

BENEFICIOS 2021-2022

MINGUS UNION HSD NO. 4



TABLA DE CONTENIDOS

- 3** ¿QUÉ HAY DE NUEVO?
- 4** ELEGIBILIDAD Y CAMBIOS SEMESTRALES
- 5** TÉRMINOS DEL SEGURO
- 6** RED MÉDICA
- 7** BENEFICIOS DE PRESCRIPCIONES
- 8** TELADOC & COMPSYCH
- 9** DETALLES DEL PLAN Y MÁS

Cómo usar esta guía

Esta guía brinda un resumen de las opciones de beneficios para ayudarte a tomar las decisiones correctas para ti y tu familia.



Escanea con tu teléfono

Aprende un poco más sobre tu equipo de Kairos:
svc.kairoshealthaz.org/Home/WholsKairos

Lista de verificación para la inscripción

- ELIGE TU PLAN**
Elige una opción de programa médico y decide a quién tendrá cobertura.
- HAZ UNA CONTRIBUCIÓN PARA TI**
Si tienes la opción de inscribirte en un plan de salud con un deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés), no te pierdas la oportunidad de hacer contribuciones a una cuenta de ahorros de salud (HSA, por sus siglas en inglés).
- CUIDA DE TUS SERES QUERIDOS**
Revisa y actualiza las designaciones de beneficiarios para los beneficios del seguro de vida según sea necesario.
- ¿TUS DEPENDIENTES SIGUEN SIENDO ELEGIBLES?**
Confirma si tus dependientes, de hasta 26 años de edad, siguen siendo elegibles para la inscripción.
- ELIGE TUS PRODUCTOS VOLUNTARIOS**
Si corresponde, revisa y decide si quieres elegir o no algún producto voluntario.

¿ QUÉ HAY DE NUEVO?

1. La red médica de Kairos se está cambiando a UnitedHealthcare (UHC, por sus siglas en inglés), con UMR como el pagador/procesador de reclamos médicos.
2. Se enviarán tarjetas de identificación médicas/de prescripción nuevas a todos este año. Debes estar pendiente.
3. Kairos y UMR se han unido para ofrecer un nuevo y mejorado programa de apoyo de la salud. ¡Estamos ansiosos por mostrártelo!
4. Teladoc asumirá el cargo de proveedor de telesalud, brindándote acceso a la medicina general, atención de salud de comportamiento y ahora, los servicios de dermatología.
5. ComPsych será el programa nuevo de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés), que brindará acceso todos los días a la semana a recursos de asesoramiento y vida laboral.
6. Los copagos de prescripciones están cambiando. Consulta las páginas del plan médico para ver las cantidades nuevas.
7. La opción de prescripciones de 90 días será eliminada en las farmacias minoristas, pero aún tendrás acceso a las prescripciones de 90 días a través de pedidos por correo.
8. La lista de prescripciones preventivas de HDHP se está modificando para permitir solo prescripciones genéricas.
9. Hemos ampliado la cobertura de servicios preventivos sin costo compartido a afecciones como la diabetes y el asma.
10. Estamos eliminando las restricciones de edad para mamografías y colonoscopias. Esto significa más servicios de bienestar para ti y tu familia.
11. Las contribuciones permitidas de HSA están aumentando, que significa que puedes ahorrar más dinero este año. Consulta la sección HSA para más información.

Información de contacto

Servicios para Miembros de Kairos

para preguntas generales sobre el plan

888.331.0222

svc.kairoshealthaz.org

ComPsych

para preguntas sobre el programa de asistencia al empleado

833.955.3386

guidanceresources.com

UMR

para preguntas sobre información médica y tarjetas de identificación

844.212.6811

umr.com

MaxorPlus

para preguntas sobre prescripciones

800.687.0707

maxorplus.com

¿QUIEN ES ELEGIBLE?

- ✓ Los empleados de tiempo completo que trabajan por lo menos 30 horas por semana
- ✓ Empleados a tiempo parcial que trabajan al menos 20 horas por semana, si su empleador lo permite
- ✓ Los miembros activos de la junta directiva o el consejo, según lo permitan sus organizaciones
- ✓ Dependientes de empleados inscritos, incluyendo:
 - cónyuges legalmente casados
 - pareja doméstica (si lo permite tu empleador; los hijos de la pareja doméstica no son elegibles)
 - los hijos dependientes de hasta 26 años de edad
 - hijos solteros con discapacidades mentales o físicas que dependan totalmente del empleado inscrito para recibir pensión alimenticia y una manutención

LAS ELECCIONES HECHAS DURANTE ESTE PERÍODO DE INSCRIPCIÓN TIENEN VIGENCIA DESDE

el 1.º de julio de 2021 hasta el 30 de junio de 2022

¿CUÁNDO PUEDO HACER UN CAMBIO?

Los empleados pueden hacer cambios o elegir beneficios una vez al año durante la inscripción abierta. Fuera de la inscripción abierta, el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) dice que debe ocurrir un “evento de vida calificado”.

¿Qué es eso?, te preguntarás.

A continuación se presentan ejemplos de eventos de vida calificados que pueden hacer posible un cambio semestral:

- ✓ Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación.
- ✓ Cambio en el empleo de tu cónyuge, o pérdida involuntaria de cobertura de salud en el plan de otro empleador.
- ✓ Nacimiento, adopción, entrega en adopción o tutela legal de un niño.
- ✓ Cambio en el estado de elegibilidad de tu dependiente.
- ✓ Muerte de un dependiente.

Tienes 31 días a partir del momento del evento que califica para hacer cambios en tu cobertura.

La pérdida de la cobertura médica a través del Mercado de Seguros Médicos no se considera un evento que califica.



Si tienes preguntas sobre tu elegibilidad o cambios semestrales, comunícate con el departamento de beneficios de tu empleador o con Servicios para Miembros de Kairos.

¿QUÉ SIGNIFICA TODO ESTO?

Analicemos algunos términos del seguro médico para facilitar las cosas.

DEDUCIBLE PARA EL AÑO DEL PLAN

Este es de dinero que tienes que pagar cada año por servicios cubiertos antes de que comiencen a aplicarse los beneficios del seguro médico.

DEDUCIBLE INCLUIDO

Este es un acuerdo de deducible donde los miembros individuales de una familia tienen sus propios deducibles; además, hay un deducible para la familia en general. Después de que una persona alcance su deducible, el plan comienza a pagar beneficios para dicha persona. Una vez que se haya alcanzado el deducible familiar, el plan paga beneficios para todos.

DEDUCIBLE NO INCLUIDO

Dentro de este acuerdo de deducible, toda la familia comparte un solo deducible. Debe alcanzarse este deducible familiar antes de que el plan comience a pagar beneficios.

PLAN DE SALUD CON UN DEDUCIBLE ALTO (HDHP)

Este es un plan que tiene pago mensual más bajo pero un deducible anual más alto. Generalmente se combina con una cuenta de ahorros de salud (HSA) para ayudar a compensar los gastos.

DENTRO DE LA RED EN COMPARACION CON FUERA DE LA RED

Los proveedores dentro de la red están contratados para prestar servicios a una tarifa previamente negociada. Los proveedores fuera de la red, no. Debido a esto, permanecer dentro de la red es generalmente la mejor manera de ahorrar dinero en el cuidado de tu salud.

COSEGURO

Esto es un porcentaje de los gastos médicos cubiertos que pagas una vez que alcanzas tu deducible. El plan paga el resto.

EJEMPLO: Supongamos que has alcanzado tu deducible. Tu visita reciente al médico costó \$100, y tu coseguro es del 20%. Esto significa que tu seguro pagará \$80 y tú tienes que pagar los \$20 restantes.

DESEMBOLSO MÁXIMO

Es la cantidad máxima que pagarás por cuidado durante el año del plan. El desembolso máximo establece un límite en los gastos de cuidado de salud si alguna vez tienes una enfermedad o lesión de importancia.



Mira nuestro video sobre beneficios, *Medical Benefits 101*:
svc.kairoshealthaz.org/home/Medical_Benefits_101

RED MÉDICA



A UnitedHealthcare Company

¿Tienes preguntas?

Llama al 844.212.6811 o visita umr.com

RED MÉDICA

A partir del 1 de julio de 2021, UnitedHealthcare proporcionará la red médica de Kairos, con UMR como administrador de reclamos.

¿Qué significa esto para ti?



Acceso a más de 600,000 proveedores en todo el país



Nuevos contactos de procesamiento de reclamos



Tarjetas de identificación médicas / Rx nuevas y mejoradas

Estar en la búsqueda

Para encontrar un proveedor de la red, visita www.go.umar.com/KairosHealthArizona

BENEFICIOS PREVENTIVOS

Queremos mantenerte saludable. Por lo tanto, el plan Kairos cubre los servicios de atención preventiva de forma gratuita cuando visitas a un proveedor de la red.

Ejemplos de beneficios preventivos incluyen:

- ✓ Visitas anuales de bienestar
- ✓ Exámenes de próstata
- ✓ Vacunas anuales contra la gripe
- ✓ Exámenes de audición
- ✓ Exámenes de rutina para niños
- ✓ Exámenes de mamografía
- ✓ Exámenes de colonoscopia
- ✓ Exámenes de detección de cáncer
- ✓ Anticonceptivos genéricos
- ✓ Pruebas de presión arterial

Con el portal de miembros de UMR, podrás:

- Solicitar nuevas tarjetas de identificación
- Ver información de reclamaciones y EOB
- Utilizar la herramienta de estimación de costos de salud
- ¡Y mucho más!

Empieza a navegar en umar.com.

Puedes ver una lista completa de servicios preventivos en: www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/

BENEFICIOS DE PRESCRIPCIÓN

Maxor⁺

¿Tienes preguntas?

Llama al
800.687.0707 o
visita maxor.com

BENEFICIOS PARA PRESCRIPCIONES

Cuando te inscribes para cobertura médica con Kairos, automáticamente recibes cobertura para prescripciones a través de MaxorPlus. Este beneficio te permite obtener recetas de cualquier farmacia participante en la red de farmacias MaxorPlus.

Para administrar los beneficios de tu plan, inicia la sesión en el portal de miembros de MaxorPlus. Una vez allí, podrás hacer cosas como:



Ver el formulario del plan
(una lista de prescripciones que pueden ser cubiertas por el plan)



Encontrar una
farmacia en la red más
cercana a ti



Registrarse para
pedido por correo

PROGRAMA DE DESCUENTO MYMAXORLINK

Aprovecha al máximo tus beneficios de farmacia y regístrate ahora en myMaxorLink. Una vez que te inscribas en myMaxorLink, automáticamente recibirás información sobre prescripciones de costo más bajo, recordatorios específicos de tu cobertura y otras actualizaciones importantes de salud.

Para inscribirte, llama al 888.596.0723 o visita mymaxorlink.com/maxorplus. Es tan simple como eso. ¡Y la inscripción es gratis!

Consejo importante!

Las prescripciones pueden ser caras. No las dejes ser.

- ✓ Elige la opción genérica cuando esté disponible.
- ✓ Compara alternativas de costo más bajo con la calculadora de copagos de Maxor.
- ✓ Regístrate en myMaxorLink y deja que haga el trabajo por usted.

BENEFICIOS CON TUS BENEFICIOS

Con Kairos, obtienes más que los beneficios básicos. Aprovecha todos los recursos disponibles para ti, como estos:



TELESALUD TELADOC®

Con Teladoc, puedes usar tu computadora o dispositivo móvil para realizar una consulta virtual en vivo con un profesional médico certificado cualquier día, a cualquier hora, en cualquier lugar.

Recibirás ayuda rápida para problemas que no sean de emergencia, como por ejemplo:

- ✓ Síntomas de resfriado y gripe
- ✓ Irritaciones de la piel
- ✓ Torceduras y esguinces
- ✓ Infecciones estomacales
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Conjuntivitis
- ✓ Sinusitis
- ✓ Dolor de garganta

¡También tendrás acceso a servicios de salud de comportamiento y servicios de dermatología!

¿Tienes preguntas?



Llama al
800.835.2362
o visita [teladoc.com](https://www.teladoc.com)



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO DE COMPSYCH®

ComPsych ofrece acceso las 24 horas a servicios de asesoramiento confidencial que pueden ayudarte con una variedad de problemas y dificultades de todos los días. Hay asesores profesionales disponibles para ayudarles a ti y a tu familia con:

- ✓ Manejo del estrés, la ansiedad y la depresión leve
- ✓ Cuestiones familiares y de relaciones
- ✓ Abuso de sustancias
- ✓ Recursos para cuidado de niños y adultos mayores
- ✓ Información y recursos legales y financieros
- ✓ Servicios de preparación de testamentos

La cobertura incluye hasta seis sesiones de asesoramiento personalizado por miembro de la familia, por problema, por año sin costo para ti. Los socorristas reciben hasta 12 sesiones de asesoramiento personalizado para eventos traumáticos en el trabajo.

Llama al **833.955.3386**
o visita [guidanceresources.com](https://www.guidanceresources.com)
Web ID: KairosEAP

Y AHORA, LO QUE
ESTABAS ESPERANDO...

¡PLANES
MÉDICOS!



PLAN BÁSICO DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED ³	FUERA DE LA RED ³
DEDUCIBLE PARA EL AÑO DEL PLAN ¹	\$500/empleado \$1,000/empleado +1 \$1,500/empleado +2 o más	\$1,000/empleado \$2,000/empleado +1 \$3,000/empleado +2 o más
DESEMBOLSO MÁXIMO ²	\$4,500/empleado \$9,000/empleado +1 o más	No hay máximo
VISITA AL CONSULTORIO	El plan paga el 80% después del deducible	
CUIDADO PREVENTIVO PARA ADULTOS	El plan paga el 100%, sin deducible	El plan paga el 50% después del deducible
CUIDADO PREVENTIVO PARA NIÑOS		
TELESALUD		N/C
SALA DE EMERGENCIA	El plan paga el 80% después del deducible	El plan paga el 80% después del deducible
ATENCIÓN DE URGENCIA		
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS		
ANÁLISIS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (INCLUYE MRI, PET Y CT)		
CONSULTA DE SALUD DE CONDUCTA PARA PACIENTES AMBULATORIOS		

PRESCRIPCIONES ADQUIRIDAS EN FARMACIAS MINORISTAS

(suministro de 30 días)

Tú pagas:

- Genéricos: \$10
- Preferidos: \$60
- No preferidos: \$110
- Especializados: 50% (máximo \$150)

DE ENVÍO POR CORREO

(suministro de 90 días)

Tú pagas:

- Genéricos: \$25
- Preferidos: \$120
- No preferidos: \$220

¹Este plan tiene un deducible individual incluido y un desembolso máximo incluido. Esto significa que aunque se aplica un deducible y un desembolso máximo a la familia en general, ninguna persona será responsable más allá de su deducible individual antes de que el plan pague beneficios por esa persona, y ninguna persona será responsable más allá de su desembolso máximo individual. Esto se aplica independientemente de que se haya alcanzado o no el deducible familiar. Debe alcanzarse el deducible antes de que se paguen los beneficios. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario. No es necesario que se alcance el deducible del plan médico para prescripciones adquiridas en farmacias minoristas y de envío por correo.

²El desembolso máximo incluye deducibles, copagos y coseguro para todos los beneficios del plan médico y de prescripciones.

³Los deducibles y desembolsos máximos dentro de la red y fuera de la red son independientes. Esto significa que las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo dentro de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo fuera de la red. Del mismo modo, las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo fuera de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo dentro de la red.

Aviso: La información presentada arriba puede ser sujeta a cambios.

PLAN DE COPAGO

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

	DENTRO DE LA RED ³	FUERA DE LA RED ³
DEDUCIBLE PARA EL AÑO DEL PLAN ¹	\$750/empleado \$1,500/empleado +1 \$2,250/empleado +2 o más	\$1,500/empleado \$3,000/empleado +1 \$4,500/empleado +2 o más
DESEMBOLSO MÁXIMO ²	\$5,000/empleado \$10,000/empleado +1 o más	No hay máximo
VISITA AL CONSULTORIO	\$20 de copago: médico de cuidados primarios \$40 de copago: especialista	El plan paga el 50% después del deducible
CUIDADO PREVENTIVO PARA ADULTOS	El plan paga el 100%, sin deducible	
CUIDADO PREVENTIVO PARA NIÑOS		
TELESALUD		N/C
ATENCIÓN DE URGENCIA	\$40 de copago	El plan paga el 50% después del deducible
SALA DE EMERGENCIA	El plan paga el 80 % después del deducible	El plan paga el 80% después del deducible
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS		El plan paga el 50% después del deducible
ANÁLISIS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (INCLUYE MRI, PET Y CT)		
CONSULTA DE SALUD DE CONDUCTA PARA PACIENTES AMBULATORIOS		

PRESCRIPCIONES ADQUIRIDAS EN FARMACIAS MINORISTAS

(suministro de 30 días)

Tú pagas:

- Genéricos: \$10
- Preferidos: \$60
- No preferidos: \$110
- Especializados: 50% (máximo \$150)

MEDICAMENTOS DE ENVÍO POR CORREO

(suministro de 90 días)

Tú pagas:

- Genéricos: \$25
- Preferidos: \$120
- No preferidos: \$220

¹Este plan tiene un deducible individual incluido y un desembolso máximo incluido. Esto significa que aunque se aplica un deducible y un desembolso máximo a la familia en general, ninguna persona será responsable más allá de su deducible individual antes de que el plan pague beneficios por esa persona, y ninguna persona será responsable más allá de su desembolso máximo individual. Esto se aplica independientemente de que se haya alcanzado o no el deducible familiar. En el Plan de copago, ciertos servicios están cubiertos por un copago; todos los demás beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario. Para estos servicios, debe alcanzarse el deducible antes de que se paguen los beneficios. No es necesario que se alcance el deducible del plan médico para prescripciones recetadas adquiridos en farmacias minoristas y de envío por correo.

²El desembolso máximo incluye deducibles, copagos y coseguro para todos los beneficios del plan médico y de prescripciones.

³Los deducibles y desembolsos máximos dentro de la red y fuera de la red son independientes. Esto significa que las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo dentro de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo fuera de la red. Del mismo modo, las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo fuera de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo dentro de la red.

Aviso: La información presentada arriba puede ser sujeta a cambios.

\$1,500 HDHP (\$3,000 FAMILIAR*) DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED ³		FUERA DE LA RED ³	
	DEDUCIBLE PARA EL AÑO DEL PLAN ¹	\$1,500/empleado \$3,000/empleado +1 o más		\$3,000/empleado \$6,000/empleado +1 o más
DESEMBOLSO MÁXIMO ²	\$3,500/empleado \$6,550/empleado +1 o más		No hay máximo	
VISITA AL CONSULTORIO	El plan paga el 80% después del deducible			
CUIDADO PREVENTIVO PARA ADULTOS	El plan paga el 100%, sin deducible		El plan paga el 50% después del deducible	
CUIDADO PREVENTIVO PARA NIÑOS				
TELESALUD			N/C	
SALA DE EMERGENCIA	El plan paga el 80% después del deducible		El plan paga el 80% después del deducible	
ATENCIÓN DE URGENCIA				
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS				
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS				El plan paga el 50% después del deducible
ANÁLISIS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (INCLUYE MRI, PET Y CT)				
CONSULTA DE SALUD DE CONDUCTA PARA PACIENTES AMBULATORIOS				

PRESCRIPCIONES ADQUIRIDAS EN FARMACIAS MINORISTAS

Después de que se alcanza el deducible (suministro de 30 días)⁴

Tú pagas:

- Genéricos: \$10
- Preferidos: \$60
- No preferidos: \$110
- Especializados: 50% (máximo \$150)

MEDICAMENTOS DE ENVÍO POR CORREO

Después de que se alcanza el deducible (suministro de 90 días)⁴

Tú pagas:

- Genéricos: \$25
- Preferidos: \$120
- No preferidos: \$220

*Este plan tiene un deducible y un desembolso máximo no incluidos. Esto significa que las familias que se inscriben en el plan deberán alcanzar el deducible de toda la familia antes de que el plan pague beneficios para cualquier miembro de la familia (excepto para cuidados preventivos/de bienestar).

¹Debe alcanzarse el deducible antes de que el plan HDHP pague los beneficios. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario.

²El deducible se aplica al desembolso máximo anual en los planes HDHP.

³Los deducibles y desembolsos máximos dentro de la red y fuera de la red son independientes. Esto significa que las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo dentro de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo fuera de la red. Del mismo modo, las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo fuera de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo dentro de la red.

⁴Debe alcanzarse el deducible anual antes de que el plan pague un beneficio de prescripción, a excepción de ciertos medicamentos preventivos. Para obtener una lista detallada de estos medicamentos, visita svc.kairoshealthaz.org.

Aviso: La información presentada arriba puede ser sujeta a cambios.

\$2,500 HDHP (\$5,000 FAMILIAR*) DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED ³	FUERA DE LA RED ³	
DEDUCIBLE PARA EL AÑO DEL PLAN ¹	\$2,500/empleado \$5,000/empleado +1 o más	\$5,000/empleado \$10,000/empleado +1 o más	
DESEMBOLSO MÁXIMO ²	\$3,450/empleado \$6,550/empleado +1 o más	No hay máximo	
VISITA AL CONSULTORIO	El plan paga el 80% después del deducible		
CUIDADO PREVENTIVO PARA ADULTOS	El plan paga el 100%, sin deducible	El plan paga el 50% después del deducible	
CUIDADO PREVENTIVO PARA NIÑOS			
TELESALUD		N/C	
SALA DE EMERGENCIA	El plan paga el 80% después del deducible	El plan paga el 80% después del deducible	
ATENCIÓN DE URGENCIA			
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS			
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS		El plan paga el 50% después del deducible	
ANÁLISIS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (INCLUYE MRI, PET Y CT)			
CONSULTA DE SALUD DE CONDUCTA PARA PACIENTES AMBULATORIOS			

PRESCRIPCIONES ADQUIRIDAS EN FARMACIAS MINORISTAS

 Después de que se alcanza el deducible (suministro de 30 días)⁴
Tú pagas:

- Genéricos: \$10
- Preferidos: \$60
- No preferidos: \$110
- Especializados: 50% (máximo \$150)

MEDICAMENTOS DE ENVÍO POR CORREO

 Después de que se alcanza el deducible (suministro de 90 días)⁴
Tú pagas:

- Genéricos: \$25
- Preferidos: \$120
- No preferidos: \$220

*Este plan tiene un deducible y un desembolso máximo no incluidos. Esto significa que las familias que se inscriben en el plan deberán alcanzar el deducible de toda la familia antes de que el plan pague beneficios para cualquier miembro de la familia (excepto para cuidados preventivos/de bienestar).

¹Debe alcanzarse el deducible antes de que el plan HDHP pague los beneficios. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario.

²El deducible se aplica al desembolso máximo anual en los planes HDHP.

³Los deducibles y desembolsos máximos dentro de la red y fuera de la red son independientes. Esto significa que las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo dentro de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo fuera de la red. Del mismo modo, las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo fuera de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo dentro de la red.

⁴Debe alcanzarse el deducible anual antes de que el plan pague un beneficio de prescripción, a excepción de ciertos medicamentos preventivos. Para obtener una lista detallada de estos medicamentos, visita svc.kairoshealthaz.org.

Aviso: La información presentada arriba puede ser sujeta a cambios.

\$5,000 HDHP DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED ³	FUERA DE LA RED ³
DEDUCIBLE PARA EL AÑO DEL PLAN ¹	\$5,000/empleado \$10,000/empleado +1 o más	\$10,000/empleado \$20,000/empleado +1 o más
DESEMBOLSO MÁXIMO ²	\$6,450/empleado \$12,900/empleado +1 o más	No hay máximo
VISITA AL CONSULTORIO	El plan paga el 80% después del deducible	
CUIDADO PREVENTIVO PARA ADULTOS		El plan paga el 50% después del deducible
CUIDADO PREVENTIVO PARA NIÑOS	El plan paga el 100%, sin deducible	
TELESALUD		N/C
SALA DE EMERGENCIA		El plan paga el 80% después del deducible
ATENCIÓN DE URGENCIA		
HOSPITAL PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS		
HOSPITAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS	El plan paga el 80% después del deducible	El plan paga el 50% después del deducible
ANÁLISIS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS PARA PACIENTES AMBULATORIOS (INCLUYE MRI, PET Y CT)		
CONSULTA DE SALUD DE CONDUCTA PARA PACIENTES AMBULATORIOS		

PRESCRIPCIONES ADQUIRIDAS EN FARMACIAS MINORISTAS Después de que se alcanza el deducible (suministro de 30 días) ⁴	Tú pagas: <ul style="list-style-type: none"> • Genéricos: \$10 • Preferidos: \$60 • No preferidos: \$110 • Especializados: 50% (máximo \$150)
MEDICAMENTOS DE ENVÍO POR CORREO Después de que se alcanza el deducible (suministro de 90 días) ⁴	Tú pagas: <ul style="list-style-type: none"> • Genéricos: \$25 • Preferidos: \$120 • No preferidos: \$220

Este plan tiene un deducible individual incluido y un desembolso máximo incluido. Esto significa que aunque se aplica un deducible y un desembolso máximo a la familia en general, ninguna persona será responsable más allá de su deducible individual antes de que el plan pague beneficios por esa persona, y ninguna persona será responsable más allá de su desembolso máximo individual.

¹Debe alcanzarse el deducible antes de que el plan HDHP pague los beneficios. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario.

²El deducible se aplica al desembolso máximo anual en los planes HDHP.

³Los deducibles y desembolsos máximos dentro de la red y fuera de la red son independientes. Esto significa que las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo dentro de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo fuera de la red. Del mismo modo, lo las cantidades aplicadas al deducible y al desembolso máximo fuera de la red no se aplican al deducible y al desembolso máximo dentro de la red.

⁴Debe alcanzarse el deducible anual del plan médico antes de que el plan HDHP pague un beneficio de prescripción, a excepción de ciertos medicamentos preventivos y servicios médicos que no están sujetos al deducible. Para obtener una lista detallada de los medicamentos que están exentos de esta regla dentro de los planes HDHP, visita svc.kairoshealthaz.org.

Aviso: La información presentada arriba puede ser sujeta a cambios.

¡MÁS BENEFICIOS CON TUS BENEFICIOS!





¿Tienes preguntas?

Llama al 866.346.5800
o visita
[healthequity.com](https://www.healthequity.com)

CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)

Si te inscribes en un plan de salud con un deducible alto, tienes la opción de abrir una cuenta de ahorros de salud (HSA) con HealthEquity.

Ventajas de una HSA



Beneficio triple de impuestos

Las contribuciones son deducibles de impuestos; los gastos médicos calificados están libres de impuestos; y los fondos aumentan sin responsabilidad fiscal.



Es tuyo para siempre

El dinero de tu HSA se traspasa todos los años y puedes conservarlo aunque dejes tu trabajo.



Crece y ahorra

Puedes invertir los fondos y sus ganancias aumentarán libres de impuestos. Después de los 65 años de edad, puedes usar la HSA como una cuenta de jubilación tradicional.

ERES ELEGIBLE PARA UNA HSA SI:

- Estás inscrito en un plan de salud de alto deducible calificado (HDHP).
- No tienes cobertura adicional de un plan del empleador de tu cónyuge que no sea un HDHP.
- No estás inscrito en Medicare ni en ningún otro plan de atención médica no calificado.
- No puedes ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

¿CUÁNTO DINERO PUEDES APORTAR?

TIPO DE COBERTURA	LÍMITE DE CONTRIBUCIÓN 2021
INDIVIDUAL	\$3,600
FAMILIAR	\$7,200
CONTRIBUCIÓN ADICIONAL, MÁS DE 55 AÑOS	Adicional \$1,000

La HSA aumenta en 2021

Los límites de contribución de la HSA se determinan sobre una base de año calendario / tributario. Esto significa que los límites que ves aquí se aplican al período del 1 de enero al 31 de diciembre. Esto es un poco diferente del año del plan Kairos, que se extiende del 1 de julio al 30 de junio.



Aprende a maximizar los ahorros de tu HSA viendo nuestro video HSA Saves the Day:
<https://www.svc.kairoshealthaz.org/ResourceTraining/DownloadDoc/722>



¿Tienes preguntas?

Llama al
888.331.0222
o visita
[metlife.com](https://www.metlife.com)

SEGURO DE VIDA BÁSICO

Tu empleador les proporciona a los empleados elegibles cobertura de seguro de vida por una cantidad de \$50,000 en caso de muerte o desmembramiento. El plan también brinda un beneficio acelerado de muerte en caso de enfermedad terminal.

Cuando cumplas 65 años, la cantidad de la póliza se reduce un 35% a \$32,500, y luego vuelve a reducirse a los 70 años a un 50%, a \$25,000.

Debes designar un beneficiario para el beneficio de seguro de vida básico. Para actualizar la información de tu beneficiario, comunícate con tu departamento de beneficios.

SEGURO DE VIDA SUPLEMENTARIO

Si eres elegible, tienes la oportunidad de comprar cobertura de seguro de vida suplementario para ti y tu cónyuge y tus hijos dependientes elegibles. El empleado cubierto debe elegir un seguro de vida suplementario para él a fin de ser elegible para adquirir cobertura complementaria para tu cónyuge.

Nota: La cantidad de cobertura, una vez elegida, no se reducirá automáticamente con la edad. Sin embargo, tu prima aumentará a medida que tu edad avance.



MetLife brinda servicios de apoyo extendidos, como asistencia al viajero, resolución de sucesión y asesoramiento durante el duelo. Para más información, comunícate con Kairos.

KAIROS OFRECE LOS SIGUIENTES MONTOS DE COBERTURA SUPLEMENTARIA

EMPLEADO	De \$10,000 a \$500,000, que no supere cinco veces los ingresos anuales (NOTA: La inscripción inicial del miembro proporciona hasta \$150,000 y es de emisión garantizada).
CÓNYUGE	De \$10,000 a \$250,000, que no supere el 100 % del seguro voluntario y el seguro de vida básico del empleado combinados (NOTA: La inscripción inicial del miembro proporciona hasta \$30,000 y es de emisión garantizada. Las tarifas del cónyuge se basan en la edad del empleado).
HIJO (de 0 a 15 días de vida)	\$1,000
HIJO (de 15 días de vida a 26 años)	De \$2,000 a \$10,000 en incrementos de \$2,000



¿Tienes preguntas?

Llama al 877.638.7868
o visita
legalplans.com

EL PLAN PARA SERVICIOS LEGALES DE METLIFE

El plan legal de Kairos a través de MetLife brinda acceso nacional de más de 17,000 abogados para ayudarte a transitar eventos importantes de la vida, como la compra de una vivienda o la creación de un testamento. A través del programa, puedes participar en consultas telefónicas y en las oficinas con abogados sobre una amplia variedad de servicios legales.

La ventaja de MetLaw

- Asesoramiento telefónico y consulta en las oficinas sobre un número ilimitado de cuestiones legales (pueden aplicarse exclusiones)
- Acceso a abogados en persona o por teléfono, correo electrónico o aplicación móvil
- Garantía de devolución de dinero
- Sin deducibles o copagos
- Sin formularios de reclamación
- Sin límites de uso

PLAN BAJO	PLAN ALTO (ADEMÁS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PLAN BAJO)
<ul style="list-style-type: none"> Defensa contra robo de identidad Ejecuciones o negociaciones con arrendatarios Poderes legales, tutela legal, custodia legal, cartas de requerimiento, audiencias escolares Disputas sobre bienes de consumidores Defensa de infracciones de tránsito Derecho de cuidado de adultos mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Quiebra personal Representación en auditorías fiscales Compra o venta de una vivienda/propiedad Fideicomisos revocables e irrevocables Defensa en litigios civiles y responsabilidad por mascotas Defensa en tribunales juveniles Adopción

Para obtener una lista completa de servicios, llama a Kairos o visita nuestro sitio svc.kairoshealthaz.org.



¿Tienes preguntas?

Llama al
877.638.7868
o visita

mybenefits.metlife.com

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA (beneficio en el lugar de trabajo)

El plan de indemnización hospitalaria ofrece un beneficio en efectivo cuando un empleado requiere hospitalización y es admitido en el hospital. La póliza proporciona un beneficio en efectivo por ser internado en hospital y beneficios en efectivo por cada día de hospitalización. No hay exclusiones por embarazo o condiciones preexistentes.

TIPO DE BENEFICIO

	PLAN PAGA
COBERTURA HOSPITALARIA (ENFERMEDAD O ACCIDENTE)	
ADMISIÓN (Se paga una vez por año calendario)	\$500 \$500 (con ICU)
INTERNACIÓN (Se paga por enfermedad)	\$200 por día por hasta 15 días \$200 por día (ICU) por hasta 15 días
OTROS BENEFICIOS	
BENEFICIO DE EVALUACIÓN DE SALUD (BIENESTAR) (Se paga una vez por persona cubierta, año calendario)	\$50
BENEFICIO DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES INTERNADOS	\$200 por día

¿Quieres \$50 gratis? Simplemente obtén un examen de salud elegible y envía tu reclamo con MetLife. Te enviarán \$50. ¡Tan fácil como eso!

CÓMO FUNCIONA

Camino al trabajo, un camión choca con el auto de Guillermo en la autopista. Inmediatamente, llevan a Guillermo a la sala de emergencia de un hospital local. Luego de ser evaluado por el médico, Guillermo es admitido en la unidad de cuidados intensivos (ICU, por sus siglas en inglés) para una observación atenta de una lesión cerebral y la fractura de un disco del cuello. Luego de pasar dos días en la ICU, se le pasa a una habitación estándar y permanece ahí durante cinco días más. Luego, transfieren a Guillermo para que reciba cuidado para pacientes internados en un centro de rehabilitación. Su estadía ahí es de siete días. Guillermo recibiría una suma de pago total de \$4,200.

EVENTO CUBIERTO

Admisión hospitalaria
Admisión complementaria en la ICU -
Internado en ICU por 2 días -
Internado en hospital por 5 días -
Unidad de rehabilitación para pacientes internados

MONTO DEL BENEFICIO

\$500
\$500
\$800 (\$400 por día)
\$1,000 (\$200 por día)
\$1,400
\$4,200 Total



¿Tienes preguntas?

Llama al
877.638.7868
o visita

mybenefits.metlife.com

ENFERMEDAD CRÍTICA (beneficio en el lugar de trabajo)

El seguro de enfermedad crítica puede brindar protección financiera para ayudar a aliviar la carga de gastos de desembolso importantes para los empleados que sufren una enfermedad crítica.

PERSONA CUBIERTA	BENEFICIO INICIAL	REQUISITO
EMPLEADO	\$10,000, \$20,000 o \$30,000	La cobertura está garantizada siempre que estés trabajando de manera activa.*
CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA	50% del beneficio inicial	La cobertura está garantizada siempre que estés trabajando de manera activa y tu cónyuge/pareja doméstica no esté sujeta a una restricción médica como se establece en el formulario de inscripción y en el certificado de cobertura.
HIJOS DEPENDIENTES	50% del beneficio inicial	La cobertura está garantizada siempre que estés trabajando de manera activa y tu dependiente no esté sujeto a una restricción médica como se establece en el formulario de inscripción y el certificado de cobertura.

OTROS BENEFICIOS

BENEFICIO DE EVALUACIÓN DE SALUD (BIENESTAR)
(Se paga una vez por persona cubierta, año calendario)

\$50

*La cobertura es garantizada y está sujeta a los términos y condiciones, que incluyen limitaciones por condiciones preexistentes.

CÓMO FUNCIONA

Juan sufre un ataque cardíaco. Un examen adicional revela que Juan también tiene una arteria coronaria obstruida y necesita someterse a una cirugía de corazón. Un año después, se le diagnostica cáncer de pulmón. Juan había elegido un seguro de enfermedad crítica por \$10,000; por lo tanto, recibiría:

EVENTO CUBIERTO

Ataque cardíaco
Derivación coronaria (CABG)
Cáncer de pulmón

CANTIDAD DEL BENEFICIO

\$10,000
\$10,000
\$10,000

El desembolso total del beneficio durante la vigencia de la póliza sería de \$30,000, que es el beneficio máximo (300% del monto elegido).



¿Tienes preguntas?

Llama al
877.638.7868

o visita

mybenefits.metlife.com

SEGURO DE ACCIDENTES (beneficio en el lugar de trabajo)

El seguro de accidente brinda un respaldo financiero para absorber gastos tales como copagos y deducibles. Los beneficios se pagan independientemente de la cobertura de seguro médico, y el dinero del beneficio se puede utilizar de la manera que el participante lo determine.

TIPO DE BENEFICIO*

	EL PLAN PAGA
AMBULANCIA	\$300-\$1,000
CUIDADO DE EMERGENCIA	\$50-\$100
CIRUGÍA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	\$200-\$2,000
ADMISIÓN HOSPITALARIA	\$1,000 (sin ICU) - \$2,000 (ICU) por accidente
REHABILITACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	\$200 por día (sin ICU) por hasta 31 días \$400 por día (ICU) por hasta 31 días
REHABILITACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	\$200 por día, por hasta 15 días por accidente, que no supere 30 días por año calendario
MUERTE ACCIDENTAL	\$50,000 \$150,000 para aseguradora común
El empleado recibe el 100 % del importe que se muestra, el cónyuge recibe el 50 % y los hijos reciben el 20 %.	
DESMEMBRAMIENTO, PÉRDIDA Y PARÁLISIS	\$500-\$50,000 por lesión
ALOJAMIENTO: Paga el alojamiento de un acompañante hasta 30 noches por año calendario	\$200 por noche, por hasta 30 noches; hasta \$6,000 en beneficios totales de alojamiento disponibles por año calendario
BENEFICIO DE EVALUACIÓN DE SALUD (BIENESTAR) *Consulte el resumen del plan para obtener una lista completa de los accidentes cubiertos. (Se paga una vez por persona cubierta, año calendario)	\$50

CÓMO FUNCIONA

La hija de Kathy, Molly, juega fútbol. Durante un partido reciente, Molly chocó contra una jugadora del equipo contrario, perdió el conocimiento y fue trasladada a la sala de emergencias en ambulancia. El médico de la sala de emergencias diagnosticó una conmoción cerebral y un diente roto. También ordenó una tomografía. Después de una evaluación exhaustiva, Molly fue referida a su médico de cuidados primarios para un tratamiento de seguimiento, y su dentista reparó el diente roto con una corona.

EVENTO CUBIERTO¹

Ambulancia (terrestre)	
Sala de emergencia	
Exámen médico de seguimiento (\$75 x 2)	
Pruebas médicas	
Conmoción cerebral	
Diente roto (reparado con una corona)	

MONTO DEL BENEFICIO

\$300
\$100
\$150
\$200
\$400
\$200

Kathy recibiría una suma de pago total de \$1,350.

¹ Los servicios/tratamientos cubiertos deben ser el resultado de un accidente o una enfermedad cubiertos, según se define en la póliza/el certificado grupal.



¿Tienes preguntas?

Llama al 855.443.7748
o visita

identityguard.com

La protección de tu información personal es más importante que nunca. Para ayudar a nuestros miembros a reducir el riesgo de robo de identidad, Kairos ofrece un paquete de beneficios integral a través de Identity Guard.

Tienes la opción de inscribirte en uno de los tres planes ofrecidos a través de Identity Guard. Los recargos mensuales se deducirán de tu nómina de sueldos.

Una vez inscrito, recibirás un correo electrónico de Identity Guard con un enlace e instrucciones para completar tu registro.



Debes completar tu elección antes del final de tu período de inscripción abierta. Una vez que hagas tu elección, no podrás cambiar tu plan de Identity Guard.

Selecciona el mejor plan para ti.

BENEFICIOS DEL PRODUCTO*	TOTAL	PREMIER	ULTIMATE
ALERTAS CERCANAS EN TIEMPO REAL	✓	✓	✓
MONITOREO AUTOMÁTICO	✓	✓	✓
SEGUIMIENTO DE TRANSACCIONES DE ALTO RIESGO	✓	✓	✓
MONITOREO DE DIRECCIONES	✓	✓	✓
MONITOREO DE LA INTERNET PROFUNDA	✓	✓	✓
MONITOREO DE TARJETAS DE CRÉDITO Y DÉBITO	✓	✓	✓
MONITOREO DE PUNTUACIÓN DE CRÉDITO	✓	✓	✓
PUNTUACIÓN DE MANEJO DE RIESGOS	✓	✓	✓
MONITOREO DE DELINCUENTES SEXUALES	✓	✓	✓
SEGURO CONTRA ROBO DE IDENTIDAD DE \$1 MILLÓN	✓	✓	✓
MONITOREO DE PERCEPCIÓN SOCIAL		✓	✓
MONITOREO DE LAS OPERACIONES DE LA CUENTA BANCARIA		✓	✓
PROTECCIÓN ROBO-CALL / ROBO-TEXT			✓
PROTECCIÓN DE LA IDENTIDAD DE LOS HIJOS	Incluido en el plan familiar	Incluido en el plan familiar	Incluido en el plan familiar



Nationwide®

¿Tienes
preguntas?

Llama al
877.738.7874
o visita

petsnationwide.com

SEGURO DE MASCOTAS

El seguro de mascotas paga, de forma parcial o total, el costo del tratamiento veterinario de tu mascota enferma o lastimada. Los planes My Pet Protection de Nationwide te ayudan a brindar a tus mascotas el mejor cuidado posible:

- Devolución de dinero en efectivo del 90 %: usa cualquier veterinario y obtén un reembolso del 90%, 70%, o 50% en la factura.
- Para todas las edades: no hay límites de edad ni aumentos de los recargos basados en la edad.
- Cubre más que solo accidentes y enfermedades: La cobertura de bienestar opcional se puede usar para esterilización/castración, limpieza dental, exámenes, vacunas y más.
- Exclusivo: disponible solo para empleados, no para el público en general.
- Fácil inscripción: tan solo unas simples preguntas para recibir cobertura.
- Mayores ahorros: ahorra en promedio un 40% en comparación con planes similares de otras compañías de seguros de mascotas.

Para inscribirte en este beneficio, visita:

petinsurance.com/kairoshealthaz

IMPORTANTE:

Este beneficio no se deduce de la nómina. Serás responsable de pagar el recargo mensual directamente a la aseguradora.





ESTA GUÍA ES SOLO UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE TU PLAN

La guía procura describir detalles y cambios importantes de los planes de salud de Kairos de una manera clara, simple y concisa. Si surge un conflicto entre esta guía y el contenido de los documentos del plan, los documentos del plan prevalecerán. Kairos conserva el derecho de cambiar, modificar, suspender, interpretar o cancelar algunos o todos los beneficios o servicios en cualquier momento.

AVISO DE RECORDATORIO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE

Si tú o tus dependientes elegibles actualmente son elegibles para Medicare o serán elegibles para Medicare durante los próximos 12 meses, asegúrate de comprender si la cobertura de medicamentos recetados que eliges a través del fondo es o no acreditable con (tan valiosa como) la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Kairos ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados de las siguientes opciones de planes de prescripciones es “acreditable”: Plan básico; Plan de copago; \$1,500 HDHP; \$2,500 HDHP y \$5,000 HDHP.

Si tienes preguntas sobre lo que esto significa para ti, revisa el Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare, que está disponible en Kairos al 888.331.0222.

RECORDATORIO DE AVISO DE PRIVACIDAD

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 exige que los planes de salud cumplan con reglas de privacidad. Estas reglas tienen por objeto proteger tu información de salud personal contra el uso y la divulgación inapropiados. Las reglas también te otorgan derechos adicionales en relación con el control de tu propia información de cuidado de salud.

El aviso de privacidad de la HIPAA de este plan explica cómo el plan de salud grupal utiliza y divulga tu información de salud personal. Se te proporciona una copia de este aviso cuando se inscribe en el plan. Puedes solicitar a Kairos otra copia de este aviso.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LAS MUJERES DE 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés)

Tú o tus dependientes pueden tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de las Mujeres de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, se proporcionará cobertura de la manera que se determine tras consultar al médico tratante y a 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 crear una apariencia simétrica;
- prótesis; y
- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Se aplican límites, deducibles, copagos y coseguro del plan a estos beneficios. Para más información sobre los beneficios de WHCRA, comunícate con Kairos al 888.331.0222.

CAMBIOS SEMESTRALES EN TUS ELECCIONES DE BENEFICIOS DE CUIDADO DE SALUD

IMPORTANTE: Una vez terminado este período de inscripción abierta, generalmente no se te permitirá cambiar tus elecciones de beneficios ni agregar/eliminar dependientes hasta la inscripción abierta del año siguiente, a menos que tengas un evento de inscripción especial o un evento de cambio de estado semestral como se describe a continuación:

Evento de inscripción especial: si rechazas inscribirte o inscribir a tus dependientes (incluido tu cónyuge) debido a otra cobertura de un plan de salud grupal o seguro médico, puedes inscribirte e inscribir a tus dependientes en este plan si tú o tus dependientes pierden elegibilidad debido a esa otra cobertura (o si tu empleador deja de hacer contribuciones a tu otra cobertura o a la otra cobertura de tus dependientes). Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de la otra cobertura de tus dependientes o tu otra cobertura (o después de que el empleador deje de hacer contribuciones a la otra cobertura).

Además, si tienes un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una entrega en adopción, puedes inscribirte e inscribir a tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Tú y tus dependientes también pueden inscribirse en este plan si tú (o tus dependientes):

- tienen un cambio en la cantidad o el estado de los dependientes (p. ej., nacimiento, adopción, muerte);
- tienen un cambio de estado de empleo, programa de trabajo o residencia del empleado/cónyuge/dependiente que afecta la elegibilidad para recibir beneficios;
- tienen una orden calificada de sostén médico de un niño (QMCSO);
- tienen ciertos cambios en el costo de la cobertura, la composición de la cobertura o la restricción de la cobertura del plan del empleado o del cónyuge; y
- tienen cobertura a través de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico Infantil (S-CHIP, por sus siglas en inglés) y tú (o tus dependientes) pierden la elegibilidad para dicha cobertura. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura de Medicaid o de S-CHIP.

- tienen un cambio en el derecho a recibir o la pérdida de elegibilidad para Medicare o Medicaid;
- son elegibles para un programa de ayuda para el pago de primas a través de Medicaid o S-CHIP. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que se determine que tú (o tus dependientes) son elegibles para recibir dicha ayuda.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comunícate con Kairos al 888-331-0222.

Evento de cambio de estado semestral: Debido a que Kairos deduce el valor de los beneficios de la nómina antes de impuestos, debemos cumplir las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en relación con la posibilidad y el momento en que se pueden cambiar los beneficios en la mitad del año del plan. Los siguientes eventos pueden permitir ciertos cambios en los beneficios a mitad de año si lo permite el IRS y el plan respectivo de la Sección 125 de tu empleador, que tiene autoridad final:

- cambio en estado civil legal (p. ej., matrimonio, divorcio/separación legal, muerte);
- cambio en la cobertura del plan del empleado o del cónyuge; y
- cambios consecuentes con los derechos de inscripción especial y licencias de la Ley de Licencias Familiares y Médicas (FMLA, por sus siglas en inglés).

Debes notificar al plan por escrito dentro de los 31 días posteriores al evento de cambio de estado semestral comunicándote con Kairos al 888-331-0222. El plan determinará si se acepta tu pedido de cambio y, de ser así, los cambios entrarán en vigor de manera prospectiva el primer día del mes posterior al evento de cambio de estado aprobado (excepto en el caso de recién nacidos e hijos adoptados, que están cubiertos de forma retroactiva a la fecha de nacimiento, adopción o entrega en adopción).

La pérdida de cobertura médica a través del Mercado de Seguros Médicos no se considera un evento de vida calificado con Kairos, y no podrás inscribirte en el plan semestral. Sin embargo, puedes abandonar tu cobertura médica de Kairos para inscribirte en el plan del Mercado de Seguros Médicos a mitad de año. Se te pedirá que proporciones una prueba de la cobertura dentro de los 31 días posteriores a tu inscripción.

ACCESO DIRECTO A UN MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (PCP, por sus siglas en inglés) Y UN MÉDICO DE CUIDADOS OBSTÉTRICOS/GINECOLÓGICOS

Los planes médicos ofrecidos por Kairos no exigen la selección o designación de un médico de cuidados primarios (PCP). Tienes la capacidad de visitar a cualquier proveedor de cuidados de salud dentro de la red o fuera de la red; sin embargo, el plan puede pagar menos por el uso de un proveedor fuera de la red.

Además, no necesitas autorización previa del plan o de ninguna otra persona (incluido un médico de cuidados primarios) para obtener acceso a cuidados obstétricos o ginecológicos de un profesional de cuidado de salud que se especialice en obstetricia o ginecología.

Sin embargo, es posible que se le requiera al profesional de cuidado de salud cumplir con ciertos procedimientos, que incluyen obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Para una lista de profesionales de cuidado de salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comunícate con Kairos al 888.331.0222.

RECORDATORIO DE COBERTURA DE COBRA

En cumplimiento de una disposición de la legislación federal denominada continuación de cobertura COBRA, este plan ofrece a sus empleados elegibles y a los dependientes cubiertos (conocidos como beneficiarios calificados) la oportunidad de elegir la continuación temporal de su cobertura de salud grupal cuando dicha cobertura terminaría de otro modo debido a ciertos eventos (llamados eventos que califican).

Se enviará por correo postal un aviso general de COBRA a todos los empleados elegibles en un plazo de 90 días de la fecha de entrada en vigor. Los beneficiarios calificados tienen derecho a elegir cobertura de COBRA cuando ocurren eventos que califican; y, como resultado del evento que califica, la cobertura para dicho beneficiario calificado finaliza. Los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA deben pagar por ella por su cuenta.

Algunos ejemplos de eventos que califican incluyen la terminación del empleo por cualquier motivo que no sea una falta grave, la reducción de horas de trabajo que hace que el empleado no sea elegible para la cobertura, la muerte del empleado, un divorcio/una separación legal o un hijo que deja de ser un hijo dependiente elegible.

Además de considerar a COBRA como una manera de continuar con la cobertura, puede haber otras opciones de cobertura para ti y tu familia. Puedes querer buscar cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos. (Consulta <https://www.healthcare.gov/>). En el Mercado, podrías ser elegible para un crédito fiscal que reduce tus primas mensuales para la cobertura del Mercado, y puedes ver cuáles serán tus primas, deducibles y desembolsos antes de hacer la decisión de inscribirte.

Ser elegible para COBRA no limita tu elegibilidad para recibir cobertura o un crédito fiscal a través del Mercado. Además, puedes ser elegible para una oportunidad de inscripción especial en otro plan de salud grupal para el que eres elegible —como el plan de tu cónyuge— si solicitas la inscripción en un plazo de 30 días, aunque el plan generalmente no acepte la inscripción tardía.

El período máximo de cobertura de COBRA generalmente es de 18 meses o 36 meses, según cuál sea el evento que califica ocurrido.

Para tener la oportunidad de elegir la cobertura de COBRA después de un divorcio/una separación legal o de que un hijo deje de ser un hijo dependiente dentro del plan, tú y/o un miembro de tu familia deben informar al plan por escrito dicho evento a más tardar 60 días después de ocurrido el evento. El aviso debe enviarse a Kairos por correo de primera clase y debe incluir el nombre del empleado, el evento que califica, la fecha del evento y la documentación correspondiente que respalde el evento que califica (como documentos del divorcio).

Si tienes preguntas sobre COBRA, comunícate con Kairos al 888.331.0222.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELEO

Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 (Pub. L. 104-13) PARA, por sus siglas en inglés), ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que dicha recolección exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento establece que una agencia federal no puede realizar o patrocinar una recolección de información a menos que esté aprobada por la OMB de acuerdo con la PRA, y exhiba un número de control de la OMB actualmente válido; y el público no tiene la obligación de responder a una recolección de información a menos que esta exhiba un número de control de la OMB actualmente válido.

Consulta 44 U.S.C. 3507. Además, independientemente de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a una multa por no cumplir con una recolección de información si la recolección de información no exhibe un número de control de la OMB actualmente válido. Consulta 44 U.S.C. 3512.

Se estima que en promedio la carga pública de informes para esta recolección de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios en relación con la carga estimada o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210, o enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov e incluir el Número de control de la OMB 1210-0137.

AYUDA PARA EL PAGO DE PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGUROS DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP, por sus siglas en inglés)

Si tú o tus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP, y eres elegible para la cobertura de salud de tu empleador, tu estado puede tener un programa de ayuda para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura utilizando fondos de los programas Medicaid o CHIP. Si tú o tus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serás elegible para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero es posible que puedas comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visita www.healthcare.gov.

Si tú o tus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vives en uno de los estados mencionados abajo, comunícate con la oficina de Medicaid o CHIP de tu estado para saber si está disponible la ayuda para el pago de primas.

Si tú o tus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o CHIP y crees que tú o alguno de tus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comunícate con la oficina de Medicaid o CHIP de tu estado o marca 877.KIDS NOW o visita www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo solicitar el programa.

Si reúnes los requisitos, pregunta en tu estado si tienen un programa que podría ayudarte a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si tú o tus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles dentro del plan de tu empleador, tu empleador debe permitirte inscribirte en el plan de tu empleador si aún no estás inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", y debes solicitar la cobertura en un plazo de 60 días de haberse determinado que eres elegible para recibir ayuda para el pago de primas.

Si tienes preguntas sobre la inscripción en el plan de tu empleador, comunícate con el Departamento de Trabajo en www.dol.gov/agencias/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa o llama al 866.444.EBSA (3272).

SI VIVES EN UNO DE LOS SIGUIENTES ESTADOS, PUEDES SER ELEGIBLE PARA RECIBIR AYUDA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS DEL PLAN DE SALUD DE TU EMPLEADOR.

La siguiente lista de estados fue actualizada el 31 de julio de 2020.
Comunícate con tu estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com>
Teléfono: 1-855-692-5447

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

ALASKA – Medicaid

El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico
Sitio web: <http://myakhipp.com>
Teléfono: 1-866-251-4861
Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid:
<http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx>

CALIFORNIA – Medicaid

Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
<http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

<p>COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p> <p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencias/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx</p>
<p>FLORIDA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.flmedicaidtorecovery.com/flmedicaidtorecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p>LOUISIANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p>GEORGIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131</p>	<p>MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web para inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711</p> <p>Página Web para primas de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>
<p>INDIANA - Medicaid</p> <p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa Teléfono: 1-800-862-4840</p>
<p>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.isp Teléfono: 1-800-657-3739</p>
<p>KANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p>MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p>	<p>DAKOTA DEL SUR – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p>NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>	<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>
<p>NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfo.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>OREGON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid	PENSILVANIA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oji/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218	Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)
NUEVA YORK – Medicaid	TEXAS – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	VERMONT – Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: https://www.cubrevirginia.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
WASHINGTON – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WEST VIRGINIA – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

¿Tienes preguntas?

Para ver si algún otro estado ha agregado un programa de ayuda para el pago de las primas desde el 31 de julio de 2020, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comunícate con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.,
Administración para la Seguridad de los
Beneficios de Empleados
dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA
(3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos,
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 en el menú, ext.
61565