del plan que comienzan en el año calendario 2025, si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más than 9.02% of your household income for the year, or if the
Si la ayuda que le proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.¹

Nota: Si usted compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, es posible que pierda el aporte del empleador (si lo hubiera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, este aporte del empleador, así como su aporte de empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye del ingreso para fines de los impuestos federales y estatales sobre la renta. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de los impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleador, por favor consulte el resumen de la descripción del plan o comuníquese con [Pecos Barstow Toyah IDS ATTN: Benefits Dept., 1301 S. Eddy Street, Pecos, TX 79772, 432-447-7201.](#)

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Por favor, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

Aviso del mercado

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud que ofrece su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione la siguiente información. Esta información está numerada para que corresponda con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Pecos Barstow Toyah ISD		4. Número de identificación del empleador (EIN) De 74 a 6001867 años	
5. Dirección del empleador 1301 S. Eddy Street		6. Número de teléfono del empleador 432-447-7201	
7. Ciudad Pecos	8. Estado TX	9. Código postal 79772	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos acerca de la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Consuelo Martínez			
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)		12. Dirección de correo electrónico comartinez@pbtisd.esc18.net	

A continuación, se presenta información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a:

- Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Los maestros, el personal administrativo, suplentes, conductores de autobús, bibliotecarios, guardias de cruce, trabajadores de cafetería, entre otros, son todos elegibles para la cobertura, siempre que no se aplique ninguna excepción, si son empleados del distrito/entidad, no voluntarios, y son miembros que aportan activamente al TRS o son empleados de un distrito/entidad participante durante 10 o más horas programadas regularmente cada semana.

- Los sustitutos y los jubilados que se reincorporan al trabajo siempre se consideran a tiempo parcial, independientemente del número de horas trabajadas. Sin embargo, para ser elegible para los beneficios de TRS-ActiveCare deben tener un mínimo de 10 o más horas programadas regularmente por semana.
- Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

- Con respecto a los dependientes:

- Sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Un cónyuge, incluida una pareja de hecho (una pareja de hecho no se considera elegible a menos que exista una Declaración de Matrimonio Informal ante una agencia gubernamental autorizada), menor de 26 años que sea uno de los siguientes: Un hijo biológico, Un hijo adoptado o un niño que haya sido legalmente colocado para su adopción legal, Un hijastro, Un niño acogido, Un niño bajo la agencia). Un hijo tutela legal del empleado, Un nieto menor de 26 años cuya residencia principal sea el hogar del empleado y que sea un dependiente del empleado a efectos del impuesto federal sobre la renta para el año fiscal declarado en el que esté vigente la cobertura del nieto. "Cualquier otro dependiente" (distinto de los mencionados anteriormente) menor de 26 años con una relación regular de padre e hijo con el empleado, que cumpla con los cuatro requisitos siguientes: La residencia principal del hijo es el hogar del empleado; El empleado aporta al menos el 50% de la manutención del hijo; Ninguno de los padres biológicos del hijo reside en ese hogar; y El empleado tiene derecho legal a tomar decisiones sobre la atención médica del hijo. Este requisito no se aplica a los dependientes de 18 años o más. Un hijo, de 26 años o más, de un empleado cubierto puede ser elegible para la cobertura de dependiente, siempre que e hijo esté mental o físicamente incapacitado hasta tal punto que dependa del empleado de forma regular según lo determine TRS, y cumpla con otros requisitos según lo determine TRS. Un dependiente no incluye a un hermano o hermana de un empleado, a menos que el hermano o hermana sea una persona menor de 26 años que esté: (1) que esté bajo la tutela legal de un empleado, o (2) que tenga una relación regular de padre e hijo con él.

- No ofrecemos cobertura.

- Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted tiene la intención de ser asequible, en base a los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, podría igualmente ser elegible para un descuento en las primas a través del Mercado. El Mercado usará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para obtener un descuento en las primas. Si, por ejemplo, su salario varía de semana en semana (tal vez usted es un empleado por hora o trabaja a comisión), si usted es un empleado recién contratado a mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, podría igualmente calificar para un descuento en las primas.

Si decide contratar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a lo largo del proceso. Esta es la información del empleador que deberá introducir cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.



Contactos

MÁS INFORMACIÓN

Haga clic aquí

PECOS BARSTOW TOYAH ISD

1301 S. Eddy Street
Pecos, TX 79772
432-447-7201

<https://pbtisd.fbmcbenefits.com/>

CENTRO DE SERVICIOS DE FBMC

855-562-8317

www.FBMC.com

PLAN MÉDICO *

BCBSTX (TRS ActiveCare)

N.º de grupos:

AC Primary 385003

AC Primary+ 385001

AC HD 385000

AC 2 385002

W. TX Blue Essentials 295781

866-355-5999

www.bcbstx.com/trsactivecare

TELEMEDICINA

Recuro Health

855-6RECURO

www.RecuroHealth.com

FSA/HSA*

NATIONAL BENEFIT SERVICE

N.º de grupo NBS10135

800-274-0503

www.nbsbenefits.com

PLAN ODONTOLÓGICO*/

OFTALMOLÓGICO*

METLIFE

N.º de grupo: 5390449

Plan odontológico: 800-942-0854

Plan oftalmológico: 855-638-3931

www.metlife.com

SEGURO CONTRA ACCIDENTES*

Chubb

Group BKRC53431

Teléfono: 866-324-8222

Reclamos: 833-542-2013

Portal de autoservicio: chubb.com/

Workplacebenefitsclaims

SEGURO DE VIDA, AD&D

Y DISCAPACIDAD

ONE AMERICA

-Seguro básico de vida & AD&D -

N.º de grupo: 623905

-Seguro voluntario de vida y AD&D -

N.º de grupo: 623905

-Seguro por discapacidad a corto plazo -

N.º de grupo: 623905

-Seguro por discapacidad a largo plazo -

N.º de grupo: 623905

800-553-5318

www.OneAmerica.com

SEGURO DE ENFERMEDADES

GRAVES

Chubb

Group BKRC53431

Teléfono: 866-324-8222

Reclamos: 833-542-2013

Portal de autoservicio: chubb.com/

Workplacebenefitsclaims

TRANSPORTE MÉDICO

MASA GLOBAL

de grupo: MKPBT

Emergencia: 800-643-9023

Atención al cliente: 800-423-3226

www.masaglobal.com

SEGURO CONTRA EL CÁNCER

METLIFE

N.º de grupo: 5390449

800-438-6388

www.metlife.com

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO

ALLIANCE WORK PARTNERS

N.º de registro: AWP-PBTISD-5501

800-343-3822

www.awpnow.com

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN

HOSPITALARIA *

Chubb

Group BKRC53431

Teléfono: 866-324-8222

Reclamos: 833-542-2013

Portal de autoservicio: chubb.com/

Workplacebenefitsclaims

SERVICIOS LEGALES

ARAG

N.º de grupo: 18789

800-255-3352

www.araglegal.com

PRUEBAS GENÉTICAS DE

CÁNCER

Genomic Life

N.º de grupo: PBAR-CGx-2021-1430

844-694-3666

www.genomiclife.com

*Beneficio antes de impuestos



FBMC
BENEFITS MANAGEMENT

Administrador de contratos

FBMC Benefits Management, Inc.

7300 TX-121, Suite 300 • McKinney, TX 75070

La información contenida en este documento no constituye un certificado o póliza de seguro.
Los certificados o pólizas se proporcionarán a los participantes después del inicio del año del plan, si corresponde.