

BOLETÍN INFORMATIVO DEL DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS



PARA LOS EMPLEADOS DEL DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE CYPRESS-FAIRBANKS

EMPLEADOS NUEVOS 2009-2010

OPCIONES DE BENEFICIOS Y TARIFAS

Julio 2009

Bienvenido a Cypress-Fairbanks ISD

Nos complace mucho que haya decidido unirse a nuestro distrito. Esperamos que tenga una larga y brillante trayectoria profesional aquí en Cypress-Fairbanks ISD. En este *Boletín Informativo* se presentan las generalidades del programa de beneficios a su disposición como empleado nuevo del Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks.

SÍRVASE LEER DE INMEDIATO

Este *Boletín de Beneficios* contiene la siguiente información:

Generalidades para la inscripción.....	Página 2
Depósitos electrónicos/Tarjetas de pago.....	Página 2
Programa para las presentaciones de los planes médicos y reunión con los agentes.....	Página 2
Acceso al sistema de inscripción por Internet <i>benefitsCONNECT</i>	Página 3
Generalidades para la inscripción en el seguro médico	Página 4
Nombramiento de beneficiarios.....	Página 6
Información de contacto de Seguros / Beneficios.....	Página 8
Beneficios provistos por el distrito.....	Página 9
• Seguro de Vida Básico y Seguro por muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D)	
• Planes de Seguro Médico de Grupo.....	Página 9
CFISD <i>Choice Fund</i> HRA Plan.....	Página 9
CFISD <i>KelseyCare</i> HMO Plan.....	Página 10
Beneficio de Farmacia (PTRx, Inc.).....	Página 11
Plan de Indemnidad de Hospital (plan por defecto)..	Página 11
Beneficios opcionales pagados por el empleado.....	Página 11
• Seguro de vida suplementario.....	Página 12
• Seguro por discapacidad.....	Página 13
• Seguro para el cáncer y otras enfermedades específicas....	Página 13
• Planes dentales.....	Página 14
Límites por condiciones preexistentes y certificaciones/cobertura de los planes médicos	Página 15
Plan de Prima Única (POP)	Página 15
Información sobre cambios de mediados de año para los planes.....	Página 16
Programas de inversión de impuestos diferidos	Página 17
Notificaciones obligatorias	
• Notificación de prácticas de privacidad	Página 18
• Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998	Página 20
• Ley COBRA	Página 21
• Compensación de trabajadores – Notificación del Proveedor Médico Alianza	Página 22

Generalidades para la inscripción

Sus beneficios son una parte muy importante de su paquete de compensación general y las selecciones que usted haga tendrán un impacto financiero significativo para usted y su familia. En calidad de empleado nuevo, usted tiene un período abierto de elegibilidad por un tiempo limitado (sus primeros 31 días de empleo). El **Boletín de Beneficios** ofrece una visión general del programa de beneficios a su disposición en calidad de empleado nuevo del Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks. Recuerde que, en su calidad de empleado recientemente contratado, su período de elegibilidad de inscripción para los beneficios es limitado. Si aún después de revisar la información acerca de los beneficios usted tuviese alguna pregunta acerca de cualquiera de los planes, sírvase contactar a los agentes de dichos planes (información a continuación) o diríjase a la oficina del **Departamento de Pagos ubicada en el Centro de Apoyo (ISC), entrada 3B**, para obtener ayuda.

Para la descripción de los planes, la información de contacto y los enlaces a las compañías de seguro y a sus redes de proveedores visite **Your Benefit Station**, en el sitio web www.cfisd.net. LE PEDIMOS ENCARECIDAMENTE QUE NO ESPERE HASTA EL ÚLTIMO DÍA PARA INSCRIBIRSE, EN CASO DE QUE SURGIESE ALGÚN PROBLEMA CON EL SISTEMA.

FECHA LÍMITE para inscribirse: No más de 30 días a partir del 1^{er} día de empleo.

- Si usted no ingresa sus elecciones de manera apropiada para la fecha límite, no más de 30 días de la fecha de vigencia de su empleo, el sistema automáticamente interrumpirá sus derechos de inscripción en los planes de beneficios.
- Si usted no se inscribe, perderá sus derechos de inscripción hasta el próximo período de inscripción anual del distrito en el mes de julio de 2010.

FECHA DE VIGENCIA de la cobertura: 1^{er} DÍA DEL MES siguiente del primer día de trabajo remunerado del nuevo empleado.

Inscripción por Internet

- Ingrese a **benefitsCONNECT** en el sitio web del distrito en www.cfisd.net bajo *Department/Insurance*.
- Si usted no tiene acceso a Internet, en todos los edificios del distrito se han instalado computadoras (*kiosks*) para uso de los empleados, o usted también puede venir al Departamento de Pagos en el 10300 Jones Road, Suite 328, y usar el *kiosk* para inscribirse. El horario de oficina es de 7:30 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes.

Depósitos electrónicos / Tarjetas de Pago

- Los cheques de pago se pueden depositar electrónicamente en una cuenta bancaria o se puede emitir una tarjeta de pago.
- Llene el formulario para trámites bancarios electrónicos, color **AZUL**, si usted desea que su cheque de pago sea depositado en su cuenta bancaria personal. Adjunte un cheque nulo o un comprobante de depósito con su número de seguimiento bancario y su número de cuenta bancaria.
- Llene el formulario para la solicitud de la tarjeta de pago, color **SALMÓN**. Todas las cuotas asociadas con la tarjeta de pago serán responsabilidad del empleado.
- **El personal profesional** que cobra su sueldo por quincena no recibirá un “talón” de pago. La información de pago debe obtenerse por medio del Centro de Acceso del Empleado (EAC por sus siglas en inglés) que está en Intranet en el siguiente enlace: <http://inside.cfisd.net>.
- **El personal auxiliar** que cobra su sueldo de forma bisemanal, continuará, por ahora, recibiendo un “talón” de pago con el detalle de las horas trabajadas, las deducciones de nómina y el sueldo neto.

Presentaciones de beneficios para empleados, evento para conocer a los agentes (Open House) y programa para ayuda para inscripción por Internet

Las siguientes sesiones de las reuniones informativas (*Open House*) y de ayuda para inscripción por Internet fueron programadas para su conveniencia. Lo invitamos a usted y a su cónyuge a venir, el día que les sea más conveniente, a conocer a los miembros del personal del Departamento de Seguros del distrito y a los agentes y/o representantes de los diferentes planes de beneficios. Estaremos aquí para contestar todas las preguntas que usted pueda tener sobre los planes de beneficios a su disposición y para ayudarlo con el proceso de inscripción por Internet.

Las presentaciones y las reuniones de agentes se celebrarán en el:

Centro de Apoyo (ISC)
10300 Jones Road
Salón de Reuniones (Entrar por la entrada del Campanario)

Ayuda para la inscripción por Internet:

ISC – Oeste (Laboratorios ubicados en el segundo piso)
10494 Jones Road y Fallbrook
(Edificio de 3 pisos ubicado en la esquina SE de Fallbrook)

Cuando usted entre a uno de los laboratorios ya deberá haber hecho su selección de plan y tener con usted toda la información pertinente a sus beneficiarios (nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, domicilio y número telefónico).

Sábado 22 de agosto de 2009

Presentación de los Planes Médicos	Salón de Reuniones, ISC	8:00 a.m. a 8:45 a.m. (Entrada/Campanario)
Conozca a los agentes	Salón de Reuniones, ISC	8:45 a.m. a 10:30 a.m.
Ayuda con la inscripción por Internet	ISC-Oeste, Labs. 1 y 2 (2 ^{do} piso)	9:00 a.m. a 11:30 a.m.

Jueves 3 de septiembre de 2009

Presentación de los Planes Médicos	Salón de Reuniones, ISC	4:00 p.m. a 4:45 p.m.
Conozca a los agentes	Salón de Reuniones, ISC	4:45 p.m. a 6:00 p.m.
Ayuda con la inscripción por Internet	ISC-Oeste, Labs. 1 y 2 (2 ^{do} piso)	4:30 p.m. a 6:30 p.m.

Martes 8 de septiembre de 2009

Presentación de los Planes Médicos	Salón de Reuniones, ISC	4:00 p.m. a 4:45 p.m.
Conozca a los agentes	Salón de Reuniones, ISC	4:45 p.m. a 6:00 p.m.
Ayuda con la inscripción por Internet	ISC-Oeste, Labs. 1 y 2 (2 ^{do} piso)	4:30 p.m. a 6:30 p.m.

Sábado 12 de septiembre de 2009

Presentación de los Planes Médicos	Salón de Reuniones, ISC	8:00 a.m. a 8:45 a.m.
Conozca a los agentes	Salón de Reuniones, ISC	8:45 a.m. a 10:30 a.m.
Ayuda con la inscripción por Internet	ISC-Oeste, Labs. 1 y 2 (2 ^{do} piso)	9:00 a.m. a 11:30 a.m.

Aviso: Todos los empleados nuevos cuyo contrato de trabajo comienza el día 17 de agosto serán automáticamente bloqueados del sistema *benefitsConnect*sm a las 4 de tarde del miércoles 16 de septiembre. Esto tendrá como resultado la pérdida de elegibilidad de inscripción en los planes de beneficios en su calidad de empleado nuevo. Su próxima oportunidad para inscribirse será durante el Período de Inscripción Anual del distrito (1^{ro} al 31 de julio de 2010) lo cual tendrá una fecha de vigencia del 1^{ro} de septiembre de 2010. **¡No espere hasta el último minuto para inscribirse! No se hará ninguna excepción por pérdida de los derechos de inscripción que ocurra como resultado de su falta de inscribirse antes de la fecha límite.**

Cómo obtener acceso al Sistema de Inscripción por Internet *benefitsCONNECT*

- Lea este *Boletín* en su totalidad y haga sus selecciones de planes **antes** de ingresar al sistema *benefitsCONNECT*.
- Ingrese al sistema de inscripción por Internet *benefitsCONNECT* vía el sitio web del distrito en www.cfisd.net.
- Para obtener acceso al sitio web del distrito ingrese a: www.cfisd.net. Desde la **página principal del CFISD**, vaya a **Departments** y escoja **Insurance** del menú desplegable. En la **página web del Departamento de Seguros**, haga clic en el **recuadro de *benefitsCONNECT*** y luego haga clic en el icono de *benefitsCONNECT*.
- Revise su “**Guía para el empleado para la inscripción en línea para los beneficios**” **antes** de ingresar al sistema.
- Para que usted pueda ingresar a *benefitsCONNECT*, el Departamento de Recursos Humanos tendrá que haber ingresado al sistema toda su información básica como empleado nuevo. Eso deberá ser finalizado antes de que usted firme su contrato o dentro de los 5 días de la fecha en la que usted comenzó a trabajar. Aviso: Si usted intenta ingresar al sistema pero el mismo no lo reconoce, intente hacerlo nuevamente en unos días. Si aún así no puede ingresar al sistema, sírvase llamar a la Oficina de Recursos Humanos al 281-897-4083.
- **Su nombre de ingreso inicial:** Su **nombre de usuario** está formado por las seis (6) primeras letras de su apellido, seguidas por la primera letra de su nombre, seguida de los últimos cuatro (4) dígitos de su número de seguro social. Si su apellido no tiene seis letras, por ejemplo, John Doe, su **nombre de usuario** es doeJ + los últimos 4 dígitos de su número de seguro social. (Remítase a la página 4 de la Guía para el Empleado para la inscripción en línea.)
- **Su clave de ingreso inicial** es su número de seguro social, sin espacios o guiones.
- Después que ingrese al sistema *benefitsCONNECT* por primera vez, se le pedirá que cambie su clave de ingreso.

Para inscribirse en los planes de beneficios **en los que usted ya ha decidido inscribirse** va a necesitar:

- Nombre de los planes en los que desea inscribirse. (Remítase a las páginas 9 a 15 de este *Boletín*).
- Nombres, números de seguro social y fechas de nacimiento de todos sus dependientes que piensa inscribir en sus beneficios.
- Nombres, números de seguro social, domicilios y números telefónicos de todos los beneficiarios designados para recibir los beneficios de las pólizas de Seguro de Vida Básico, Suplementario y por Discapacidad.

PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO DE GRUPO

PROCEDIMIENTOS DE INSCRIPCIÓN

El Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks ofrece un plan de seguro médico de grupo con varias opciones para los empleados. El distrito ofrece un Plan de Seguro de Vida Básico (\$15,000 Vida; \$15,000 Muerte Accidental y Pérdida de Miembros) sin costo alguno para los empleados de tiempo completo y de tiempo parcial y también ofrece un Plan de Indemnización de Hospital; sin costo alguno para los empleados de tiempo completo. En vez de participar en el Plan de Indemnización de Hospital, los empleados pueden optar participar en uno de los dos planes de seguro médico mayores del distrito: Plan CFISD *Choice Fund* HRA o Plan CFISD *KelseyCare* HMO. El distrito paga una parte del costo para la cobertura del participante; el empleado paga el saldo de la cobertura del empleado más los pagos de los dependientes adicionales por medio de deducciones en la nómina. A continuación están las instrucciones para la inscripción.

Fecha límite para la inscripción: TODAS LAS INSCRIPCIONES DE LOS EMPLEADOS NUEVOS DEBERÁN HACERSE POR MEDIO DEL SISTEMA DE INSCRIPCIÓN POR INTERNET *benefitsCONNECT* DENTRO DE LOS 30 DÍAS DEL PRIMER DÍA DE EMPLEO REMUNERADO.

Fecha de vigencia de la cobertura: La fecha en la que la cobertura entrará en vigencia para el empleado es el primer día del mes después de su primer día de empleo remunerado. Si el proceso de inscripción en línea no se completa antes de la fecha límite del período de inscripción, se negará al empleado la selección de un plan. Si este proceso no se completa dentro de los 30 días de su primer día de empleo, los empleados de tiempo completo se “predefinirán” automáticamente al Plan de Indemnización de Hospital. La próxima oportunidad para inscribirse será durante el Período Anual de Renovación que se lleva a cabo del 1^{ro} al 31 de julio, con una fecha de vigencia a partir del 1^{ro} de septiembre.

Empleados de tiempo parcial: Los empleados de tiempo parcial que trabajan por lo menos (15) horas por semana son elegibles para participar en el Plan CFISD *Choice Fund* HRA o el Plan CFISD *KelseyCare* HMO. Los empleados de tiempo parcial no son elegibles para participar en el Plan de Indemnización de Hospital. El distrito paga una parte del costo de la cobertura del participante; el empleado paga el saldo de la cobertura del empleado más los pagos por los dependientes adicionales mediante deducciones de la nómina. Los empleados de tiempo parcial son también elegibles para participar en los planes dentales, de seguro de vida adicional, de seguro por discapacidad y de seguro para el cáncer y en los dos programas de inversión de impuestos diferidos. Todas las primas de los beneficios deberán ser deducidas de los ingresos efectivos del empleado. **Si el ingreso bruto del empleado no es suficiente para pagar el costo de los beneficios del plan que se ha seleccionado, los beneficios serán reducidos o cancelados. El ingreso DEBE ser suficiente para cubrir todas las primas por deducciones de nómina.**

Cese de cobertura de seguro debido a cese de empleo: La cobertura de seguro médico cesa el último día del mes después del último día de empleo remunerado del empleado.

El proyecto de ley HB973 de la legislatura de Texas “autoriza a empleados de distritos escolares a mantener la cobertura médica de grupo del distrito durante los meses de verano si su renuncia fue efectiva después del último día del año lectivo. Este proyecto de ley prohíbe que el distrito escolar y el Sistema de Jubilación de Texas disminuya o elimine la cantidad de la contribución o el suplemento del salario disponible a un empleado bajo el Capítulo 1579 (Cobertura Médica de Grupo Uniforme para Empleados de Escuelas de Texas) o el Capítulo 1581 (Gastos de los Empleados para los Planes de Cobertura Médica para Empleados de Escuelas), del Código de Seguros mientras que el empleado sea elegible para participar o para inscribirse en el plan de seguro médico de grupo”.

Este proyecto de ley autoriza al empleado del distrito que presenta su renuncia después del último día del año lectivo (2 de junio del 2010) a continuar su **cobertura de seguro médico** mayor hasta el 31 de agosto de 2010. Como a los empleados que renuncian durante el verano se les pagará hasta junio o julio, las primas adicionales necesarias para proporcionar la cobertura adicional serán deducidas del cheque de pago final del empleado que renuncia al puesto. A medias del mes de agosto, se enviará automáticamente por correo las notificaciones de COBRA y los Certificados de Cobertura, a todos los empleados que hayan presentado su renuncia.

Se aconseja a los futuros jubilados de TRS que consulten con TRS acerca de la elegibilidad de inscripción si piensan inscribirse en el plan de cuidado médico TRS-Care al jubilarse.

Deducciones de nómina: En cada período de pago se descuenta la mitad de las primas mensuales totales de todos los beneficios para empleados que fueron seleccionados (médicos, dentales, por discapacidad, seguro de vida adicional o seguro para el cáncer). **Si el ingreso bruto del empleado no es suficiente para pagar el costo de los planes de beneficios que fueron seleccionados, los beneficios serán reducidos o cancelados.**

Aviso: Algunos empleados (por ejemplo, personal del Servicio de Alimentos, conserjes de once meses de empleo al año, conductores de autobuses, personal de seguridad, etc.) no reciben cheques de pago todo el año. A los empleados que no reciben veinticuatro (24) cheques por año se les hará un descuento adicional, llamado Prima de Seguro Prepagado (PIP por sus siglas en inglés) por una parte de las primas correspondientes a los meses de verano, en los cheques de pago desde septiembre hasta junio.

Limitaciones por enfermedades preexistentes: Para inscribirse en los planes médicos del Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks, Plan *Choice Fund* HRA o Plan *KelseyCare* HMO, no hay limitaciones o exclusiones por enfermedades preexistentes.

Cobertura de dependientes: Hay cobertura disponible para los dependientes; su cobertura deberá seleccionarse al momento de la inscripción inicial del empleado. Agregar la cobertura de un dependiente después de los treinta y un (31) días de empleo está supeditado al Artículo 125C del Código y las Regulaciones del IRS y los "Acontecimientos Especiales de Inscripción", según se explica a continuación.

Los dependientes elegibles son: su cónyuge, su hijo o nieto soltero *dependiente*, desde el nacimiento hasta los 25 años de edad, y los hijos de sus hijos dependientes cubiertos. **Un hijo es:** su hijo biológico, su hijastro, su hijo adoptivo o un niño que viva en su casa con la intención de adoptarlo; o todo niño relacionado por sangre o por matrimonio que depende primordialmente de su cuidado y apoyo y que vive con usted en una relación de padre-hijo. Usted deberá mostrar prueba de que dicho niño figura como dependiente en su declaración federal de impuestos.

Un niño recién nacido, adoptado o de crianza deberá ser agregado oficialmente a la cobertura del empleado para que reciba beneficios desde su nacimiento o su colocación en el hogar del empleado. **El cambio oficial en el plan de seguro en el cual se agrega al niño deberá ser presentado por el empleado al Departamento de Pago del distrito dentro de treinta y un (31) días del nacimiento o la colocación del niño; para asegurar la cobertura. Debe presentarse prueba de nacimiento, adopción o de colocación para crianza en la casa del empleado.** La cobertura es retroactiva a la fecha del nacimiento o de la colocación.

Un nuevo cónyuge tiene un período abierto de elegibilidad por treinta y un (31) días a partir de la fecha del casamiento para ser agregado como dependiente en el plan de seguro. Debe presentarse prueba de matrimonio. La cobertura es el primer día del mes después de la fecha del casamiento. Después del período de elegibilidad de treinta y un (31) días, la adición del cónyuge está restringida por el código 125C de las regulaciones del IRS y los "Acontecimientos Especiales de Inscripción", según se explica a continuación.

Proyecto de Ley 1440, Cámara de Representantes de Texas – Noticias acerca de los hijos y los nietos dependientes

El Proyecto de ley 1440 de la Cámara de Representantes afecta a los empleados que tienen hijos solteros dependientes y/o nietos solteros dependientes. La ley exige que los planes médicos de grupo ofrezcan una extensión de cobertura a los hijos solteros de hasta 25 años de edad, sin tener en cuenta su condición como estudiantes. Para continuar la cobertura de su hijo dependiente bajo el plan, el distrito no pedirá más prueba de condición de estudiante de tiempo completo. Sin embargo, para verificar la dependencia del niño se aceptará prueba de condición de estudiante de tiempo completo. AVISO: Para un niño dependiente de 19 a 25 de edad, se podrá exigir presentar prueba de dependencia cada vez que haya un reclamo médico.

Los nietos de los empleados también se benefician con esta nueva ley. Los empleados que deseen agregar a su cobertura a los nietos solteros dependientes podrán hacerlo después de presentar prueba de ser dependientes. Los hijos solteros de un hijo dependiente del empleado continuarán siendo elegibles para recibir cobertura inmediatamente después de la fecha de su nacimiento. Otros nietos deberán satisfacer los requisitos de elegibilidad que se describen a continuación. Sin embargo, una vez que el nieto esté cubierto, el empleado no deberá presentar prueba de dependencia continua, a menos que haya una ruptura en la cobertura.

El distrito usará las pruebas de dependencia del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) como guía para determinar la elegibilidad de un hijo o de un nieto para cobertura bajo un plan médico de grupo del distrito. Las pruebas sirven para determinar si un niño es elegible para que se le reclame como dependiente para propósitos de los impuestos federales. Las pruebas se pueden encontrar en la publicación 501 del IRS en Internet: www.irs.gov.

Para ser elegible para la cobertura un hijo o un nieto deberá satisfacer los siguientes criterios:

- ◆ *Prueba de relación como miembro del hogar o de parentesco: El niño deberá vivir durante el año como miembro de la familia del empleado. La excepción a esta regla es una ausencia temporal o un niño de padres divorciados.*
- ◆ *Prueba de ciudadanía o residencia: Ver las regulaciones actuales del IRS.*
- ◆ *Prueba de presentación de declaración en conjunto: El niño no podrá hacer una declaración de impuestos conjunta.*
- ◆ *Prueba del ingreso bruto: Ver las regulaciones actuales para dependientes del IRS.*
- ◆ *Prueba de manutención económica: El empleado deberá proveer más de la mitad de la manutención total del niño durante el año.*

Aviso especial: *Se podrá exigir al empleado que verifique conformidad con estos criterios firmando una declaración jurada certificando el estado de dependencia del niño. Además, se exigirá que el empleado firme el Formulario 8821 del IRS, Formulario de Autorización de Información de Impuestos.*

Acontecimientos Especiales de Inscripción: La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés), otorga derechos especiales de inscripción en los seguros médicos a usted y a su familia. Además de hacer cambios a mitad de año debidos a cambios en la situación de la familia como descritos anteriormente, si usted rehúsa su inscripción personal o la de sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) porque tienen cobertura en otro seguro, usted y/o sus dependientes aún podrán inscribirse en el futuro en uno de los planes médicos del distrito, si usted solicitara la inscripción al plan dentro de los treinta y un (31) días después que cesara la cobertura en el otro seguro. Este derecho especial de inscripción por lo general está disponible solamente si la cobertura anterior se pierde porque ya no está disponible y no debido a la falta de pago de la misma o por una causa tal como un reclamo fraudulento. Para tener el derecho especial de inscripción no se exige que usted escoja la cobertura COBRA; sin embargo, si usted elige la cobertura COBRA, deberá continuar bajo la misma por todo el período que le esté disponible para conservar esos derechos especiales de inscripción. Además, si usted adquiere un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para la adopción, usted y su nuevo dependiente ((incluyendo a su cónyuge) podrán inscribirse, si usted solicitara la inscripción en el plan dentro de los treinta y un (31) días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación para la adopción. La nueva cobertura será retroactiva a la fecha del acontecimiento especial o la fecha después de la cancelación de la cobertura anterior, la que sea más tarde. **Aviso:** Ni usted ni sus dependientes tendrán que mostrar prueba de buena salud al momento de la inscripción.

Tarjetas de identificación para servicios médicos, de farmacia y dentales: Todas las tarjetas de identificación de seguros médicos, tarjetas de farmacia y tarjetas de identificación de seguros dentales se envían directamente por correo al domicilio del empleado desde la compañía de seguros. Los empleados nuevos recibirán sus tarjetas de identificación dentro de treinta (30) días después de la inscripción en el plan. **Aviso especial:** Si usted cambia de domicilio, visite el Centro de Acceso para Empleados en Internet en <https://app.cfsd.net/eac/login.aspx> para actualizar su información personal. La base de datos de nuestro Departamento de Pagos se utiliza para transmitir la información de elegibilidad y de domicilio de los participantes a las compañías de seguro. El empleado podrá solicitar tarjetas de identificación adicionales llamando a los números de Servicios al Cliente o visitando las páginas web de sus planes.

Reclamos: Los formularios para reclamos del Plan CFISD *Choice Fund* HRA, el Plan de Reembolsos de Medicamentos sujetos a receta médica de PTRx, el Plan de Indemnización de Hospitales, el Plan de Discapacidad Unum y el Plan de Indemnización Dental se pueden obtener directamente en el enlace de la página web del CFISD “*Your Benefit Station*”.

Nombramiento de beneficiarios: Al inscribirse para recibir beneficios, se le pedirá que nombre a un beneficiario (o beneficiarios) para recibir el beneficio de Seguro de Vida Básico y Suplementario de \$15,000 hasta \$250,000 dólares, dependiendo de su beneficio escogido. El Seguro de Vida Básico puede ser asignado y se usa muy a menudo para pagar los gastos del funeral del empleado difunto. Para hacer eso, el beneficiario asigna o autoriza a la compañía de seguros para que pague la factura presentada del costo del funeral, antes de distribuir el resto del beneficio a dicho beneficiario.

El siguiente artículo es muy informativo. A pesar de haber sido escrito por el Sistema de Jubilación de Maestros de Texas (TRS) teniendo en mente sus beneficios de pensión, los temas mencionados podrían aplicarse cuando usted esté considerando nombrar a un niño menor como beneficiario de *cualquier* beneficio o bien del que usted sea propietario. Una asignación de beneficios para pagar el costo de un funeral, como mencionado anteriormente, no está permitido cuando se ha nombrado beneficiario primario a un menor de edad. Además, una gran suma de beneficios de seguro quizás no sea lo que un padre quiera que reciba un ex cónyuge, como el único padre sobreviviente de un hijo, o que el niño reciba automáticamente cuando llegue a los 18 años que es la mayoría de edad en Texas. Lo animamos a que consulte con un abogado si esto es algo que le interesa. Impreso con el permiso del Sistema de Jubilación de Maestros de Texas.

“Consideraciones a tener antes de nombrar a un menor de edad como beneficiario”

“Designar a un beneficiario para recibir sus beneficios de TRS podría ser una de las cosas más importantes que usted haga como miembro. Como esta es una decisión muy personal, TRS lo anima a considerar cuidadosamente sus opciones para asegurarse de que su decisión sea la mejor para sus intereses, particularmente al asignar a un menor de edad.

Mientras que las leyes brindan a los miembros la opción de nombrar a niños menores de edad como sus beneficiarios, el beneficio debe pagarse a un adulto en nombre del menor de edad. A veces surgen complicaciones que impiden llevar a cabo los deseos del miembro porque los beneficios no pueden pagarse directamente al menor.

Si usted, en calidad de miembro, designa a un menor de edad como su beneficiario, TRS no puede hacer el pago del beneficio directamente al niño, si éste es menor de 18 años de edad. En Texas, a menos que el tutor legal de los bienes haya sido nombrado para un niño menor de edad, el padre sobreviviente podría recibir el beneficio en nombre del niño.

Establecer la tutela legal para un menor de edad requiere un procedimiento legal en el cual el tribunal nombra al tutor legal y emite los documentos de la tutela legal. Después de presentar los documentos de tutela legal, el tutor legal con autoridad sobre los bienes del menor podría recibir el beneficio de TRS en nombre del niño. Aunque nombrar a un tutor legal en su testamento serviría para dar aviso al tribunal de su deseo de nombrar a una persona en particular, su testamento solo no establece a esa persona como tutor legal de los bienes de su hijo. En otros estados, las leyes podrían diferir de las leyes del estado de Texas.

Los miembros de TRS deben también considerar cuidadosamente las consecuencias imprevistas de nombrar a un amigo o pariente adulto con la intención de que esa persona distribuya el beneficio al menor de edad. Cuando un adulto se nombra

individualmente, TRS pagará el beneficio a esa persona usando el número de Seguro Social de la misma. Todos los impuestos relacionados con ese beneficio pasan a ser responsabilidad de la persona nombrada como beneficiaria. También debe tener en cuenta lo que podría suceder si esa persona se lastima o fallece antes de que el beneficio sea distribuido a su hijo. Aunque la persona a la cual usted nombre cumpla con su deseo de distribuir el beneficio a su hijo, no tiene obligación legal alguna de hacerlo. Si esa persona está incapacitada y se nombra a un tutor legal, o si esa persona fallece y se nombra a un albacea, el tutor legal o el albacea tendrán la obligación legal de usar las ganancias para beneficio del beneficiario o los bienes del beneficiario.

Considere también el riesgo, aunque parezca mínimo, de que la persona que usted designe no cumpla con sus deseos. Estas consecuencias imprevistas se convierten en dilemas de la vida real que solamente un tribunal legal, y no TRS, podría resolver.

También podrían surgir complicaciones si se nombra a múltiples beneficiarios. Por ejemplo, los beneficios por fallecimiento pagados en nombre de un miembro activo incluye la opción de un pago global y para ciertos beneficiarios, beneficios para sobrevivientes. La cantidad del pago global es igual al doble del índice de compensación anual del miembro hasta un máximo de \$80,000 dólares. Por lo general, los beneficios para sobrevivientes para un cónyuge o un hijo menor de edad incluyen un pago global más pequeño de \$2,500 dólares y una anualidad mensual. Cuando se nombra a un adulto y a menores como beneficiarios conjuntos, el beneficiario adulto tiene que tomar una decisión difícil. El niño podría recibir la porción que le corresponde de los \$2,500 dólares más una anualidad mensual que se paga hasta que el niño llega a los 18 años de edad, mientras que el adulto beneficiario podría ser elegible solamente para recibir su porción correspondiente del pago global del beneficio de \$2,500 dólares. Para un adulto, su porción del pago global del beneficio podría ser mayor que su porción del beneficio menor de \$2,500 dólares. Pero para el niño, la porción del beneficio menor de \$2,500 dólares más la anualidad mensual podría ser el beneficio mayor. Los beneficiarios adultos conjuntos deben escoger el beneficio para sobrevivientes menor para permitir que el niño menor de edad reciba la anualidad.

Si usted desea nombrar como beneficiario a un niño menor de edad, TRS lo animamos a que considere recibir asesoría legal para comprender plenamente las opciones a su disposición. Su abogado puede asesorarlo acerca de los métodos para la designación de beneficiarios que legalmente obligarán al adulto que usted escoja a actuar en beneficio de su hijo respecto a los beneficios de TRS.

Quizás usted quiera considerar establecer un documento ínter vivos o un fideicomiso testamentario para beneficio de su hijo menor de edad y designar el fideicomiso como el beneficiario de sus beneficios de TRS. Al hacer esto, usted puede determinar quién administrará el beneficio pago a nombre de su hijo. Tenga en mente que si usted nombra a un fideicomiso testamentario (uno establecido en su testamento) sus bienes deberán ser sometidos a juicio de sucesión de manera que TRS pueda pagar el beneficio de esta manera. Quizás también quiera hablar con su abogado acerca de hacer una designación bajo las Leyes de Transferencias Uniformes a Menores del estado de Texas. Esta ley le permite designar a un tutor legal para recibir el beneficio en nombre de un niño menor de 21 años de edad”.

Información de contacto de seguros/beneficios

El personal de los departamentos de Pagos y de Seguros del distrito está a su disposición para ayudarlo con sus preguntas referentes a sus seguros o sus beneficios de cobertura. Estos departamentos están ubicados en el Centro de Apoyo (ISC - Norte), 10300 Jones Rd., teléfono (281) 897-3882. También podrá obtener ayuda adicional con sus selecciones de planes comunicándose directamente con las siguientes compañías o visitando el sitio en la Red del Departamento de Seguros. En este sitio hay enlaces que lo conectan con cada uno de los administradores de los planes médicos. También podrá encontrar una red de proveedores u otras redes de proveedores de servicios para el cuidado de la salud por medio de los siguientes enlaces.

Planes de seguros médicos – Información disponible en el sitio web de Cypress-Fairbanks ISD en: www.cfsd.net

CIGNA Health Care, línea para información gratuita antes de la inscripción

(para ayudarlo a escoger un plan médico) disponible hasta fin de junio de 2010 **1-800-401-4041**

Plan CFISD *Choice Fund* HRA (Servicios al cliente) 1-800-244-6224

Visite www.cigna.com para más información y para obtener el directorio de proveedores.

Plan CFISD *KelseyCare* HMO (Servicios al cliente) 1-800-244-6224

Visite www.cigna.com para más información y para obtener el directorio de proveedores.

Plan de Indemnización de Hospitales (Departamento de Seguros y de Pagos del distrito) **281-897-3882**

Plan de Farmacias, PTRx, Inc. (Servicios al cliente) **1-877- 469-7879**

Visite www.ptrx.com para más información.

Seguros de vida Básico y Suplementario

First Harbor Group (Debora Taylor, Gerente de Cuentas) dtaylor@firstharbor.com 281-807-8633

Planes dentales

Assurant Indemnity Dental Plan (Ed Station, Agente) Estationins@aol.com 281-333-9792

(Audrey Ayers, Agente) audreyins@aol.com 281-333-9792

PrePaid Heritage DHMO Dental Plan (Ed Station, Agente) Estationins@aol.com 281-333-9792

(Audrey Ayers, Agente) audreyins@aol.com 281-333-9792

MSofA Dent-All -Discount Plan (Wes Ryan, Agente) wryaninsurance@hotmail.com 281-894-5080

QCD of America (Servicios al cliente) www.qcdofamerica.com 1-800-229-0304 interno 20

Plan de seguro por discapacidad

UNUM Disability Plan (Ed Station, Agente) Estationins@aol.com 281-333-9792

(Audrey Ayers, Agente) audreyins@aol.com 281-333-9792

Seguro para el cáncer y otras enfermedades específicas

Aseguradora: *Humana Insurance Company* (Lou Moore, Agente) ritamoore@yahoo.com 281-380-1488

Programas de inversión de impuestos diferidos

Para información sobre el programa 403 (b); llamar al Departamento de Pagos (281-517-6050)

Para obtener la lista de compañías certificadas de inversiones TRS; visitar el sitio web de TRS: www.trs.state.tx.us

Para información sobre el plan de contribuciones 457, llamar al Departamento de Finanzas (281) 897-4020

BENEFICIOS PROVISTOS POR EL DISTRITO

"Plan de Prima Única" (POP), según definido en el artículo 125C del Código Federal de Impuestos Internos de 1954:

La participación en el plan brinda al empleado la oportunidad de pagar por la mayoría de los beneficios ofrecidos por el distrito, antes de la retención de impuestos. Las deducciones de pago para los planes médicos, dentales, de seguro de vida adicional, de hasta \$35,000 y para el cáncer y otras enfermedades específicas, se descuentan del ingreso bruto del empleado **antes** de calcular la retención de impuestos. Esto reduce la porción total del salario del empleado sujeta a impuestos, resultando en una deducción más baja del impuesto y aumentando de esa manera el pago neto del empleado. Aunque los ahorros que se obtienen como resultado "antes de deducir los impuestos" son de gran beneficio para la mayoría, **el plan impone ciertas restricciones**. Para más detalles, remítase a la página 14. **RESTRICCIONES:** *Los empleados no pueden hacer ningún cambio en sus selecciones de beneficios hasta la fecha aniversario de los planes (1^o de septiembre); a menos que tengan un cambio calificado en su situación familiar a raíz del nuevo empleo o de la pérdida de empleo del cónyuge, la adición o la pérdida de un dependiente, un divorcio, un matrimonio, etc. Todos los cambios que se deseen hacer en esa ocasión deberán ser consistentes con, y a causa del cambio. Toda documentación del "cambio de categoría" deberá recibirse dentro de los 30 días después de la fecha de ocurrido el cambio de categoría. La nueva cobertura entrará en vigencia retroactiva a la fecha del cambio de categoría o del día siguiente a la cancelación de la cobertura anterior, la que sea más apropiada para el cambio.*

Año del Plan: 1^o de septiembre al 31 de agosto

Seguro de Vida Básico y Muerte Accidental y Pérdida de Miembros (AD&D)

Beneficio pagado por el distrito, asegurado por la Compañía de Seguros de Vida *Fort Dearborn*, disponible para todos los empleados de tiempo completo y de tiempo parcial. Beneficio: seguro de vida por \$15,000.00 con una cantidad adicional de \$15,000.00 de seguro por muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D) para las personas menores de 65 años de edad; \$9,750 para 65 a 69 años; \$7,500 para 70+. La fecha de vigencia de la cobertura es el primer día de empleo remunerado del empleado, si el empleado trabaja su horario regular dicho día, o el primer día de trabajo del empleado después de esa fecha, lo que sea más tarde.

La designación de beneficiarios se hace en el sistema de inscripción por Internet *benefitsConnect*. La información sobre el Seguro de Vida Suplementario, disponible por hasta \$235,000 dólares, se puede encontrar bajo "Beneficios Adicionales Pagados por el Empleado".

Planes de Seguro Médico de Grupo

Inscripción de empleados: *Obligatoria para los empleados de tiempo completo (35 horas por semana o más). Un empleado de tiempo completo (35+ horas por semana) se predefinirá automáticamente en el Plan de Indemnización de Hospital si no se inscribe en uno de los 2 planes médicos antes de la fecha límite.*

Fecha de vigencia: Primer día del mes después del primer día de empleo remunerado.

Período de elegibilidad de inscripción de dependientes: Primeros 31 días de empleo.

Elegibilidad: Todos los empleados permanente de tiempo completo (35 horas por semana) y de tiempo parcial (mínimo de 15 horas por semana)

Fecha aniversario: 1^o de septiembre de cada año.

Período de renovación anual: 1^o al 31 de julio antes de la fecha aniversario del plan. Hay cobertura disponible para dependientes. Los cambios en la selección de cobertura para participantes del Plan de Prima Única (ver el párrafo anterior) están **disponibles solamente** en una situación de cambio de categoría, según lo define el Código IRS 125C, o en la fecha aniversario del plan, el 1^o de septiembre de cada año.

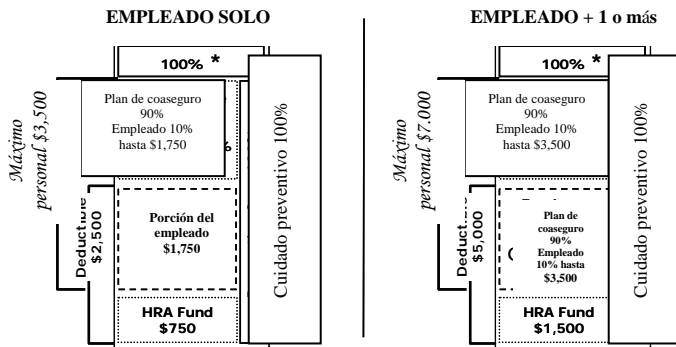
A continuación se ofrece una breve descripción de cada plan. Para más información sobre los planes de seguro médico de grupo del distrito remítase a "*Resúmenes de los Planes*", disponibles en la página web del Departamento de Seguros del Distrito en: www.cfisd.net/dept2/insur/egmi.htm.

Plan CFISD Choice Fund HRA

Este plan de seguro médico mayor ofrece la opción de usar los servicios de una red de médicos, hospitales y otros proveedores de servicios médicos (ver el directorio de *CIGNA HealthCare Open Access Plus SOLAMENTE*; también disponible en "*Your Benefit Station*" en el sitio web del Departamento de Seguros en: www.cfisd.net/dept2/insur/egmi.htm ha acordado ofrecer sus servicios y sus instalaciones a un costo reducido a todos los participantes del plan. es un plan tradicional con deducibles altos diseñado para animar a los miembros a insistir en la calidad y el valor, buscar los mejores precios (usar proveedores en la Red de proveedores de OAP de Cigna) y tomar decisiones bien fundadas acerca de su cuidado de la salud. El nuevo plan promueve los servicios de cuidado preventivo de la salud y el bienestar, proporcionando un 100% de cobertura para el cuidado preventivo a todos los miembros según lo recomendado por la Asociación Americana Médica; y a la vez, promocionando el buen consumismo y la conciencia de los costos actuales incurridos por servicios médicos. Los deducibles anuales son de \$2,500 por persona; \$5,000 por familia. Del deducible, el plan paga automáticamente los primeros \$750 (\$1,500 para la cobertura familiar) de los gastos de atención médica incurridos en el año del plan, 1^o de septiembre al 31 de agosto de la Cuenta de Reembolso por Gastos de la Salud (HRA). Después de haber utilizado los fondos de la HRA, el deducible personal son los próximos \$1,750. El coseguro es 90%/10% a un máximo costo personal de \$3,500 por persona; \$7,000 por familia. Al escoger esta opción, los empleados tienen plena libertad

de escoger médicos e instalaciones médicas cuando lo necesiten. Si un empleado escoge proveedores de cuidado médico fuera de la red (fuera de la red de proveedores del plan de Acceso Abierto Plus), tendrá que pagar deducibles (\$2,500 adicionales), coseguros (50%/50%), y gastos personales más altos, etc.

Componentes del Plan CFISD Choice Fund HRA



La tabla representa solo los niveles de cobertura dentro de la Red.

*Los copagos del Plan de Farmacia PTRx no son aplicables al Deducible del Plan o a los gastos máximos a pagarse con fondos propios.

	Dentro de la Red (OAP)	Fuera de la Red
CFISD HRA FONDO CONTRIBUCIÓN	COBERTURA DEL EMPLEADO SOLO - \$750 EMPLEADO + 1 o MÁS \$1,500	
Deducible **	Acumulado durante Año del Plan 9/1/09 -8/31/10	
EMPLEADO SOLO EMPLEADO + 1 o MÁS	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar
Máx. pago personal **	Acumulado durante Año del Plan 9/1/09 -8/31/10	
EMPLEADO SOLO EMPLEADO + 1 o MÁS	\$3,500 Individual \$7,000 Familiar	\$7,000 Individual \$14,000 Familiar
Visitas al médico	10% después/deducible	50% después/deducible
Cuidado preventivo	100%, no deducible (No reduce fondo HRA)	COBERTURA SOLO DENTRO DE LA RED
	Dentro de la Red (OAP)	Fuera de la Red
Hospital (internación)	10% después/deducible	50% después/deducible
Hospital (ambulatorio)	10% después/deducible	50% después/deducible
Sala de emergencia/Atención de urgencia	10% después/deducible	10% después/deducible (excepto que no sea una verdadera emergencia; entonces 50% después del deducible)

****AVISO IMPORTANTE:** Todos los deducibles anuales y los límites máximos a pagarse con fondos propios para dentro de la Red y fuera de la Red SON MUTUALMENTE EXCLUSIVOS. **Año Deducible del Plan (9/1/09 - 8/31/10) – Deducible Familiar no Colectivo:** los miembros de la familia satisfacen solamente su deducible individual y luego sus reclamos serán convertidos bajo el coaseguro del plan. Si el deducible familiar se satisface antes de que se satisfaga su deducible individual, entonces sus reclamos serán pagados en el plan de coaseguro.

Monto máximo del año del plan a pagarse con fondos propios (9/1/09 – 8/31/10) Monto Máximo Familiar no Colectivo: Los miembros de la familia satisfacen solamente su monto máximo individual a pagarse con fondos propios y luego sus reclamos se cubren un 100%. Si el monto máximo familiar se satisface antes de que se satisfaga su monto máximo individual, sus reclamos se pagarán a un 100%.

Plan CFISD Choice Fund HRA – Primas mensuales

TARIFA MENSUAL	Tiempo completo (7+ horas por día)	Tiempo parcial (3-6 horas por día)
Empleado solo	\$104.00	\$104.00 (igual que por tiempo completo)
Empleado e hijo(s)	230.00	293.00
Empleado y cónyuge	320.00	383.00
Empleado y familia	550.00	653.00

Plan CFISD KelseyCare HMO

Es una opción de afiliados que ofrece beneficios de pagos anticipados por medio de la Red de Proveedores KelseyCare de CIGNA. Consulte el “Directorio de la Red de Proveedores KelseyCare de Cigna”, también disponible en “Your Benefit Station” en la página web del Departamento de Seguros de CFISD en Internet: www.cfisd.net/dept2/insur/egmi.htm. Todos los miembros deberán seleccionar una de las instalaciones Kelsey-Seybold dentro de la Red KelseyCare al momento de la inscripción. Si usted no selecciona un proveedor de Kelsey-Seybold, su atención médica clínica Kelsey-Seybold será automáticamente derivada a la Clínica de Cypress (1960 y Wortham). Sin embargo, podrán utilizar una de las instalaciones Kelsey-Seybold que le sea más conveniente. Los miembros pueden arreglar directamente toda atención médica de parte de especialistas de KelseyCare dado que no se requiere presentar una recomendación del médico. Los copagos son de \$25.00 para visitas al consultorio de los médicos primarios (PCP), \$35.00 para visitas al consultorio de médicos especialistas, \$500 para hospitalizaciones. Este plan no requiere presentar reclamos. Hay cobertura disponible para los dependientes.

TARIFA MENSUAL	Tiempo completo (7+ horas por día)	Tiempo parcial (3-6 horas por día)
Empleado solo	\$150.00	\$150.00 (igual que por tiempo completo)
Empleado e hijo(s)	350.00	413.00
Empleado y cónyuge	420.00	483.00
Empleado y familia	720.00	823.00

Beneficio de medicamentos sujetos a receta médica: Administrado por PTRx, Inc.; El Beneficio de Medicamentos Sujetos a Receta Médica de PTRx se ofrece para los dos planes médicos mencionados anteriormente, CFISD *Choice Fund* HRA y CFISD *KelseyCare* HMO. Las tarjetas de identificación individuales las emite y envía directamente PTRx al domicilio del empleado dentro de un período de 30 días de su inscripción por Internet.

Copagos:	Suministro para 30 días (tienda)	Suministro para 90 días (por correo)
Genéricos	\$10.00	\$ 0
De marca	\$30.00	\$60.00
Medicamentos especializados #	\$30.00 #	\$30.00 # (suministro 30/días SOLO)

Aviso importante acerca de los medicamentos especializados: Los medicamentos especializados están disponibles solamente con un suministro para 30 días. Para ver la lista de Medicamentos Especializados visite: http://www.cfisd.net/dept2/insur/egmi_ptrx.htm. Además, el plan no cubre más los “medicamentos para estilo de vida” tales como Cialis, Edex Kir, Letairis, Levitra y Viagra.

Plan de Indemnización de Hospital o Plan por Defecto

Es un plan de indemnización de dinero en efectivo pagado por el distrito, ofrecido como beneficio alternativo disponible a los empleados de **tiempo completo** que tienen un seguro médico mayor en otra parte. El beneficio alternativo es un plan de indemnización de dinero en efectivo que pagará \$100.00 dólares por día, por cada día de estadía en un hospital hasta completar el beneficio máximo de \$1,000.00 dólares, sin importar que el empleado pudiese tener otro seguro. *No se pagará este beneficio por una estadía de hospital de tres (3) días o menos.* El Plan de Indemnización de Hospital se ofrece **sin costo alguno solamente a los empleados de tiempo completo**; no hay cobertura para dependientes. **Al escoger el Plan de Indemnización de Hospital, el empleado está rehusando la cobertura de seguro médico de salud mayor.** (Consulte el "Aviso Especial para quienes estén considerando inscribirse en el Plan de Indemnización de Hospital" que se ofrece a continuación.)

Costo Mensual	Tiempo Completo	Tiempo Parcial
Cobertura	(7+ horas por día)	(3-6 horas por día)
Empleado solamente	\$ 0.00	No está disponible

AVISO ESPECIAL PARA QUIENES ESTÁN PENSANDO INSCRIBIRSE EN EL PLAN DE INDEMNIZACIÓN DE HOSPITAL:

Los empleados de tiempo completo que están pensando inscribirse en el Plan de Indemnización de Hospital deberán estar completamente conscientes de lo siguiente: **El Plan de Indemnización de Hospital NO es un seguro médico.** Este plan está diseñado para empleados que tienen cubiertas las necesidades de sus seguros médicos mayores por el plan del empleador de su cónyuge. Algunos empleados **no asegurarán o reducirán los beneficios para** un cónyuge que trabaja si esa persona que trabaja ha rechazado su cobertura médica mayor de su propio empleador. **Si usted selecciona el Plan de Indemnización de Hospital está rechazando la cobertura de un seguro médico mayor.** Le aconsejamos que consulte al administrador de seguros de su cónyuge antes de hacer esta selección. Si usted pierde su otra cobertura por razones fuera de su control, usted y sus dependientes podrían ser elegibles para inscribirse en un plan de seguro médico del distrito (el Plan CFISD *Choice Fund* HRA o el Plan CFISD *KelseyCare* HMO bajo las siguientes condiciones: 1) usted perdió su cobertura debido a "un cambio calificador en el estado familiar" y usted presenta pruebas de ese cambio; 2) también podría presentar prueba de que tenía otra cobertura cuando se inscribió inicialmente, o posteriormente permaneció inscrito en el Plan de Indemnización de Hospital durante un período de renovación anual; 3) usted solicita cobertura **dentro de los 31 días** de la pérdida de su cobertura. (El período de Inscripción Anual del Plan de su cónyuge para cambios de beneficios o aumento en las primas NO LO CALIFICARÁN para cambiar su selección de plan de Cy-Fair). **Usted y sus dependientes no tendrán que presentar comprobantes de buena salud en el momento de la inscripción. Los planes de seguros médicos de Cy-Fair ISD. no tienen limitaciones o exclusiones de condiciones preexistentes.**

BENEFICIOS OPCIONALES PAGADOS POR LOS EMPLEADOS

Los siguientes beneficios adicionales están disponibles para todos los empleados del Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks que califican para los mismos. Estos beneficios fueron seleccionados después de una revisión cuidadosa de varios programas disponibles por la variedad de servicios ofrecidos, la clasificación financiera, el costo a los empleados y la política de administración. Estos planes están a disposición de los empleados por medio de tarifas de grupo pagadas mediante deducciones de nómina. Sírvase leer los materiales y estudiar cuidadosamente los programas antes de decidir afiliarse. Estas son operaciones comerciales privadas y el distrito no asume responsabilidad ni garantiza los resultados de los planes. La decisión final de participar en cualquiera de estos planes de beneficios optativos es responsabilidad única de los empleados.

Plan de Seguro de Vida Suplementario

Disponible para todos los empleados de tiempo completo y de tiempo parcial que están cubiertos por el beneficio de Seguro de Vida Básico. La cobertura bajo este plan está disponible además del beneficio de Seguro de Vida y AD&D pagado por el distrito, de \$15,000 por hasta \$235,000 dólares.

Aseguradora: Compañía de Seguros de Vida *Fort Dearborn*

Agente: Debora Taylor, Gerente de cuentas, 281-807-8633 o correo electrónico: dtaylor@firstharbor.com

Período de elegibilidad de inscripción: Primeros 31 días de empleo; en vigencia el primer día de empleo pago, la fecha en que usted se inscribe o la fecha aprobada por la compañía de seguros, si usted se inscribiera después de su período inicial de elegibilidad, lo que ocurra último.

Período de inscripción anual: 1^{ro} al 31 de julio con anterioridad a la fecha aniversario del plan.

Fecha aniversario: 1^{ro} de septiembre de cada año.

Formularios de inscripción necesarios: Formulario de Inscripción de Seguro de Vida Suplementario y Formulario de Evidencia de poder Asegurarse, para una cobertura mayor de \$85,000.

Puntos importantes adicionales del plan:

Primas mensuales pagadas por deducción de nómina: determinadas según la edad al 1^{ro} de septiembre. Los aumentos en las primas como resultado de la edad, entrarán en vigencia el 1^{ro} de septiembre de cada año.

Garantía por hasta \$85,000 (sin tener que presentar prueba de buena salud) para los empleados que se inscriban dentro de los 31 días de su fecha inicial de elegibilidad. Los empleados que se inscriban tarde, los que soliciten cobertura después de los 31 días de su período de elegibilidad inicial y durante futuros períodos de Inscripción – Renovación Anual deberán llenar un cuestionario de preguntas referentes a la salud (EOI) y deberán recibir aprobación de la compañía de seguros para recibir cobertura.

Privilegio de conversión: disponible si cesara el empleo o si terminara la elegibilidad por cualquier motivo.

Beneficio por muerte acelerada: de hasta un 50%, con un máximo de \$100,000; disponible para los empleados que están en la fase terminal de una enfermedad con una expectativa de vida de 12 meses o menos.

Exoneración de pago de primas: El beneficio continúa sin aumento en el costo de la prima si la persona asegurada se vuelve totalmente discapacitada. El período de la cobertura continua se basa en la edad del empleado cuando se vuelve discapacitado.

Garantía de las primas: Las primas a continuación están garantizadas hasta el 31 de agosto de 2011.

Primas anteriores a los impuestos para cobertura de hasta \$35,000. Las primas para la cobertura de más de \$35,000 serán divididas entre las deducciones hechas antes de los impuestos y las deducciones gravables. (Por ejemplo, para la cobertura por \$85,000, las primas para los primeros \$35,000 serán deducidas de los ingresos brutos antes de los impuestos. Las primas para los restantes \$50,000 de cobertura serán deducidas después de haber deducido los impuestos federales del ingreso bruto).

Para obtener cobertura por más de \$85,000 se pedirá que el empleado presente un formulario de Evidencia de Poder Asegurarse (EOI por sus siglas en inglés). El formulario de *EOI* tendrá que ser aprobado por la compañía de seguros. Como el formulario *EOI* contiene la información personal y privada de la salud del solicitante, deberá enviarse por correo a **First Harbor Group, Att: CFISD Life Enrollment, 8552 Katy Freeway, Suite 101, Houston, TX 77024.** NO ENVÍE EL CUESTIONARIO *EOI* AL DEPARTAMENTO DE PAGOS.

Costo de las primas mensuales del seguro de vida suplementario

EDAD	PRIMAS ANTES DE LOS IMPUESTOS		PRIMAS DESPUÉS DE LOS IMPUESTOS							
	\$15,000	\$35,000	\$45,000	\$55,000	\$65,000	\$75,000	\$85,000	\$135,000	\$185,000	\$235,000
<35	\$0.54	\$1.24	\$1.58	\$1.94	\$2.28	\$2.64	\$2.98	\$4.74	\$6.48	\$8.24
35 a 39	\$0.66	\$1.54	\$1.98	\$2.42	\$2.86	\$3.30	\$3.74	\$5.94	\$8.14	\$10.34
40 a 44	\$1.32	\$3.06	\$3.92	\$4.80	\$5.66	\$6.54	\$7.40	\$11.76	\$16.10	\$20.46
45 a 49	\$1.84	\$4.28	\$5.50	\$6.72	\$7.94	\$9.16	\$10.38	\$16.48	\$22.58	\$28.68
50 a 54	\$3.02	\$7.04	\$9.06	\$11.06	\$13.08	\$15.08	\$17.10	\$27.14	\$37.20	\$47.24
55 a 59	\$4.58	\$10.68	\$13.74	\$16.78	\$19.84	\$22.88	\$25.94	\$41.18	\$56.44	\$71.68
60 a 64	\$7.98	\$18.60	\$23.90	\$29.22	\$34.52	\$39.84	\$45.14	\$71.70	\$98.24	\$124.80
65 a 69	\$15.30	\$35.70	\$45.90	\$56.10	\$66.30	\$76.50	\$86.70	\$137.70	\$188.70	\$239.70
70 +	\$24.60	\$57.40	\$73.80	\$90.20	\$106.60	\$123.00	\$139.40	\$221.40	\$303.40	\$385.40
← GARANTIZADO – PARA EMPLEADOS NUEVOS SOLAMENTE – NO HAY QUE CONTESTAR PREGUNTAS REFERENTES A LA SALUD->								SE REQUIERE PRUEBA DE PODER ASEGURARSE		

Seguro por discapacidad

Provee protección de seguro para su sueldo en caso que usted quede discapacitado y no pueda trabajar. La discapacidad debida al **embarazo** o a complicaciones del embarazo se **cubre de la misma manera que una enfermedad**. Se puede comprar beneficios por hasta un 66% de sus ganancias mensuales, con un beneficio máximo mensual de \$7,500. Garantía en el momento de elegibilidad inicial (sujeta a un período de exclusión de 12 meses por condiciones preexistentes). Las tarifas dependen del nivel de beneficio, el tiempo de espera y las selecciones de los planes.

Beneficio optativo pagado por el empleado disponible a todos los que trabajan 15 horas o más por semana.

Aseguradora: Compañía de Seguros de Vida Unum de los Estados Unidos

Agentes: Ed Station, teléfono: (281) 333-9792; correo electrónico: Estationins@aol.com

Audrey Ayers, teléfono: (281) 333-9792; correo electrónico: audreyins@aol.com

Período de elegibilidad de inscripción: Primeros 31 días de empleo; cobertura vigente el 1^{er} día del mes siguiente a la inscripción.

Garantía (ninguna pregunta sobre la salud que responder) para los que se inscriben dentro de los 31 días de su fecha de elegibilidad inicial.

Límites por condiciones preexistentes: El plan no cubrirá ninguna discapacidad que se presente durante los 12 primeros meses a partir de la fecha de vigencia de cobertura que sea causada por una condición preexistente o que resulte de la misma.

Condición preexistente es una condición por la cual usted ya ha recibido tratamiento, consulta, atención o servicios médicos incluyendo el diagnóstico o para la cual ya haya tomado medicamentos recetados por el médico en los 3 meses anteriores a la fecha de vigencia de su cobertura; y la discapacidad comienza en los primeros 12 meses después de la fecha de vigencia de la cobertura. **ADVERTENCIA:** Si usted cree que pueda estar embarazada o que vaya a estar embarazada en la fecha de vigencia de cobertura, esta limitación por condición preexistente podría excluir los beneficios para este embarazo.

Período de inscripción anual: 1^{ro} al 31 de julio, antes de la fecha aniversario del plan

Fecha aniversario del plan: 1^{ro} de septiembre de cada año

Opciones del plan por discapacidad y cuotas mensuales por deducción de nómina – primas garantidas 08/31/2010

Plan A (Paga hasta los 65 años de edad por discapacidad por lesión y por enfermedad) \$5.94- \$338.25

Plan B (Paga hasta los 65 años de edad por discapacidad por lesión y por 5 años por discapacidad por enfermedad) \$5.32- \$301.50

Periodos de eliminación (períodos de espera) disponibles: 0 Día de accidente/7 Días de enfermedad; 14 Días de accidente/14 Días de enfermedad; 30 Días de accidente/30 Días de enfermedad. **En el primer día de admisión en el hospital; el resto del período de eliminación será exonerado.**

AVISO ESPECIAL: El Departamento de Recursos Humanos tendrá que haber ingresado en el sistema su salario anual para que usted pueda seleccionar un beneficio mensual por discapacidad al momento de la inscripción. Si usted tiene algún problema para inscribirse o para seleccionar un nivel de beneficios, sírvase llamar al 281-897-3882.

Plan de seguro para el cáncer y otras enfermedades específicas

Beneficio optativo pagado por el empleado disponible a todos los empleados de Cypress- Fairbanks ISD. Este plan paga beneficios en efectivo directamente al empleado, cubierto por el mismo, que recibe tratamiento por cáncer u otras enfermedades específicas cubiertas bajo dicha póliza. **El plan cubre un beneficio de seguro médico anual de hasta \$100 dólares para exámenes médicos para la detección de cáncer tales como mamograma, Papanicolaou, rayos X, exámenes de la próstata, etc.** Este es un beneficio adicional al seguro médico principal que pueda tener el empleado. Hay cobertura disponible para los dependientes. Los empleados que tienen historia familiar de cáncer o un riesgo personal por su estilo de vida (fumar u otro tipo de exposición riesgosa) debiesen considerar tener esta póliza de seguro. Esta póliza de seguro requiere que el solicitante obtenga aprobación médica de la aseguradora después de llenar el formulario de solicitud y responder algunas preguntas de índole médica. La solicitud debe imprimirse directamente del sistema de inscripción de beneficios en línea **benefitsCONNECT**. Debido a que el formulario de solicitud tiene información personal e información médica privada, **NO ENVÍE LA SOLICITUD AL DEPARTAMENTO DE PAGOS**. La solicitud debe ser enviada a: **Bay Bridge Administrators, LLC, Attn: Underwriting, P.O. Box 161690, Austin, TX 78716.**

Aseguradora: Humana Insurance Company (Nuevo plan con vigencia del 1^{ro} de septiembre de 2009)

Agente: Lou Moore, teléfono: (281) 380-1488; correo electrónico: ritamoore@yahoo.com

Período de elegibilidad de inscripción: Primeros 31 días de empleo; cobertura vigente el 1^{er} día del mes seguido por la aprobación de la compañía de seguros.

Período anual de inscripción abierta: 1^{ro} al 31 de julio; antes de la fecha aniversario del plan.

Fecha aniversario: 1^{ro} de septiembre de cada año

Tarifas mensuales para el Plan de Seguro de Cáncer y Otras Enfermedades por deducciones de nómina

Primas “clasificadas por edad” dependientes del plan de beneficios/las opciones seleccionadas. \$9.47 - \$118.39

Explicación de la “clasificación por edad” – Las primas para esta póliza se calculan según la edad del empleado, al momento de la clasificación, como la fecha de vigencia de la póliza. Usted asegura la clasificación (según su edad) por la vida de la póliza. Las primas para esta póliza y las condiciones, si se escogiesen, podrían cambiar, pero no cambiarán dado que su grupo etario permanece igual, independientemente de su edad, durante el término de su participación ininterrumpida.

Planes Dentales

Plan dental de indemnización con descuentos para la visión *Assurant Indemnity*

Beneficio optativo pagado por el empleado disponible a todo empleado que trabaja 15 horas o más por semana.

Administrado por: la Compañía de Beneficios *Assurant Benefits Insurance Co.*

Tipo de Plan: Plan de seguro dental con **libertad de elección** de su proveedor dental; Organización de Proveedores Preferenciales (PPO) por medio de *Dental Health Alliance (DHA)*, si el afiliado desea utilizar la red de proveedores.

Beneficio máximo del año del plan (1^{ro} de septiembre al 31 de agosto): \$1,750

Deducible anual del plan para los servicios Tipo II y III: \$50

Porcentaje del coseguro:

Tipo I (Servicios dentales preventivos) =	100%	No hay período de espera para recibir los servicios
Tipo II (Servicios de arreglos básicos) =	80%	No hay período de espera para recibir los servicios
Tipo III (Servicios dentales mayores) =	50%	Se podría exigir un período de espera de 6 a 24 meses
Servicios dentales de ortodoncia (sólo para niños menores de 19 años de edad) – Período de espera de 24 meses		

Beneficios de Visión: Servicios de descuento ofrecidos por *VSP Access Plan*.

Agente: Ed Station, teléfono: (281) 333-9792; correo electrónico: Estationins@aol.com

Audrey Ayers, teléfono: (281) 333-9792; correo electrónico: audreyins@aol.com

Período de elegibilidad de inscripción: Primeros 31 días de empleo; cobertura vigente el 1^{er} día del mes siguiente a la inscripción.

Período anual de inscripción abierta: 1^{ro} al 31 de julio; antes de la fecha aniversario del plan.

Fecha aniversario: 1^{ro} de septiembre de cada año

Cuotas mensuales actuales por deducción de nómina

Empleado solamente	\$ 32.70
Empleado + 1 Dependiente (1 hijo o el cónyuge)	69.48
Empleado + Familia (2 dependientes o más)	98.24

Plan Dental Prepagado *Heritage (DHMO)* con Descuentos para Visión

Beneficio optativo pagado por el empleado, disponible para los empleados que trabajan 15 horas o más por semana.

Administrado por: *United Dental Care of Texas*, Compañía de Beneficios *Assurant/Fortis*

Tipo de plan: Plan dental prepagado, programa de copagos por los servicios recibidos de la **red dental de proveedores**.

Beneficios para la Visión: Servicios de descuento ofrecidos por *VSP Access Plan*.

Agente: Ed Station, teléfono: (281) 333-9792; correo electrónico: Estationins@aol.com

Audrey Ayers, teléfono: (281) 333-9792; correo electrónico: audreyins@aol.com

Período de elegibilidad de inscripción: Primeros 31 días de empleo; cobertura vigente el 1^{er} día del mes siguiente a la inscripción.

Período anual de inscripción abierta: 1^{ro} al 31 de julio; antes de la fecha aniversario del plan.

Fecha aniversario: 1^{ro} de septiembre de cada año

Cuotas mensuales actuales por deducción de nómina

Empleado solamente	\$ 12.08
Empleado + 1 Dependiente (1 hijo o el cónyuge)	19.54
Empleado + Familia (2 dependientes o más)	29.92

MSofA Dent-All con Descuentos de Visión

Beneficio optativo pagado por el empleado disponible para todos los empleados de Cypress-Fairbanks ISD.

Provisto por: *MSofA Dent-All Plan, Inc.*

Agente: Wes Ryan, teléfono: (281) 894-5080; correo electrónico: wryaninsurance@hotmail.com

Tipo de plan: Plan de descuento programado que ofrece cuotas previstas por servicios recibidos de **proveedores participantes**.

Beneficios de Visión: Descuentos por servicios ofrecidos por proveedores del plan *Coast to Coast Vision Plan*.

Período de elegibilidad de inscripción: Primeros 31 días de empleo; cobertura vigente el 1^{er} día del mes siguiente a la inscripción.

Período anual de inscripción abierta: 1^{ro} al 31 de julio; antes de la fecha aniversario del plan.

Fecha aniversario: 1^{ro} de septiembre de cada año

Cuotas mensuales actuales por deducción de nómina

Plan A Empleado y Dependientes (Dental, Visión y farmacia del vecindario)	\$ 10.00
Plan B Empleado y Dependientes (Dental y Visión)	5.00
Plan C Empleado y Dependientes (Visión y farmacia del vecindario)	5.00

QCD of America Plan Dental y de Visión

Beneficio optativo pagado por el empleado disponible a todos los empleados de Cypress-Fairbanks ISD.

Provisto por: QCD of America, teléfono: (800) 229-0304; www.QCDofAmerica.com

Tipo de plan: Plan programado que ofrece cuotas previstas por servicios recibidos de **proveedores participantes**.

Beneficios de Visión: Descuentos por servicios ofrecidos por *Eye Care Centers of America, Inc.* (por ejemplo *Eyemasters*).

Período de elegibilidad de inscripción: Primeros 31 días de empleo; cobertura vigente el 1^{er} día del mes siguiente a la inscripción

Período anual de inscripción abierta: 1^{ro} al 31 de julio; antes de la fecha aniversario del plan.

Fecha aniversario: 1^{ro} de septiembre de cada año

Cuotas mensuales actuales por deducción de nómina

Empleado Solamente	No hay cargo
Empleado + 1 Dependiente (1 hijo o un cónyuge)	6.00
Empleado + Familia (2 dependientes o más)	9.00

LIMITACIONES POR PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES Y CERTIFICACIONES PARA LA COBERTURA DE LOS PLANES MÉDICOS

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés) podría afectar su cobertura médica y/o dental si usted estuviese inscrito, o pasara a ser elegible para inscribirse, en un plan de cobertura médica o dental que excluyera la cobertura debido a problemas de salud preexistentes.

Una protección importante de la Ley es la transferibilidad. El término “transferibilidad” no significa que usted pueda llevar su póliza específica de seguro médico de un empleo a otro. Lo que quiere decir es que una vez que usted obtiene cobertura mediante un plan de seguro médico de grupo, usted podrá usar prueba de ese seguro para reducir o eliminar todo período de inscripción de problemas de salud preexistentes que pudieran afectarlo si se cambiara a otro plan de seguro médico de grupo. Usted tiene derecho a recibir un certificado de su plan o proveedor anterior que muestre prueba de su previa cobertura médica y también tiene derecho a solicitar un certificado y aún no le hubieran dado uno. Este Plan lo ayudará a obtener un certificado de todo plan de cobertura anterior, si fuese necesario.

Limitaciones por problemas de salud preexistentes: Ni el Plan CFISD *Choice Fund* HRA ni el Plan CFISD *KelseyCare* HMO tienen limitaciones o exclusiones por problemas de salud preexistentes.

Certificaciones de la cobertura de los planes de salud: Todo empleado de Cypress-Fairbanks y su dependiente que pierda cobertura bajo un plan médico de Cypress-Fairbanks ISD recibirá automáticamente un Certificado de Cobertura junto con el aviso de COBRA dentro de los 14 días después de la fecha del cese de la cobertura.

PLAN DE PRIMA ÚNICA (POP)

El plan de Elección de Beneficios del distrito, conocido también como el Plan de Prima Única (POP por sus siglas en inglés), un “plan de cafetería” calificado bajo el artículo 125 del Código Federal de los Impuestos Internos de 1986 recientemente enmendado para cumplir mejor con los mandatos federales incluyendo la Ley Consolidada Ómnibus de Reconciliación de Presupuesto (COBRA por sus siglas en inglés), la Ley de la Licencia Familiar y Médica (FMLA por sus siglas en inglés), la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés) y otras provisiones de la ley incluyendo los Artículos 105 y 106 del Código del IRS.

El plan es la sombrilla bajo la cual se administran los planes de beneficios para los empleados del distrito, permitiendo que las primas para los beneficios se descuenten de los ingresos brutos no sujetos a impuestos; resultando en ahorros en los ingresos de impuestos federales para todos los empleados participantes. Varios artículos del plan se explican a continuación informar a los empleados sus derechos y responsabilidades en lo que se refiere a los cambios en sus selecciones de beneficios. *El documento entero del plan se encuentra en el archivo del Departamento de Seguros del distrito.*

Año del plan y participación: El año del Plan se extiende desde el 1^{ro} de septiembre al 31 agosto, anualmente. *La participación en el plan es obligatoria.* Las primas para los siguientes beneficios se descontarán antes de la deducción de los impuestos: beneficios médicos de grupo y beneficios dentales, Seguro de Vida de grupo (hasta \$35,000 dólares), seguro de muerte accidental y pérdida de miembros y la póliza de seguro contra el cáncer y otras enfermedades específicas de *Nacional Union Life Insurance Company*. No inscribirse o hacer cambios en los planes de beneficios durante el período de inscripción anual se considerará como una reelección del empleado de las selecciones de plan de beneficios del año anterior. El plan de seguro por discapacidad no está incluido en el plan, permitiendo así que los beneficios por discapacidad se reciban libres de impuestos.

Cuando la participación se cancela debido al cese de empleo: La participación en el Plan cesa el último día del mes de empleo pagado. Si la persona vuelve a ser un empleado elegible durante el mismo año del plan y es elegible para participar

nuevamente en el mismo, la participación resumirá por el resto del año del plan, de acuerdo con las elecciones de beneficios vigentes anteriores al cese de la participación.

Participación durante licencias: Un participante que esté de licencia con goce de sueldo podrá continuar su participación en el plan. Un participante que esté de licencia, sin goce de sueldo, además de Licencia Familiar y Médica (FML), se considerará con cese de participación en el plan. La participación en el plan podría continuar durante un período de empleo sin goce de sueldo pagando al distrito todas las primas requeridas. *Si, durante el período de licencia sin goce de sueldo no se pagan al distrito las primas requeridas y el empleado resume su empleo no podrá resumir su participación en los planes de beneficio hasta el próximo período anual.*

Licencia Familiar y Médica (FML): Un empleado que esté de Licencia Familiar y Médica aprobada tiene derecho a permitir la cancelación de la participación en el Plan, o participación continua en el Plan, haciendo el pago de primas al distrito y la completa reanudación de beneficios sin importar su cancelación durante la licencia.

Cambios de elección de mediados de año: De acuerdo con las provisiones señaladas a continuación, un participante podrá **HACER SOLAMENTE UN CAMBIO** de elección de beneficios durante el año del plan:

Inscripción especial debido a la pérdida de otra cobertura: Si la cobertura bajo este Plan fue declinada por el empleado, cónyuge u otro dependiente por obtener otro plan de cobertura médica y el otro plan se pierde a raíz de la pérdida de elegibilidad; el empleado, cónyuge u otro dependiente será elegible para la participación en este plan si la persona se inscribe en el plan dentro de los treinta y un (31) días después de la pérdida de la otra cobertura.

Derechos de inscripción especial debido a la adquisición de dependientes nuevos: Si un dependiente pasa a ser un dependiente del empleado elegible por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción, el empleado elegible, el cónyuge o el dependiente será elegible para la participación; siempre y cuando el individuo se inscriba en el plan dentro de treinta y un (31) días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación.

Cambio de estado: Un empleado podrá cambiar su elección si un cambio de estado, como el descrito a continuación, ocurre durante el año del plan y el cambio de la elección de beneficio se debe a, y concuerda con, el cambio de estado. El empleado y/o el dependiente deberán inscribirse en el plan dentro de los treinta y un (31) días después de la fecha del acontecimiento.

Estado civil legal: Los acontecimientos que cambian el estado civil legal de un empleado incluyen: matrimonio, fallecimiento del cónyuge, divorcio, separación legal o nulidad del matrimonio. **Aviso:** En el único caso que el distrito reconoce el matrimonio por acuerdo y cohabitación solamente (*Common-law*) es cuando el empleado presenta una Declaración Jurada de que dicha unión existe verdaderamente.

Número de dependientes: Los acontecimientos que cambian el número de dependientes del empleado son nacimiento, adopción, colocación para la adopción o fallecimiento de un dependiente.

Situación del empleado: Es el cese o el comienzo de empleo por el empleado, el cónyuge o el dependiente.

Horario de trabajo: Cambio de empleo de tiempo parcial a tiempo completo y viceversa, hecho por el empleado.

El dependiente satisface o deja de satisfacer los requisitos como dependiente soltero: Todo acontecimiento que causa que el dependiente del empleado satisfaga o deje de satisfacer los requisitos para cobertura debido al estado de dependencia, mayoría de edad u otras circunstancias similares como provistas en el plan médico bajo el cual el empleado recibe cobertura.

Cambios de costo: Si un empleado escoge una cobertura médica asegurada o provista por una organización para el mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés) y el asegurador o HMO aumenta considerablemente el costo de la cobertura durante el año del Plan, el empleado podrá cambiar su elección de beneficios por otra cobertura similar provista por el empleador por el resto del año de Plan. *Bajo estas circunstancias, un empleado podrá renunciar la cobertura por el resto del año del plan.*

AVISO ESPECIAL: Todos los cambios descritos anteriormente deberán hacerse dentro de los treinta y un (31) días de la fecha del cambio de estado y deberán presentarse pruebas documentadas que verifiquen el cambio de estado. Si usted no está seguro si determinado acontecimiento califica para hacer un cambio de selección o qué clase de documentos se aceptan como verificación para hacer cambios de estado, sírvase llamar al Departamento de Pagos para obtener ayuda **con plena anticipación de la fecha límite de treinta y un (31) días**. La nueva cobertura entrará en vigencia retroactiva a la fecha del acontecimiento determinante o al día siguiente a la cancelación de la cobertura anterior, lo que sea más tarde.

AVISO: *Un cambio en los planes de seguro médico, tal como cambiar del Plan HRA al Plan HMO, o del Plan de Indemnización al Plan HMO, no está permitido hacerse a mitad de año. Los cambios de planes de seguros médicos se permiten hacer solamente en la fecha aniversario del plan, la cual en la actualidad es el 1^o de septiembre de cada año.*

PROGRAMAS DE INVERSIÓN DE IMPUESTOS DIFERIDOS

Elegibilidad

Todos los empleados del distrito, incluyendo los empleados suplentes o temporales, que trabajan un mínimo de 15 horas por semana pueden participar en los programas de inversión de impuestos diferidos.

Período de elegibilidad de inscripción: No hay un período específico. Para participar en los programas de inversión de impuestos diferidos no hay restricciones para la inscripción; el empleado puede comenzar en cualquier momento.

Fecha de inicio de las contribuciones por nómina: El primero de mes, de cualquier mes. Para que la deducción comience en determinado mes, todos los formularios de inscripción deberán presentarse antes del primer día del mes.

Cy-Fair ISD Plan de Pensión 457

El plan 457 de impuesto diferido entró en vigencia en agosto de 2002 y está administrado por *The Standard* (anteriormente *Investmart*), una compañía de administración contratada por el distrito. El plan tiene normas de distribución más indulgentes que los planes 403 y puede iniciarse con tan sólo \$5.00 dólares por cheque de pago. El empleado podrá contribuir hasta \$16,500 durante el año 2009. El Plan 457 ofrece aproximadamente 10 fondos en los cuales invertir y su administrador le brinda ayuda para determinar su perfil del inversionista (tolerancia al riesgo). Para obtener información adicional y los formularios de inscripción visite la página web del Departamento de Seguros en: <http://www.cfisd.net/dept2/insur/egmi.htm>. Para obtener un paquete de inscripción, visite el Departamento de Finanzas del distrito ubicado en el Centro de Apoyo – Norte, Suite 231 o llame al teléfono 281-897-4020.

Límite de las contribuciones

Las contribuciones al Plan 457 se excluyen mutuamente de los Planes 403(b). Esto significa que un empleado puede contribuir la máxima cantidad permitida por el Código de los Servicios de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) a ambos planes: 403(b) y 457.

Inversiones de impuestos diferidos 403(b) y 403 (b) (7)

Bajo el Artículo 403(b) y 403 (b) (7) del Código de los Impuestos Internos, los empleados de las escuelas públicas podrían reducir su responsabilidad del impuesto sobre la renta autorizando al distrito a pagar parte de su ingreso ganado a una anualidad certificada de TRS, de impuesto diferido u otro programa de inversión calificado destinado a proporcionar ingresos de jubilación. El empleado podrá contribuir hasta \$16,500 durante el año 2009. Si el empleado tiene 50 años de edad o califica para una provisión de “recuperación”, podrían permitirse contribuciones adicionales. El *Acuerdo de Reducción de Sueldo* del distrito (revisado 1/08), para ser llenado por el empleado y su agente financiero, podrá obtenerse del sitio web del Departamento de Seguros del distrito en: <http://www.cfisd.net/dept2/insur/egmi.htm> o en la Oficina de Pagos ubicada en el Centro de Apoyo (ISC-Norte, Suite 328).

Con vigencia del 1^o de junio de 2002, solamente serán elegibles para las contribuciones de nómina aquellas compañías aprobadas y enumeradas por el Sistema de Jubilación de Maestros de Texas como proveedoras calificadas de productos de Inversión de Impuestos Diferidos para empleados de escuelas públicas. La 80^{ma} Legislatura de Texas (2007) aprobó el proyecto de ley 2427 de la Cámara de Representantes, el cual extiende las responsabilidades del Sistema de Jubilación de Maestros (TRS) 403(b) incluyendo la inscripción de productos calificados. A partir del 1^o de enero de 2008, los empleados de las escuelas públicas de Texas y de las escuelas charter de inscripción abierta podrán en nuevos acuerdos de reducción salarial solo para productos 403(b) de la lista de productos registrados de TRS. La lista de compañías certificadas de inversiones y sus productos registrados se puede ver en el sitio web de TRS en www.tris.state.tx.us.

ATENCIÓN: Cypress-Fairbanks ISD NO tiene contratos con otros agentes financieros además de *The Standard*, para el plan 457. Usted no recibirá llamadas telefónicas en su casa de ningún agente financiero “representando” al CFISD. Además, está prohibido que los agentes ofrezcan o conduzcan sus servicios en las propiedades del distrito. Como las estrategias de inversión son una decisión personal que cada empleado debe estudiar por su cuenta, Cypress-Fairbanks ISD no recomienda o aprueba ningún plan individual 403 en particular, sus representantes de ventas, agentes u asesores de inversiones.

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE CYPRESS-FAIRBANKS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PODRÍA USARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN REFERENTE A SU SALUD Y CÓMO PODRÍA USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

LEA Y REVISE ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN.

NUESTRAS OBLIGACIONES LEGALES

Por ley, nosotros debemos salvaguardar razonablemente la privacidad de la confidencialidad de la información referente a la salud. También debemos presentarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas a la confidencialidad de la información referente a la salud. La información personal identificable de la salud es toda clase de información referente a la salud, ya sea oral o registrada en cualquier medio, originada o recibida por entidades tales como proveedores del cuidado de la salud, planes de seguro médicos o empleadores y que se refiere a la salud física o mental de un individuo o al pago por la provisión del cuidado de la salud a un individuo y que se mantiene en un grupo(s) designado de registros.

Se exige que nosotros respetemos las condiciones de este aviso vigentes en la actualidad. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y las condiciones en este aviso para toda la información personal identificable de salud que mantenemos, aunque la misma ya ha sido originada o recibida antes de expedir este aviso revisado. Si se realizara una revisión material, entonces nosotros distribuiríamos una copia del aviso actualizado.

Este aviso entró en efecto el 14 de abril de 2003 y permanecerá en efecto hasta que lo reemplacemos.

Usted podría solicitar una copia de este aviso en cualquier momento o podría verlo en nuestro sitio en la red: www.cfid.net. Para más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, sírvase contactar a la persona nombrada al final de este aviso.

USO Y DIVULGACIÓN

Nosotros podremos usar y divulgar la información referente a su salud para tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de la salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Nosotros podremos usar y divulgar su información personal identificable de salud para proveer, coordinar o administrar su cuidado de la salud y cualquier otro servicio con un médico o un proveedor del cuidado de la salud.

Pago: Nosotros podremos usar y divulgar su información personal identificable de salud para determinar y satisfacer las responsabilidades de cobertura y para proveer beneficios bajo el plan médico del distrito. Nosotros podremos también usar y divulgar su información personal identificable de salud para obtener o proveer reembolso por beneficios provistos.

Operaciones del cuidado de la salud: Nosotros podremos usar y divulgar su información personal identificable de salud para ciertas actividades administrativas, financieras, legales y de mejoramiento de calidad necesarias para dirigir nuestros negocios y para apoyar las funciones básicas de tratamiento y de pago. Tales actividades podrían ser, entre otras, asegurar y otras actividades relacionadas a la creación, la renovación y la sustitución de un contrato para beneficios médicos. Tales actividades podrían incluir también compartir su información personal identificable de salud con terceros “socios de negocios” que desempeñan varias funciones para nosotros.

Además de usar y divulgar información para propósitos de tratamientos, pagos y otras operaciones del cuidado de la salud, también podremos usar y divulgar su información personal identificable de salud para los siguientes propósitos:

Familia y representantes: debemos divulgar su información personal identificable de salud a usted, según lo descrito en el artículo de los Derechos de los Pacientes de este aviso. Podremos divulgar su información personal a un miembro de su familia a un amigo o a otra persona hasta cierto punto como sea necesario para la provisión apropiada o el pago del cuidado de la salud.

Personas involucradas en su cuidado: Nosotros podremos usar y divulgar su información personal identificable de salud para notificar, o ayudar en la notificación (incluyendo identificar o ubicar) a un miembro de la familia, un representante personal de la persona u otra persona responsable del cuidado del individuo, el lugar donde se encuentra la persona, su condición general o su fallecimiento. Si usted está presente, tendrá la oportunidad de objetar a tal uso o divulgación de su información personal identificable de salud. Si usted no está presente o no se le puede ofrecer la oportunidad para acordar u objetar debido a la incapacidad o a una emergencia, nosotros, en el ejercicio del criterio profesional, podríamos determinar si la divulgación sería lo mejor para usted. Nosotros podremos usar un criterio profesional y nuestra experiencia con prácticas comunes para hacer inferencias razonables de lo que sería mejor para usted permitiendo a una persona actuar en su nombre para recoger su información personal identificable de la salud.

Exigido por ley: Nosotros podremos usar y divulgar su información personal identificable de salud hasta el punto que dicho uso o divulgación sea exigido por las leyes federales, estatales o locales y que el uso y la divulgación cumplan con y estén limitadas a los requisitos relevantes de tal ley.

Actividades de salud pública y propósitos relacionados: Nosotros podremos divulgar la información personal identificable de salud a las autoridades de la salud pública autorizadas por la ley para recopilar y recibir tal información con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidad o abuso y/o negligencia de menores. También podremos divulgar su información a una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) con respecto a un producto o actividad regulados por la FDA para el cual esa persona tiene ciertas responsabilidades.

Abuso o negligencia: Nosotros podremos divulgar la información personal identificable referente a la salud de una persona a quien nosotros creamos razonablemente ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a una autoridad del gobierno, incluyendo una agencia de servicios sociales o de servicios de protección, autorizada por la ley para recibir informes de tal abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de la salud: Con ciertas excepciones, nosotros podremos divulgar la información personal identificable de salud a una agencia de supervisión de salud por actividades de salud autorizadas por la ley, incluyendo verificaciones de cuentas; investigaciones civiles, administrativas o criminales; inspecciones; acciones disciplinarias o de licenciatura; acciones o procedimientos civiles, administrativos o criminales; u otras actividades necesarias para la supervisión apropiada de programas específicos.

Procedimientos judiciales y administrativos: Nosotros podremos divulgar información personal identificable en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo: 1) en respuesta a una orden de una corte o un tribunal administrativo o; 2) en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otros procesos legales.

Propósito de la imposición del cumplimiento de la ley: Nosotros podremos divulgar la información personal identificable de salud con un propósito para la imposición del cumplimiento de la ley a un oficial encargado de imponer el cumplimiento de la ley según lo requiera o permita la ley.

Compensación laboral: Nosotros podremos divulgar información personal identificable referente a la salud según lo autoriza y hasta el punto necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral u otros programas similares que proveen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo, o enfermedades sin importar en quién recaiga la culpa.

Salud y seguridad: Nosotros podremos, concordando con las leyes y normas aplicables de conducta ética, usar o divulgar información personal identificable referente a la salud, si nosotros en buena fe, creemos que el uso o la divulgación evitaran una amenaza grave a la salud o a la seguridad de una persona o del público en general.

Patrocinador del plan: Nosotros podremos divulgar información identificable de salud a funcionarios del distrito como sea necesario para cumplir con nuestras responsabilidades administrativas relacionadas con el Plan de Cuidado de la Salud del Distrito.

Seguridad nacional: Nosotros podremos usar y divulgar información personal identificable referente a la salud de personas que forman parte del personal de las Fuerzas Armadas para actividades consideradas apropiadas por autoridades de comando militar para asegurar la ejecución apropiada de la misión militar, si la autoridad militar apropiada ha publicado por aviso la información apropiada. También podremos divulgar a oficiales federales autorizados información personal identificable referente a la salud que sea requerida para actividades del departamento de espionaje legal, contraespionaje u otras actividades de seguridad nacional. También podremos divulgar información a una institución correccional u oficial del cuerpo encargado del cumplimiento de la ley que tenga custodia legal de un preso u otro individuo toda información de tal preso o individuo cuando sea necesario.

DERECHOS INDIVIDUALES

Acceso: Usted tiene derecho al acceso para inspeccionar y obtener una copia de la información personal identificable de salud, con limitadas excepciones por el periodo de tiempo que nosotros mantenemos dicha información. Usted podría solicitar información en otro formato que no sea copias duras y si fuese factible, nosotros cumpliremos con su solicitud. Para recibir una copia, usted deberá hacer su solicitud por escrito y dirigirla a la persona nombrada al final de este aviso. Se le cobrará una cuota razonable basada en el costo de gastos tales como copias, trabajo, franqueo y un resumen de la información personal identificable si usted lo solicitara. También podría solicitar acceso enviando una nota a la persona nombrada al final de este aviso. Usted tiene derecho a solicitar la revisión de ciertas denegaciones de acceso.

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar restricciones adicionales en el uso y la divulgación de la información personal identificable de salud. No se exige que nosotros lo acordemos con usted, pero si lo hacemos, se exige que respetemos la restricción. También deberemos tener en cuenta las solicitudes razonables por escrito para recibir comunicaciones de información personal identificable referente a la salud por medios alternativos o en lugares alternativos, si usted indica claramente que la divulgación de toda o parte de la información podrían ponerlo en peligro.

Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar que nosotros hagamos una enmienda en la información personal identificable de salud. Su solicitud deberá hacerse por escrito, indicando la razón de su solicitud y deberá presentarse a la persona cuyo nombre aparece al final de este aviso. Bajo ciertas circunstancias, nosotros tenemos derecho a denegar tal solicitud. Si se denegara su solicitud, usted tiene derecho a presentar una declaración por escrito que muestre su desacuerdo con la denegación.

Detalles: Usted tiene derecho a recibir un detalle de las divulgaciones de la información personal identificable acerca de la salud hechas por nosotros o nuestros asociados con otros propósitos que no fueran de tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud y otras ciertas actividades. La solicitud podrá ser por divulgaciones hechas en el período de seis años anterior a la fecha en la que se solicita el detalle, pero no antes del 14 de abril de 2003. La primera solicitud para un detalle se proveerá sin costo alguno. Las solicitudes adicionales hechas dentro de un periodo de 12 meses requerirán un pago razonable basado en el costo.

Autorización: El plan obtendrá su autorización para usos y divulgaciones que no están identificados en este aviso o permitidos por las leyes correspondientes. Usted podrá revocar toda autorización por escrito y en cualquier oportunidad. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación autorizados por usted mientras estaba en vigencia.

Aviso electrónico: Si usted recibe este aviso por medios electrónicos y quisiera recibir una copia en papel, solicite una copia a la persona nombrada al final de este aviso.

PREGUNTAS Y RECLAMOS

Si usted tiene preguntas, inquietudes o reclamos acerca de nuestras prácticas de privacidad, sírvase contactar a:

BECKY KNIGHT, SUPERINTENDENTE ASISTENTE (281) 897-4020
STUART SNOW, SUPERINTENDENTE ASOCIADO (281) 897-3856

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados o está preocupado a causa de una decisión relacionada con el acceso, la restricción, la enmienda, el detalle o el aviso, usted podría presentar un reclamo a las personas mencionadas arriba. También podría presentar un reclamo por escrito a: Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services a: Región VI, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202; o por correo electrónico a OCRCComplaint@hhs.gov.

La privacidad de la información de salud es muy importante para nosotros. Nosotros no vamos a tomar represalias contra usted por presentar un reclamo.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998

La ley federal conocida como “*Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer*” de 1998 exige, que los planes médicos de grupo y los aseguradores médicos que actualmente proveen cobertura para las mastectomías, provean también beneficios o servicios relacionados con las mismas. Los dos planes médicos mayores del distrito, CFISD Choice Fund HRA (*Cigna Open Access Plus (OAP) provider network*) y CFISD *KelseyCare* HMO, actualmente proveen cobertura para esos servicios médicos.

La información a continuación se la brindamos a usted según lo exige la ley. Este aviso es un resumen, con propósitos informativos solamente, no como asesoramiento legal.

La Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998 ("ACT" por sus siglas en inglés) fue promulgada como parte de H.R. 4328, Ley Federal Consolidada Omnibus y de Gastos Suplementarios de Emergencia de 1999.

La Ley exige que los planes médicos de grupo y los aseguradores médicos, en el mercado de grupo o individual, que proveen beneficios médicos y quirúrgicos relacionados con la mastectomía, deben proveer también a los participantes del plan y a los beneficiarios del plan que reciben beneficios en conexión con una mastectomía y que optan por la reconstrucción mamaria relacionada con una mastectomía, provean cobertura para los siguiente:

- reconstrucción en el seno en el que se hizo la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para restaurar la simetría;
- y prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo el linfedema.

La cobertura para estos beneficios o servicios se proporcionará de manera determinada por el médico de cabecera y el paciente. La cobertura para los servicios relacionados con la mastectomía o los beneficios exigidos bajo la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer podrán estar sujetos a las mismas provisiones de deducibles, coseguros y copagos que aplican con respecto a otros beneficios médicos o quirúrgicos establecidos bajo el plan de seguro médico de grupo o en la cobertura.

Los planes de seguro, incluyendo grupos pequeños o grandes, la cobertura individual, los planes de asociación y los planes autofinanciados, están sujetos a la ley. Los requisitos de la Ley están en vigencia para los años de planes comenzando el, o después del 21 de octubre de 1998. Además de la cobertura obligatoria, la Ley exige que los planes de grupo y los proveedores de seguros médicos notifiquen por escrito la disponibilidad de la cobertura para los participantes y los beneficiarios al momento de la inscripción inicial y anualmente a partir de entonces. La Ley prohíbe que los planes de seguro médico de grupo y los proveedores de seguro médico:

- denieguen elegibilidad o elegibilidad continua;
- no inscriban o no renueven la cobertura bajo las condiciones del plan solamente con el propósito de evitar conformidad con la Ley;
- penalizar, reducir o limitar los reembolsos de un proveedor del cuidado de la salud;
- proporcionar incentivos (monetarios o de otra clase) a un proveedor del cuidado de la salud; o inducir a un proveedor a proporcionar cuidado de una manera inconsistente con la Ley.

El resumen anterior es una perspectiva general de la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998. Este es su aviso exigido por la ley. Si tiene alguna pregunta referente a las disposiciones de esta ley, comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente de su plan (el número de teléfono está en su tarjeta de identificación (ID card) de su seguro médico) o consulte con un miembro del personal del Departamento de Seguros.

LEY COBRA

CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO Y DENTAL

De conformidad con la Ley Consolidada Ómnibus de Reconciliación del Presupuesto (COBRA por sus siglas en inglés) y cuando la cobertura bajo el plan de seguro cesara, el distrito ofrece a los empleados y a sus familiares la oportunidad de obtener una extensión temporal de cobertura médica al mismo costo que el de los seguros de grupo.

El empleado o un dependiente de un empleado que esté cubierto bajo un plan de seguro médico del distrito (médico o dental), podrá extender su cobertura por un período de dieciocho (18) meses si la cobertura del empleado o del dependiente se perdiera a raíz de la incidencia de cualquiera de los acontecimientos determinantes que se mencionan a continuación o si el empleado o el dependiente no estuviera cubierto bajo ningún otro plan de seguro médico de grupo:

- cese voluntario del empleo (por ejemplo, renuncia o jubilación);
- cese involuntario del empleo (que no sea por conducta extremadamente indebida);
- licencia temporal por discapacidad; o
- reducción en las horas de trabajo.

En el caso de que uno de los acontecimientos determinantes ocurriera, la cobertura COBRA estará disponible por un período de hasta dieciocho (18) meses, pero, en ciertos casos de discapacidad, podría extenderse a un total de veintinueve (29) meses (*ver* Extensión por Discapacidad). El empleado y todos los dependientes cubiertos tienen derecho a solicitar la cobertura COBRA.

Si la cobertura se perdiera a raíz de uno de los acontecimientos determinantes enumerados a continuación, un dependiente cubierto podrá elegir la cobertura COBRA por un período de hasta treinta y seis (36) meses:

- fallecimiento del empleado;
- divorcio o separación legal;
- el empleado pasa a ser elegible para recibir Medicare; o
- el dependiente menor deja de ser dependiente a raíz de la mayoría de edad, el estado de dependencia o el matrimonio.

El costo por esta extensión de cobertura es el 102% de la prima total (la cantidad que usted y Cypress-Fairbanks ISD han estado pagando por la cobertura del seguro médico más un 2% de costos de administración). Si el costo por la cobertura COBRA cambiara durante su participación, se le avisará por escrito la cantidad de la nueva prima antes de su fecha de vencimiento.

La cobertura podría cesar automáticamente si: (1) usted no paga su prima mensual, (2) usted obtiene cobertura de seguro médico mediante un empleador nuevo, (3) la cobertura bajo Medicare comienza para una persona que se esté beneficiando de esta extensión; (4) el cónyuge vuelve a contraer matrimonio y pasa a ser elegible para cobertura bajo otro plan médico de grupo; o (5) si el plan mismo cesara.

Tanto usted como el Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks tienen responsabilidades cuando suceden ciertos acontecimientos que lo califican para recibir cobertura continua. Usted o su dependiente cubierto tienen la responsabilidad de avisar a Cypress-Fairbanks ISD la incidencia de un divorcio, una separación legal o cuando un menor pierde la calidad de dependiente bajo el plan de seguro médico de grupo **dentro de los sesenta (60) días del acontecimiento determinante.** Cypress-Fairbanks ISD informará entonces a otros dependientes cubiertos que se vean afectados por dicho acontecimiento su derecho a escoger la cobertura COBRA.

Los participantes en la cobertura COBRA tienen también la responsabilidad de notificar al distrito todo acontecimiento determinante adicional COBRA que ocurra durante su período de COBRA que pueda calificarlos para recibir meses de cobertura adicional.

Cambios legislativos a la ley COBRA con vigencia del 1^{ro} de enero de 1997.

Extensión por Discapacidad: Si usted escoge la continuación de cobertura COBRA basándose en el cese del empleo o la reducción de horas de trabajo y se vuelve discapacitado (según lo determinado por el Seguro Social) durante el período *dentro de los primeros sesenta (60) días de la continuación de cobertura COBRA*, usted y los miembros de su familia que están bajo la cobertura podrían escoger una extensión adicional de once (11) meses por un total de veintinueve (29) meses de continuación de cobertura COBRA. **Para escoger la extensión de once (11) meses, usted deberá informar su decisión al administrador del Plan dentro de los sesenta (60) días de la fecha en la cual es Seguro Social determina que usted o el miembro de su familia es discapacitado y dentro de los primeros dieciocho (18) meses de continuación de cobertura COBRA.** (El costo de la cobertura COBRA aumentará de un 102% a un 150% de la prima total durante este período adicional de extensión de once (11) meses).

Niños recién nacidos y niños adoptivos: Si usted tiene derecho a la cobertura COBRA porque usted es un empleado actual o pasado de Cypress-Fairbanks ISD y tiene un hijo o adopta a un niño durante el período de continuación de cobertura COBRA, usted podrá inscribir inmediatamente a su nuevo hijo para obtener continuación de cobertura COBRA. Además, su hijo recién nacido o su hijo adoptivo obtendrán la categoría de "beneficiario calificado"; en otras palabras, tendrá derechos de elección independiente y de segundo acontecimiento determinante.

Limitación por problemas de salud preexistentes: La cobertura COBRA podrá cesar cuando usted pase a estar cubierto bajo otro plan médico de grupo, pero sólo si el otro plan no tuviese exclusiones o limitaciones que afectaran a cualquier problema de salud preexistente que usted tuviera. Si usted pasa a estar cubierto bajo otro plan de seguro médico de grupo y se ve afectado por una limitación a raíz de un problema de salud preexistente, la cobertura COBRA podrá ser cancelada tan pronto como se satisfaga esa limitación debido al problema de salud preexistente por la acreditación del plan hacia la limitación de toda cobertura que usted haya tenido.

Si tiene alguna pregunta acerca de la Ley COBRA, necesita información de primas o tiene que reportar un acontecimiento determinante, comuníquese con el Departamento de Seguros ubicado en el Centro de Apoyo – Norte llamando al (281) 807-8650.

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

Programa de Contratación Directa THE ALLIANCE

AVISO DE LOS REQUISITOS DE LA ALIANZA PARA TODOS LOS EMPLEADOS

Fecha de vigencia: Para las lesiones relacionadas con el trabajo que ocurran a partir del 1^{ro} de febrero de 2009 y en adelante.

Importante información de contacto: Para ubicar a un proveedor, visite www.pswca.org. Para contactar a su ajustador en el Fondo de Control de Riesgos de TASB, visite www.tasbrmf.org o llame al (800) 482-7276.

Información, Instrucciones, Derechos y Obligaciones

Si usted se lesiona en el trabajo, avise de inmediato a su supervisor o empleador. La información presentada en este aviso lo ayudará a encontrar tratamiento médico para su lesión. Su empleador también lo ayudará a encontrar respuestas a las preguntas que pueda tener acerca de cómo obtener tratamiento. Usted también podrá contactar a su ajustador en el Fondo de Control de Riesgos de TASB (el Fondo) para toda otra pregunta que pueda tener acerca de las lesiones relacionadas con el trabajo. El Fondo es el proveedor de cobertura de compensación al trabajador y trabaja con su empleador para garantizar que usted reciba cuidado médico apropiado y oportuno. La meta es que usted regrese a su trabajo sin riesgos, lo antes posible.

- **¿Qué debo hacer para escoger un médico tratante?**

Si usted se lesiona en el trabajo a partir del 1^{ro} de febrero de 2009 y en adelante y vive en el área de servicio de la Alianza, debe escoger a uno de los médicos tratantes en la lista de proveedores. Este es un requisito que debe cumplir para recibir cobertura de los costos de cuidado médico relacionados con la lesión sufrida en el trabajo. En el sitio web de la Alianza en www.pswca.org podrá encontrar la lista de proveedores; también en el sitio web del Fondo www.tasbrmf.org hay un enlace para el sitio con la lista de proveedores. La lista identifica a los proveedores que aceptan pacientes nuevos.

Si el médico tratante deja la Alianza, se lo comunicaremos por escrito. Usted tendrá el derecho de escoger a otro médico tratante de la lista de médicos tratantes de la Alianza. Si su médico deja la Alianza y usted tiene un enfermedad o una condición grave y la interrupción del tratamiento pudiese poner su vida en peligro, se le podría pedir a su médico que lo continúe tratando por un período adicional de **90 días**.

- **¿Qué pasa si vivo fuera del área de servicio?**

Si usted cree que vive fuera del área de servicio, podría solicitar una revisión del área de servicio de parte de su ajustador.

- **¿Qué debo hacer para cambiar de médico tratante?**

Si usted no está satisfecho con su médico tratante, podrá escoger un médico tratante alternativo de la lista de médicos de contrato directo en el área de servicio donde vive. El Fondo no le negará la elección de un médico tratante alternativo. **Antes de cambiar de médico por segunda vez, tendrá que obtener un permiso de parte de su ajustador.**

- **¿Qué pasa si aún estoy recibiendo cuidado médico por una lesión relacionada con el trabajo que ocurrió antes del 1^{ro} de febrero de 2009? ¿Necesito cambiar de médico?**

Si en la actualidad usted está bajo el cuidado de un médico que no pertenece a la Alianza por una lesión ocurrida anteriormente, no tendrá necesidad de cambiar médicos por el resto de la duración de la recuperación. Sin embargo, si usted se vuelve a lesionar después del 1^{ro} de febrero de 2009, deberá cumplir con los requisitos de la Alianza.

- **¿Cómo se manejan las recomendaciones médicas?**

Las recomendaciones para servicios de cuidado médico que solicite usted o su médico estarán disponibles de forma oportuna según requeridas por su condición médica. Las recomendaciones se harán **antes que se cumplan los 21 días** después de la solicitud. Su médico podrá recomendarlo a otro proveedor de la Alianza, a menos que sea médicamente necesario hacer una recomendación fuera de la Alianza. Si usted necesita cuidado médico de emergencia, no tiene que tener una recomendación.

- **¿Quién paga por el cuidado médico?**

Los proveedores de la Alianza han acordado solicitar pago al Fondo por su cuidado médico. Ellos no debiesen solicitar pago de su parte. Si usted recibe cuidado médico de parte de un médico que no pertenece a la Alianza, sin aprobación previa de su ajustador, usted tendrá que pagar por el costo del cuidado médico y sus beneficios de ingreso podrían disputarse. Usted podrá tratar con médicos proveedores **no contratados** con la Alianza solo bajo una de las siguientes situaciones:

- Emergencias: Usted debe ir al hospital o clínica de emergencia más cercana.
- Usted no vive dentro del área de servicio de la Alianza.
- El médico tratante lo recomienda a un proveedor o establecimiento fuera de la Alianza. Esta recomendación deberá ser aprobada por su ajustador.

Cómo presentar una queja

Usted tiene derecho a presentar una queja a la Alianza. Usted puede hacerlo si no está satisfecho con algún aspecto de las operaciones del programa de contrato directo. Inclusive quejas acerca del programa y/o su médico de la Alianza. También podría ser toda queja general acerca de la Alianza. La persona que presenta la queja podría hacerlo por teléfono al Coordinador de Quejas de la Alianza, en el sitio web de la Alianza en www.pswca.org o por escrito vía correo postal o por fax. Las quejas por escrito deben enviarse a:

PSWCA (The Alliance)
Attention: Grievance Coordinator
P.O. Box 763
Austin, TX 78767-0763
(866) 997-7922

La queja deberá presentarse al coordinador del programa de quejas **antes que se cumplan los 90 días después de la fecha en que ocurrió el incidente**. Las leyes del estado de Texas prohíben que la Alianza tome represalias en su contra si usted presenta una queja en contra del programa. La Alianza tampoco puede tomar represalias si usted apela la decisión del programa. Las leyes prohíben que la Alianza tome represalias en contra de su médico tratante si el mismo presenta una queja en contra del programa o apela la decisión del programa en su nombre.

¿Qué debe hacerse si uno se lesiona en el trabajo?

Si usted se lesiona en el trabajo, notifique a su empleador lo antes posible. Su empleador puede entregarle una lista de médicos de la Alianza en su área de servicio. También puede ver una lista completa de médicos de la Alianza en el sitio web www.pswca.org. O ponerse en contacto con nosotros directamente a la dirección y/o el número de teléfono para llamadas gratis a continuación:

**TASB Risk Management Fund
P.O. Box 2010
Austin, TX 78768
(800) 482-7276**

En caso de emergencia...

Si usted se lesiona en el trabajo y es una emergencia grave, usted debe ir a la clínica de emergencia más cercana. Si usted se lesiona en el trabajo después del horario normal de oficina o mientras estaba trabajando fuera del área de servicio, usted debe ir al centro de cuidado médico más cercano. Después de recibir el cuidado de emergencia, quizás necesite cuidado médico continuo. Entonces usted tendrá que escoger un médico tratante de la lista de proveedores de la Alianza. Esta lista está disponible en línea en www.pswca.org. Si usted no tiene acceso a Internet, llame gratis al (800) 482-7276 o póngase en contacto con su empleador para que le de una lista. El médico que usted escoja supervisará el cuidado que reciba por la lesión relacionada con el trabajo. Con excepción del cuidado de emergencia, usted deberá obtener todo el cuidado médico y las recomendaciones para los especialistas de parte de su médico.

El cuidado de emergencia no deber ser aprobado con anticipación. Una “emergencia médica” según definida en las leyes de Texas, es una condición médica que se suscita repentinamente con síntomas tan graves que una persona razonable crea que usted necesite recibir atención inmediata o podría sufrir más daño. Ese daño incluye que su salud o sus funciones fisiológicas estén en peligro o que tenga pérdida de funcionamiento de algún órgano o alguna parte del cuerpo.

Cuidado médico que no sea de emergencia...

Informe de inmediato a su empleador toda lesión que sufra en el trabajo. Escoja un médico tratante de la lista de proveedores de la Alianza. La lista está disponible en línea en www.pswca.org. Si usted no tiene acceso a Internet, llame gratis al (800) 482-7276 o póngase en contacto con su empleador para que le proporcione una lista.

Tratamientos para los que se debe obtener aprobación por adelantado

Ciertos tratamientos o servicios prescritos por su médico deberán ser aprobados con anticipación. Su médico deberá solicitar aprobación del Fondo de Control de Riesgos de TASB antes de comenzar el tratamiento o los servicios. Por ejemplo, si usted necesita quedarse más días en el hospital, su estadía adicional deberá ser aprobada por adelantado.

A continuación está la lista de tratamientos médicos, que no son de emergencia, para los que se debe obtener aprobación previa:

- ❖ **Admisión del paciente en el hospital**
- ❖ **Servicios quirúrgicos para pacientes externos o servicios quirúrgicos ambulatorios**
- ❖ **Cirugía de la columna**
- ❖ **Todo programa de tratamiento individualizado no exento**
- ❖ **Todo programa de acondicionamiento no exento**
- ❖ **Terapia física u ocupacional excepto por las primeras seis (6) visitas, si esas visitas se hicieron las 2 primeras semanas inmediatamente después de la fecha de la lesión o de la fecha de la intervención quirúrgica**
- ❖ **Todo servicio de investigación o experimental**
- ❖ **Toda evaluación psicológica y de psicoterapia**
- ❖ **Estudios repetidos de diagnósticos que sobrepasen los \$350 dólares**
- ❖ **Todo equipo médico durable (DME) que sobrepase los \$500 dólares**
- ❖ **Manejo de dolores crónicos y rehabilitación interdisciplinaria para el dolor**
- ❖ **Medicamentos no incluidos en el Formulario de la División de Compensación de Empleados del TDI**
- ❖ **Todo medicamento narcótico suministrado para más de 60 días**
- ❖ **Todo tratamiento o servicio que sobrepase las Pautas Oficiales para la Discapacidad (ODG)**

El número al que debe llamar su médico para solicitar uno de estos tratamientos es el 800-482-7276, interno 6654. Si la solicitud de servicio es negada, se lo informaremos por escrito. Este aviso por escrito tendrá también información referente a su derecho de solicitar una segunda consideración o una apelación del tratamiento negado. También le informará acerca de su derecho a solicitar una revisión de parte de una Organización de Revisión Independiente a través del Departamento de Seguros de Texas.

Las áreas de contratación de servicios están sujetas a cambios. Para ubicar a un médico tratante dentro de su área, visite el sitio web de PSWCA en: www.pswca.org o llame gratis a su ajustador de seguro al 1-800-482-7276.