Tempe™

2025

GUÍA DE BENEFICIOS

MÉDICO | DENTAL | VISIÓN | CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES | VIDA & AD&D | DISCAPACIDAD | VIDA VOLUNTARIA | EAP| BIENESTAR | DEFENSOR DE LA SALUD

Tabla De Contenidos

Novedades	**3-4**
Página De Bienvenida	**5**
Información De Contacto	**6-7**
Información Del Programa De Bienestar	**8**
Plan Médico Opt-out	**8**
Términos Que Debe Conocer	**9**
Opciones De Planes Médicos	**10**
Resumen De Las Ventajas Médicas	**11**
Programa De Medicamentos Recetados	**12**
Plan De Visión	**12**
Beneficios Dentales	**13**
Deducciones De Nómina	**14-15**
Recuro Salud	**16**
Defensor De La Salud De Optavise	**17**
Soporte De Curalinc	**18-20**
Beneficios Pagados Por La Ciudad	**20-21**
Vida Voluntaria Y AD&D	**21**
Oportunidades Para Ahorrar Dinero	**22**
Hoja De Trabajo FSA / Mediflex	**23**
Información Importante Del Plan	**24-26**

Ciudad de Tempe

2025-2026 AÑO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA DEL PLAN DE BENEFICIOS

¿QUÉ HAY DE NUEVO PARA EL AÑO DEL PLAN 2025-2026?

Este año es una inscripción ACTIVA. Debe iniciar sesión para realizar cambios para el año del plan 2025-2026. Si no inicias sesión, NO tendrás beneficios. También debe volver a inscribirse en la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) y completar el formulario de solicitud de exención para renunciar al plan médico de la Ciudad.

Este año verá un aumento del 8.4% en las primas médicas y del 6% en las primas dentales. Esto se traduce en un aumento del 8,4% en las contribuciones a Mediflex.

FSA Arrastre
Las contribuciones médicas no utilizadas de hasta $660 se pueden transferir para el próximo año del plan, pero debe volver a inscribirse para el nuevo año del plan con una elección mínima de $130 anuales. La reinscripción en la Cuenta de Reembolso de Atención Médica es OBLIGATORIA para cualquier contribución de reinversión. Se requiere una contribución mínima de $130 anuales. ¡Recuerde que debe volver a inscribirse anualmente!

NO OLVIDE

Revise sus dependientes
Debe proporcionar inmediatamente una notificación por escrito y documentación a RR.HH. en caso de separación legal, divorcio o remoción de la pareja de hecho y los hijos aplicables.

Crédito de exclusión voluntaria
Si usted es un empleado beneficiado a tiempo completo o a tiempo parcial y desea optar por no participar en la cobertura de seguro médico, aún deberá participar en el proceso de inscripción abierta de este año **y** completar el formulario de Solicitud de Exención de Seguro Médico para recibir el estipendio de exclusión voluntaria ($100).

Recuro Health- Copago de $10
Solo un recordatorio para aquellos que participan en los planes médicos que tienen: acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a médicos de atención primaria, pediatras y atención de urgencia certificados por la junta por video, teléfono o correo electrónico seguros para el tratamiento de: alergias, asma, bronquitis, resfriado y gripe, senos paranasales, dolores de oído y más.

Optavise
¿Sabía que su defensor de Optavise puede darle información sobre el costo y la calidad de un procedimiento o prueba ANTES de que se lo haga? Consulte la página 15 de la Guía de beneficios para obtener más información.

Bienestar
Si acumuló 100 puntos entre el 1 de mayo de 2024 y el 30 de abril de 2025, entonces ha calificado para una reducción de $27.10 por cheque de pago en su prima de salud para este próximo año del plan de beneficios. ¡Puedes ganar 200 puntos para recibir una tarjeta de regalo de $100! Consulte el sitio web de SharePoint para obtener más información.

¿CÓMO HAGO CAMBIOS DURANTE EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA?

¿CÓMO HAGO CAMBIOS DURANTE EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA?

La inscripción abierta comienza el 5 de mayo y termina el 23 de mayo

La inscripción abierta se proporciona en línea a través de PeopleSoft Self-Service y se puede realizar utilizando una computadora del trabajo o de casa. Para acceder a PeopleSoft Self-Service desde casa, vaya a myhr.tempe.gov

Desde **Employee Self-Service** página de inicio, seleccione la opción **Benefits Open Enrollment** en el menú principal abriendo el Navegador y **seleccione Self-Service > Benefits > Benefits Open Enrollment.**

La inscripción abierta en línea es fácil, segura y confidencial. Conéctate en línea para hacer cambios en tus planes médicos, dentales y de la vista 2025-2026, agregar/eliminar/cambiar dependientes o inscribirte en cuentas de gastos flexibles.

Si no tiene acceso a una computadora en casa o en su área de trabajo, las computadoras están disponibles en Recursos Humanos.

Obtenga más información sobre los planes de beneficios antes de tomar cualquier decisión revisando minuciosamente la Guía de beneficios con su familia. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Ciudad, llame a HR Benefit al***480-350-8700.*** Las elecciones y los cambios realizados durante la inscripción abierta entrarán en vigor el 1 de **Julio de 2025.**

Recuerde hacer clic en el botón **Enviar** para completar sus elecciones una vez que haya terminado con la inscripción en línea. Podrá imprimir una declaración de confirmación que identifique sus elecciones.

¡INFORMACIÓN MUY IMPORTANTE!

Después de que finalice el período de inscripción abierta, no puede realizar cambios en sus elecciones de beneficios a menos que experimente un evento que califique para un cambio de estado a mitad de año.

COBERTURA DE DEPENDIENTES

Puede agregar, eliminar o cambiar dependientes durante el período de inscripción abierta. *(Tenga en cuenta que deberá proporcionar una verificación de dependiente a HR Benefits para los nuevos dependientes).*
Para los planes médicos, dentales y de la vista, sus dependientes elegibles pueden incluir: (*Los hijos dependientes son elegibles para la cobertura hasta el final del mes de su cumpleaños número 26*).

- Cónyuge legítimo;
- Pareja de hecho calificada;
- Hijos Naturales;
- Hijastros;
- Hijos adoptados legalmente e hijos para los cuales usted o su cónyuge son tutores legales designados por el tribunal;
- Niños especificados bajo una Orden de Manutención Médica Calificada (QMCSO).

Si elige cubrir a uno o más dependientes elegibles, debe proporcionar documentación a la Ciudad que verifique que son elegibles para la cobertura. La documentación aplicable incluye; un certificado de matrimonio; certificado de nacimiento; acuerdo de adopción; declaración jurada de pareja de hecho; o un QMCSO.

Debe proporcionar inmediatamente una notificación por escrito y documentación a RR.HH. en caso de separación legal, divorcio o remoción de la pareja de hecho y los hijos aplicables. Inscribir o mantener dependientes no elegibles en cualquiera de los planes de atención médica de la Ciudad es una violación de la política de la Ciudad.

Además, debe proporcionar los números de seguro social (SSN) de sus dependientes. La legislación requiere que la Ciudad presente la información de los participantes ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Además, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) utilizarán los SSN para identificar a las personas elegibles para Medicare y mejorar la coordinación de los beneficios entre Medicare y los planes de salud grupales. A ninguna otra entidad se le proporcionará esta información.

¿QUÉ SUCEDE SI TENGO UN EVENTO QUE ME CAMBIA LA VIDA DURANTE EL AÑO?

Debido a las ventajas fiscales de los planes que le permiten pagar sus beneficios con dólares antes de impuestos, el IRS tiene ciertas reglas sobre cuándo puede hacer cambios en sus beneficios. En la mayoría de los casos, solo puede hacer cambios durante el período de inscripción abierta. Sin embargo, puede hacer cambios durante el resto del año si experimenta un cambio de estado calificado, un evento que hace que usted o un dependiente cubierto obtengan o pierdan la elegibilidad para la cobertura.

Los siguientes son ejemplos de eventos clasificatorios:

- Se casa, se separa o se divorcia
- Usted o su pareja establecen el estatus de pareja de hecho
- Tienes un bebé o adoptas un niño
- Usted o su cónyuge/pareja de hecho ganan o pierden la elegibilidad bajo un plan del empleador
- Usted o su cónyuge/pareja de hecho toman una licencia sin goce de sueldo
- Un dependiente comienza o deja de ser elegible

Debe notificar al Plan por escrito dentro de los 30 días posteriores al cambio de estado de mitad de año comunicándose con HR Benefits. El plan determinará si se permite su solicitud de cambio y, de ser así, los cambios entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del evento si la solicitud de cobertura se recibe a tiempo (excepto para los hijos recién nacidos y adoptados que están cubiertos desde la fecha de nacimiento, adopción o colocación en adopción). La documentación, incluido el certificado de nacimiento y el número de seguro social, el certificado de matrimonio, la pérdida de cobertura o la prueba de que ya no reside en los Estados Unidos, debe presentarse al Plan dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación. La falta de presentación de la documentación dentro del plazo dará lugar a la terminación de la cobertura del dependiente.

SI TIENE UN CAMBIO DE ESTADO (INCLUIDO EL NACIMIENTO O LA ADOPCIÓN DE UN NIÑO), DEBE ENVIAR UN FORMULARIO DE CAMBIO/INSCRIPCIÓN A RECURSOS HUMANOS DENTRO DE LOS 30 DÍAS CALENDARIO POSTERIORES AL CAMBIO DE ESTADO.

También deberá proporcionar prueba del evento calificado, como:

- Una copia de una licencia de matrimonio
- Una copia de la sentencia de divorcio
- Una copia del acta de nacimiento/adopción
- Una carta del empleador de su cónyuge
- Una carta de COBRA que verifique la fecha de finalización de su cobertura

El cambio de cobertura que realice debe ser a causa de su cambio de estado y corresponderse con él. Por ejemplo, si se casa durante el año, puede agregar a su nuevo cónyuge a su cobertura o inscribirse en una FSA.

Bienvenidos a la ciudad de Tempe®, el patrocinador oficial de su programa de beneficios! Como empleado activo, usted es elegible para participar en un programa de beneficios competitivo. Los beneficios entrarán en vigor el 1 de julio de 2025.

La intención de este resumen es resaltar sus beneficios y NO reemplazar sus contratos o folletos de seguro. La información se ha compilado en un formulario resumido para describir los beneficios ofrecidos por la Ciudad de Tempe.

Si este resumen de beneficios no aborda sus preguntas específicas sobre beneficios, consulte la página de Contacto de Servicio al Cliente de este folleto. Esta página le proporcionará la información que necesita para ponerse en contacto con las compañías de seguros específicas y/o con su Departamento de Recursos Humanos para obtener asistencia adicional.

La información proporcionada en este resumen es solo para fines comparativos. Las reclamaciones reales pagadas están sujetas a los términos y condiciones específicos de cada contrato. Este resumen de beneficios no constituye un contrato.

La información de este folleto es de propiedad exclusiva. Por favor, no copie ni distribuya a otros.

Brown & Brown

Creado por Brown & Brown para la ciudad de Tempe.

Información De Contacto Del Servicio De Atención Al Cliente

Consulte esta lista cuando necesite ponerse en contacto con uno de sus proveedores de beneficios

Beneficio	Número De Teléfono	Información	Sitio Web
MÉDICO			
CIGNA/Allegiance	1-800-259-2296	Reclamaciones, preguntas de cobertura, verificación de elegibilidad, tarjetas de identificación	askallegiance.com
Soluciones Live Well	1-866-220-3138	24/7 Línea de enfermería	
Recuro Health	1-855-673-2876	24/7/365 acceso a los médicos video/teléfono/correo electrónico	recurohealth.com
Allegiance Care Management	1-800-342-6510	Pre-Certification	
Program de Allegiance Maternity Care Administración	1-877-792-7827	Consulte la página 17	
MEDICAMENTOS CON RECETA			
Express Scripts	1-800-711-0917	Servicios para miembros para preguntas sobre los beneficios de farmacia PPO Pedido por correo	express-scripts.com
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO			
CuraLinc SupportLinc	1-888-881-5462	Orientación para los problemas cotidianos	supportlinc.com Código de grupo: cityoftempe
PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS			
Allegiance Care Administración	1-877-792-7827	Servicios de Administración de Casos	askallegiance.com
DEFENSOR DE LA SALUD			
Optavise	1-866-253-2273	Ayudar con problemas de reclamaciones, costos del procedimiento de investigación, Preguntas sobre beneficios	tempe.optavisemember.com advocate@optavise.com
DENTAL			
CIGNA (Dental)	1-800-CIGNA24 (244-6224)	Solicitar listado de dentistas de CIGNA, preguntas dentales, cambio de selección de dentista, verificación de elegibilidad	CIGNA.com / myCIGNA.com Aplicación móvil myCigna disponible a través de: • Tienda de aplicaciones de Apple • Android Google Play • Aplicaciones de Amazon • Mundo BlackBerry

Información De Contacto Del Servicio De Atención Al Cliente Cont.

Consulte esta lista cuando necesite ponerse en contacto con uno de sus proveedores de beneficios

VISIÓN			
Avesis	1-800-828-9341	Servicio al cliente, búsqueda de un proveedor participante	avesis.com
CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) PARA LA SALUD Y EL CUIDADO DE DEPENDIENTES			
Allegiance	1-877-424-3570	Saldo de la cuenta, gastos cubiertos, formularios de reembolso, presentación de reclamaciones en línea	askallegiance.com
SERVICIOS DE COBRA			
Allegiance	1-800-259-2738	Carta de administración de COBRA y cupones de pago que vendrán de Allegiance después de la inscripción	askallegiance.com
COMPENSACIÓN DIFERIDA			
Nationwide Retirement Services	1-877-652-5115 602-293-1156	Verifique el saldo de la cuenta, el rendimiento de los fondos, transfiera los fondos existentes o redirija la inversión de futuras contribuciones, información sobre préstamos Nancy Feilbach	tempedcp.com nancy.feilbach@nationwide.com
OFICINA DE BENEFICIOS			
Beneficios Servicio al cliente	480-350-8700	Información sobre los beneficios de la Ciudad de Tempe	tempe.sharepoint.com/sites/HumanResources

Bienvenidos A Los Beneficios 2025-2026 En La Ciudad De Tempe

La ciudad de Tempe reconoce que los beneficios de los empleados son uno de los elementos más importantes y valorados de la compensación. Es por eso que ofrecemos un paquete integral de beneficios diseñado para abordar las necesidades de atención médica y protección financiera tanto de usted como de su familia. La ciudad de Tempe se enorgullece de ofrecer:

- **Programas de atención médica –** Beneficios médicos, de medicamentos recetados, dentales y de la vista para usted y sus dependientes
- **Programa de Defensores de la Salud–** Ofrecer asistencia para encontrar un médico, responder preguntas sobre beneficios, ayudar con problemas de reclamaciones y costos de procedimientos de investigación.
- **Planes de Protección de Ingresos–** Seguro de vida grupal a término y seguro por muerte accidental y desmembramiento
- **Oportunidades para ahorrar dinero–** cuentas de gastos flexibles antes de impuestos que le otorgan una exención fiscal sobre los dólares que gasta en salud y/o cuidado de dependientes y, según los años de servicio, una cuenta financiada por el empleador llamada "Mediflex" para el reembolso de gastos médicos elegibles

Además, la ciudad de Tempe ofrece una variedad de beneficios y programas que pueden ayudarlo a planificar para el futuro. Esta Guía de beneficios contiene la información del plan que necesita saber para tomar decisiones informadas sobre los beneficios, así que tómese unos minutos para revisarla detenidamente.

Ya sea que esté pasando por la Inscripción Abierta o comenzando a trabajar con la Ciudad de Tempe como nuevo empleado, se le pedirá que seleccione los beneficios de su elección y se inscriba en un plan patrocinado por la Ciudad. Esta Guía de Beneficios demostrará ser una herramienta invaluable que lo ayudará a tomar las mejores decisiones para usted y su familia.

Healthy Me En Tempe - Información del Programa de Bienestar

Healthy Me In Tempe, puede ayudarlo a alcanzar sus objetivos de bienestar y ser la mejor versión de usted. La plataforma Healthy Me In Tempe se puede personalizar para que coincida con sus objetivos. Si gana 100 puntos entre el 1 de mayo de 2025 y el 30 de abril de 2026, entonces calificará para una reducción del cheque de pago en su prima de salud para el año del plan de beneficios, del 1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2027. ¡Puedes ganar 200 puntos para recibir una tarjeta de regalo de $100!

POR QUÉ ES IMPORTANTE EL BIENESTAR

Más del 50% de los gastos de nuestro plan médico están relacionados con el estilo de vida. Si cada uno de nosotros puede mejorar su estilo de vida y tratar de romper algunos de esos hábitos poco saludables, nuestra propia salud y bienestar se fortalecen. La iniciativa de bienestar de la Ciudad también ayudará a reducir el costo del plan de salud. Tempe está a la vanguardia en el tipo de programa de bienestar que hemos implementado en los últimos años, y queremos continuar ofreciendo incentivos y programas que lo alienten a hacer ejercicio, comer mejor, dejar hábitos poco saludables y mejorar su salud.

¿NUEVAS IDEAS?

El Programa de Bienestar es supervisado por el Comité de Bienestar de los Empleados. Por favor, comparta sus ideas sobre mejoras o adiciones al programa con su Comité.

Para optar por no participar en el plan médico de la ciudad

Si usted es un empleado elegible para beneficios de tiempo completo o medio tiempo y desea optar por no participar en la cobertura de seguro de salud ofrecida por la Ciudad, se le agregará un estipendio mensual de $100 (FTE) o $50 (PTE) a su cheque de pago. Para recibir el estipendio, debe completar la Solicitud de Exención de Seguro Médico y devolverla a Recursos Humanos. Si no completa este formulario anualmente, no recibirá el dinero del estipendio.

Si opta por no participar porque está cubierto por otro plan médico grupal y pierde la elegibilidad bajo ese otro plan, tiene 30 días para inscribirse en una de las opciones de planes médicos de la Ciudad. **Comuníquese con HR Benefits al 480-350-8700 para obtener más información.**

Términos Que Debe Conocer

Muerte accidental y desmembramiento(AD&D) – Un tipo de póliza de seguro de vida que proporciona beneficios a los beneficiarios en caso de una pérdida debido a una muerte accidental o desmembramiento.

Coaseguro – La división de la cantidad permitida a ser pagada por el plan de beneficios y el paciente. Por ejemplo, 90/10 significa que el plan pagará el 90% de la cantidad permitida y el paciente es responsable del 10% (después de que se satisfaga el deducible).

Copago – Los honorarios fijos, como se muestra en el resumen de beneficios médicos, que generalmente se pagan al proveedor en el momento en que se brindan los servicios..

Días – Días naturales; no períodos de 24 horas, a menos que se indique expresamente lo contrario.

Deductible – Dependiendo del plan en el que se inscriba, es posible que deba pagar el 100% de sus gastos médicos cubiertos cada año del plan, hasta un límite de dólares. Este límite se denomina deducible. Los planes PPO tienen un deducible individual y familiar.

Dependiente – Una persona de la familia del empleado que está inscrita como participante cubierta por el Plan. Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad de dependientes para ser elegible.

Pareja de hecho – Una persona del mismo sexo o del sexo opuesto con la que reside, siempre que usted y esa persona hayan firmado conjuntamente una declaración jurada de pareja de hecho proporcionada por el Departamento de Recursos Humanos a su solicitud. Los beneficios pagados en nombre de la pareja de hecho se consideran ingresos imponibles.

Cuentas de gastos flexibles(FSA) – Permite a los participantes pagar ciertos gastos médicos y/o de cuidado de dependientes antes de impuestos

Período de Inscripción Abierta – El período de tiempo establecido por la Ciudad como el momento en que los Participantes y sus Dependientes pueden inscribirse para la cobertura. El Período de Inscripción Abierta ocurre al menos una vez cada año del plan.

Desembolso máximo – Para protegerlo a usted y a su familia de gastos médicos catastróficos, los planes PPO tienen límites en cuanto a cuánto paga de su bolsillo por la mayoría de los servicios médicos cubiertos en un año. A esto se le llama desembolso máximo. Una vez que los montos del deducible, copago y coseguro que pague por los gastos cubiertos alcancen el máximo de gastos de bolsillo individual/familiar, los planes cubrirán el 100% de los gastos cubiertos restantes en los que usted o su familia incurran durante ese año del plan.

Año del plan – El período de 12 meses que comienza a las 12:01 a.m. del primer día del período inicial (1 de julio) o cualquier período de renovación y finaliza a la medianoche de ese período. (30 de junio)

Organización de Proveedores Preferidos (PPO) - Una red de proveedores médicos o grupos de proveedores de atención médica que han celebrado acuerdos por escrito con una aseguradora para proporcionar seguro de salud a los participantes. Los participantes pueden ahorrar dinero aprovechando las tarifas con descuento y los beneficios más completos con los proveedores de la red. El plan de salud de la ciudad de Tempe utiliza Cigna como la red PPO para todas las opciones de planes.

Deducciones antes de impuestos – Las deducciones que se toman de su cheque de pago por los beneficios que seleccione antes de que se calculen los impuestos federales, estatales y FICA. Por lo tanto, su ingreso imponible es más bajo y paga menos impuestos sobre la renta.

Médico de Atención Primaria (PCP) – Médico que practica medicina general, medicina familiar, medicina interna o pediatría que, a través de un acuerdo con el plan de salud, le brinda servicios básicos de atención médica si usted lo ha elegido como su médico de atención primaria. Su PCP también organiza servicios especializados para usted.

Autorización previa – Para servicios quirúrgicos planificados previamente y estadías en el hospital, se recomienda encarecidamente llamar a Allegiance/CIGNA para recibir notificaciones de los próximos servicios. Esto permite a Allegiance/CIGNA trabajar con proveedores y hospitales para garantizar que se lleve a cabo la atención y la facturación adecuadas. La falta de autorización previa para estos servicios puede resultar en una reducción de los beneficios pagados.

Sus Opciones De Plan Médico

Durante el año del plan 2025-2026, la Ciudad de Tempe ofrecerá dos (2) opciones de planes médicos:

- **Opción de plan alto**
- **Opción de Plan Básico**

Ambas opciones utilizan la red nacional de Acceso Abierto de CIGNA; Tendrá acceso a una gran cantidad de proveedores en todo el país. Solo el condado de Maricopa tiene aproximadamente 2,130 médicos de atención primaria y 6,200 especialistas.

En el condado de Maricopa, también tienes acceso a Cigna Medical Group (CMG) en la red. CMG es uno de los consultorios grupales primarios y de múltiples especialidades más grandes del Valle. Operando en el área metropolitana de Phoenix durante 45 años, CMG es una práctica médica galardonada con más de 120 proveedores de atención primaria y especializada que ejercen en 20 ubicaciones. CMG brinda atención médica de alta calidad y sin complicaciones de médicos amigables y muchos servicios adicionales; desde laboratorio e imágenes digitales hasta atención de urgencia y farmacia, a menudo disponibles bajo un mismo techo.

Consulte la información de contacto (página 4) y las instrucciones en línea si necesita verificar la participación de su proveedor o localizar un médico/hospital en su área.

Allegiance Benefit Plan Management, Inc. (una subsidiaria de CIGNA) continuará sirviendo como Administrador Externo (TPA) de la Ciudad de Tempe para los planes médicos. Su atención médica es la primera prioridad de Allegiance y trabajan arduamente para asegurarse de que tenga acceso a todo lo que necesita para ser un participante activo en su plan de beneficios. Los servicios en línea de Allegiance, la búsqueda de reclamaciones, la póliza y los listados de la red de proveedores para ayudarlo a obtener la información para que pueda concentrarse en obtener y mantenerse saludable. Visite estos recursos en línea en askallegiance.com. Además, un equipo de Servicio al Cliente amigable y dedicado está disponible para analizar cualquiera de sus preguntas sobre el plan de beneficios o el pago de reclamaciones. Llame a un representante de lunes a viernes de 7 a.m. a 6 p.m., hora estándar de la montaña, al:**1-800-259-2296**.

La Opción de Plan Alto y la Opción de Plan Básico brindan cobertura médica integral. Usted tiene la libertad de recibir atención de cualquier proveedor que elija, bajo cualquier plan, sin consultar primero a un médico de atención primaria (PCP). Tenga en cuenta que cuando recibe atención de un proveedor participante dentro de la red, obtiene servicios a tarifas con descuento y no tiene que presentar formularios de reclamación.

En la página 9 se proporciona una tabla comparativa de beneficios. Revise cuidadosamente los diseños de los planes y piense en sus necesidades de atención médica. Por ejemplo, ¿qué tipo de gastos prevé en 2025-2026? ¿Serán en su mayoría preventivos y rutinarios? O, con base en lo que sabe de su salud y la de su familia, ¿es más probable que necesite más atención médica?

Responder a estas preguntas le ayudará a determinar qué plan satisface sus necesidades y las de su familia.

El monto de su copago/coseguro dependerá de si recibe o no tratamiento de un proveedor de la red. Los proveedores de la red han acordado ofrecer sus servicios a precios reducidos. No se le facturará el saldo de ningún monto que exceda los montos de reembolso negociados.

NOTA ESPECIAL: Los centros dentro de la red (como los hospitales) pueden tener proveedores que brindan servicios que no están contratados con la red de Cigna/Allegiance. Depende de usted comprobar si sus proveedores están contratados con la red.

Buscar un proveedor

La búsqueda de su proveedor se puede hacer en línea askallegiance.com siguiendo las instrucciones a continuación:

- Vete a askallegiance.com
- Haga clic en el botón **"Find a Provider"** enlace
- Introduzca el número de grupo 2001010 y su identificación de miembro desde el frente de su tarjeta de identificación. Su ID de miembro comenzará con 779. Haga clic en el botón **"Accept"** para el Descargo de responsabilidad y haga clic en **"Submit"**
- Si no tiene un ID de miembro, simplemente haga clic en el botón **"Accept"** para el descargo de responsabilidad y haga clic en **"Submit"**
- En el lado izquierdo, haga clic en "**Cigna**" y luego revise cómo hacer una búsqueda. Clic**"Continue to Cigna provider Search page"**
- Como se indica en las instrucciones de búsqueda, deberá seleccionar su plan, que se indica en el anverso de su tarjeta de identificación. Su grupo utiliza el método ***Open Access Plus, OA plus, Choice Fund OA Plus*** plan. Complete sus criterios de búsqueda y haga clic en **"Search"**
- Los resultados aparecerán directamente en la pantalla. Tienes la opción de Imprimir/Guardar tus resultados.

También puede ponerse en contacto con su equipo de servicio al cliente en Allegiance por teléfono en**1-800-259-2296**. Si descubre que su proveedor no está representado, no dude en invitarlo a comunicarse con CIGNA al **1-888-663-8081** para desarrollar un contrato.

Resumen De Las Ventajas Médicas

cigna healthcare℠ Allegiance℠ by Cigna Healthcare

Plan De Salud	Opción Alta		Opción Básica	
MÉDICO	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red
Deducible Anual	$400/individual $800/familia	$800/individual $1,600/familia	$750/individual $1,500/familia	$1,500/individual $3,000/familia
Annual Gastos De Bolsillo Máximo	$2,750/individual $5,500/familia	$5,250/individual $10,500/familia	$4,250/individual $8,500/familia	$6,500/individual $13,000/familia
Copago Anual Máximo	N/A	N/A	N/A	N/A
Visita Al Medico (Primaria /Especialista)	$20/$35 Copago	*El plan cubre el 70%	$25/$40 Copago	*El plan cubre el 60%
Copago De Consulta De Salud De Recuro	$10	N/A	$10	N/A
Laboratorio/Radiografías*	El plan cubre el 90%	El plan cubre el 70%	El plan cubre el 80%	El plan cubre el 60%
Atención De Urgencia	$50 Copago	*El plan cubre el 70%	$75 Copago	*El plan cubre el 60%
Sala De Emergencias	$150 Copago	$150 Copago	$175 Copago	$175 Copago
In/Outpatient Servicios Hospitalarios (incl. Cirujano, laboratorio y rayos X)*	El plan cubre el 90% (Pre-certificación Muy recomendable para pacientes hospitalizados)	El plan cubre el 70% (Pre-certificación Muy recomendable para pacientes hospitalizados)	Copago de $100, luego el plan cubre el 80% (Pre-certificación Muy recomendable para pacientes hospitalizados)	Copago de $100, luego el plan cubre el 60% (Pre-certificación Muy recomendable para pacientes hospitalizados)
Cirugía Ambulatoria*	El plan cubre el 90%	El plan cubre el 70%	Copago de $50, luego el plan cubre el 80%	Copago de $50, luego el plan cubre el 60%
Fisioterapia	$20 Copago	El plan cubre el 70%	$25 Copago	El plan cubre el 60%
Quiropráctica	$35 Copago	*El plan cubre el 70%	$40 Copago	*El plan cubre el 60%
Cuidado De Niños Sanos / Vacunas[1]	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 70%	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 60%
Cuidado De Adultos Sanos[2]	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 70%	El plan cubre el 100%	El plan cubre el 60%
Vacunas Contra La Alergia*	El plan cubre el 90%	El plan cubre el 70%	El plan cubre el 80%	El plan cubre el 60%
	En la red	Fuera de la red	En la red	Fuera de la red
Venta Al Por Menor (Suministro de hasta 30 días)	Genérico: $5 Preferible: 15% coaseguro y/ $15 mín / $45 max No preferido:30% coaseguro y/ $30 mín/ $65 max	El plan cubre el 70%	Genérico: $5 Preferible: 20% coaseguro y/ $20 mín / $50 max No preferido:35% coaseguro w/ $35 mín/ $70 max	El plan cubre el 60%
Venta Por Correo (Suministro de hasta 100 días)[3]	Genérico: $10 Preferible: 15% coaseguro y/ $30 mín/$90 max No preferido:30% coaseguro y/ $60 mín/n$130 max	No cubierto	Genérico: $10 Preferible: 20% coaseguro y/ $40 mín/$100 max No preferido:35% coaseguro y/ $70 mín/$140 max	No cubierto

*Sujeto a deducible

1. El copago de la visita al consultorio no se aplicará cuando la inmunización sea el único servicio proporcionado
2. No todos los procedimientos se consideran preventivos y están cubiertos al 100%: consulte con Allegiance o con su proveedor para saber qué cubre la atención preventiva o de bienestar para adultos. Una colonoscopia de rutina se incluye en Adult Well Care

Express Scripts
By EVERNORTH

Programa de Medicamentos Recetados

Cuando elige la cobertura médica bajo cualquiera de las opciones de planes médicos de la Ciudad, automáticamente recibe beneficios de medicamentos recetados. Los servicios de la red de farmacias son proporcionados por Express Scripts. El costo de los medicamentos recetados para el participante varía según la opción del plan según el nivel de medicamento. **Nota: Los copagos de medicamentos recetados se acumulan hasta el desembolso máximo médico.**

PROGRAMA DE VENTA AL POR MENOR

Con Express Scripts, tienes acceso a una red de casi 60,000 farmacias minoristas en todo el país donde puedes surtir tus recetas para un suministro de medicamentos a corto plazo de 30 días. La cantidad que deberá pagar por el costo de su medicamento dependerá de si la receta está surtida con medicamentos genéricos, preferidos o no preferidos, como se muestra en la tabla de la página 9. Puede localizar las farmacias participantes y consultar la lista del formulario de Express Scripts en línea en cualquier momento en express-scripts.com

Plan de medicamentos recetados: ejemplo de cómo funciona

Los gastos de bolsillo del participante para el plan de medicamentos recetados a través de Express Scripts se basan en una fórmula de coseguro en lugar de un copago directo. He aquí un ejemplo:
Opción básica:
Diseño del plan (marca preferida) = 20% de coseguro con $20 (mínimo)/$50 (máximo)
Precio del medicamento (Medicamento preferido): $400
20% de coseguro $80
Costo del participante: $50
En lugar de $80, el costo del participante se limita a $50 según el diseño del plan, siendo $50 el costo máximo para una marca preferida.

PROGRAMA DE PEDIDOS POR CORREO

Con Express Scripts, también tendrá un servicio de correo conveniente. Los participantes pueden surtir una receta inicial en una farmacia minorista y luego recibir dos reabastecimientos. El programa de medicamentos por correo está destinado a ahorrarle tiempo y dinero cuando solicita un suministro de hasta 90 días de cualquier medicamento de mantenimiento (por ejemplo, para problemas de salud continuos como la presión arterial alta). Con el programa de venta por correo:

- Ahorre dinero pagando un copago más bajo, en comparación con los costos minoristas de su medicamento de mantenimiento. Recibe un suministro de medicamentos para hasta 90 días por un costo de dos meses.
- Ahorre tiempo al tener la comodidad de la entrega a domicilio.

La primera vez que utilice el programa de pedidos por correo; Querrá pedirle a su médico que le escriba una receta para 30 días (para usar mientras se procesa su receta de pedido por correo) y una receta de 90 o 100 días con tres resurtidos para enviar con su formulario de pedido por correo. Los formularios de pedido por correo están disponibles a través de express-scripts.com.

Su Plan De Vision

La cobertura de la vista se proporciona como parte de su paquete de beneficios de salud a través de Avesis. Según el plan, puede buscar atención de cualquier optometrista, oftalmólogo u óptico dispensador autorizado. Sin embargo, el plan paga más cuando se utiliza un proveedor de Avesis.

- Un examen completo de la vista: una vez por año
- Copagos de $10 para el examen
- Copagos de $10 por materiales (lentes)
- Lentes monofocales, bifocales, trifocales y lenticulares estándar cubiertos en su totalidad una vez por año del plan después del copago. **El policarbonato para jóvenes y adultos está cubierto en su totalidad**; y precios preferenciales en otras opciones de lentes. **Los recubrimientos resistentes a los arañazos y antirreflectantes están cubiertos en su totalidad después del copago**; y
- Marcos: cubiertos en su totalidad hasta una asignación minorista de $200) por año del plan; o
- Lentes de contacto electivos: una vez por año del plan (en lugar de lentes de montura y anteojos) Avesis proporcionará una asignación de **$200** hacia el costo de los lentes de contacto electivos. La asignación debe usarse de una sola vez.
- Lentes de contacto médicamente necesarios: uno por año del plan (en lugar de todos los demás lentes). Los lentes de contacto médicamente necesarios obtenidos de un médico de la red estarán cubiertos en su totalidad con la autorización previa de Avesis. Cuando se obtienen de un médico fuera de la red, Avesis proporcionará una asignación (hasta $250) para el costo. La cobertura de los lentes de contacto médicamente necesarios, independientemente de si se obtienen de un médico dentro o fuera de la red, está sujeta a revisión y autorización de Avesis; o
- Cirugía refractiva con láser: asignación única o de por vida de $ 150 y hasta un 25% de descuento en los precios de los proveedores de Avesis.
- Los participantes recibieron precios con descuento en pares de anteojos adicionales de la mayoría de los proveedores una vez que se agotaron sus beneficios.
- Programa de tarifas de reembolso fuera de la red.

Esta es una breve descripción de los beneficios de la vista proporcionados. Consulte el Resumen de beneficios de la vista para obtener una lista completa de los servicios cubiertos. Para obtener más información, comuníquese con HR Benefits al **480-350-8700.

**Las ubicaciones participantes de Walmart/Sam's Club cubren marcos de hasta $82, Costco hasta $119.99.
Para localizar un proveedor participante de Avisis, llame al **1-800-828-9341** o visite el sitio web en avesis.com.

avēsis

Sus Beneficios Dentales

La Ciudad ofrece tres planes dentales: **CIGNA PPO High Option, Cigna PPO Low Option, y CIGNA DHMO**

De acuerdo con la Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO, por sus siglas en inglés) de Cigna, debes seleccionar y usar uno de los dentistas de la red DHMO de Cigna para recibir los beneficios. Su dentista también es responsable de hacer cualquier derivación a especialistas. El monto que paga por los servicios se muestra en el Programa de cargos para pacientes que se encuentra en el sitio web de Tempe Dental Plans.

¿Qué plan es el mejor para ti?	
DHMO	**DPPO**
✓ También conocida como Red de Acceso a la Atención Dental ✓ No hay un año calendario anual máximo ✓ Sin deducibles ✓ Limpiezas preventivas con poco o ningún costo ✓ Usted elige un dentista de atención primaria en la red de DHMO donde puede recibir toda su atención ✓ Cobertura de ortodoncia para niños Y adultos como se indica en el programa de cargos del paciente	✓ Máximo Anual ✓ Sujeto al deducible del plan ✓ Limpiezas preventivas con poco o ningún costo ✓ Puede optar por usar cualquier dentista con licencia, pero obtenga mayores ahorros si usa un dentista de la red dental de Cigna ✓ Puede consultar a un especialista sin necesidad de una derivación ✓ Cobertura de ortodoncia para niños y adultos

La opción PPO de Cigna te da la libertad de elegir cualquier dentista en cualquier momento. Tus beneficios son mayores si acudes a uno de los dentistas PPO de Cigna. Nota: No recibirás una tarjeta dental personalizada en los planes PPO de Cigna; puedes descargar la aplicación móvil myCigna para obtener la tarjeta de identificación. A continuación, se presentan los aspectos más destacados de cada plan dental PPO de CIGNA:

	CIGNA Opción Alta	CIGNA Opción Baja
Plan (1 de julio – 30 de junio) Año Deducible* ($50 por persona, hasta $150 por familia)	$50 Individual $150 Familia (No aplica para ningún servicio preventivo)	$50 Individual $150 Familia (No se aplica a ningún servicio preventivo)
Servicios Preventivos: Exámenes Bucales De Rutina, Limpieza, Flúor Para Niños, Selladores Para Niños De Hasta 19 Años, Mantenedores/Accesorios De Espacio, Radiografías; Aleta De Mordida Y Boca Llena, Tratamiento De Emergencia	Dentro de la red: 100%, (sin deducible) Fuera de la red: 100% (sin deducible)	Dentro de la red: 80%, (sin deducible) Fuera de la red: 80%, (sin deducible)
Servicios Básicos: Empastes (incluye restauraciones de composite: empastes blancos en los dientes frontales y posteriores), Endodoncia, Cirugía Oral / Extracciones, Periodoncia, Reparación / Rebase / Cambio De Revestimiento, Anestésicos Generales, Raspado De Rutina	Dentro de la red: 80% Fuera de la red: 60%	Dentro de la red: 60% Fuera de la red: 60%
Servicios Principales: Coronas/Restauraciones De Oro, Dentaduras Postizas (completas/parciales), Puentes Fijos, Prótesis Sobre Implantes	Dentro de la red: 60% Fuera de la red: 60%	Dentro de la red: 50% Fuera de la red: 50%
Servicios De Ortodoncia – Adultos Y Niños(s)	Dentro de la red: 50% Fuera de la red: 50%	Dentro de la red: 50% Fuera de la red: 50%
Implantes	Dentro de la red: 60% Fuera de la red: 60%	Dentro de la red: 50% Fuera de la red: 50%
Beneficio Máximo Del Año Del Plan* (por persona, no incluye ortodoncia ni servicios preventivos de clase 1).	$1,500 (dentro de la red y Combinado fuera de la red)	$1,500 (dentro de la red y Combinado fuera de la red)
Beneficio Máximo De Ortodoncia De Por Vida (por persona)	$2,000 (dentro de la red y Combinado fuera de la red)	$1,000 (dentro de la red y Combinado fuera de la red)

***El deducible, el beneficio anual máximo y todos los límites del plan anual se ejecutan en un año del plan de julio a junio** *Esta información se proporciona únicamente con fines destacados. Al igual que la mayoría de las pólizas de seguro dental, los planes dentales de CIGNA contienen ciertas exclusiones, reducciones, limitaciones y términos. Cualquier discrepancia, error u omisión entre la información de esta hoja y los documentos oficiales del plan siempre se regirá por los documentos del plan, incluida la Política Maestra del Grupo y el Folleto-Certificado.*

Sus Deducciones De Nómina: Médicas Y De La Vista

TARIFAS DEL PLAN MÉDICO - empleados que trabajan más de 30 horas por semana				
	Premium quincenal *No bienestar* Contribución de la ciudad	*Premium quincenal* *No bienestar* Contribución de los empleados	*Premium quincenal* *Bienestar* Contribución de la ciudad	*Premium quincenal* *Bienestar* Contribución de los empleados
Opción alta				
Empleado	$396.03	$93.82	$396.03	$66.72
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$676.62	$299.09	$676.62	$271.99
Empleado + Niño(s)	$581.38	$232.38	$581.38	$205.28
Empleado + Familia	$826.28	$403.96	$826.28	$376.86
Opción Básica				
Empleado	$396.03	$27.10	$396.03	$0.00
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$676.62	$147.36	$676.62	$120.26
Empleado + Niño(s)	$581.38	$106.54	$581.38	$79.44
Empleado + Familia	$826.28	$211.49	$826.28	$184.39

TARIFAS DEL PLAN MÉDICO - empleados que trabajan de 20 a 29 horas por semana				
	Premium quincenal *No bienestar* Contribución de la ciudad	*Premium quincenal* *No bienestar* Contribución de los empleados	*Premium quincenal* *Bienestar* Contribución de la ciudad	*Premium quincenal* *Bienestar* Contribución de los empleados
Opción alta				
Empleado	$297.02	$192.83	$297.02	$165.73
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$507.47	$468.25	$507.47	$441.15
Empleado + Niño(s)	$436.04	$377.73	$436.04	$350.63
Empleado + Familia	$619.71	$610.53	$619.71	$583.43
Opción Básica				
Empleado	$297.02	$126.11	$297.02	$99.01
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$507.47	$316.51	$507.47	$289.41
Empleado + Niño(s)	$436.04	$251.89	$436.04	$224.78
Empleado + Familia	$619.71	$418.06	$619.71	$390.96

TARIFAS DEL PLAN DE VISIÓN - Empleados que trabajan 40 horas a la semana		
	Quincenal Contribución de la ciudad	**QUINCENAL** Contribución de los empleados
Avesis		
Empleado	$3.68	$0.00
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$6.02	$1.00
Empleado + Niño(s)	$6.42	$1.17
Empleado + Familia	$7.92	$1.82

TARIFAS DEL PLAN DE VISIÓN - empleados que trabajan de 20 a 39 horas por semana		
	Quincenal Contribución de la ciudad	**QUINCENAL** Contribución de los empleados
Avesis		
Empleado	$2.76	$0.92
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$4.51	$2.50
Empleado + Niño(s)	$4.81	$2.78
Empleado + Familia	$5.94	$3.80

Sus Deducciones De Nómina – Dental

PLANES DENTALES – Empleados que trabajan 40 horas a la semana		
	Contribución quincenal de la ciudad	**QUINCENAL* Contribución de los empleados*
Plan Alto de CIGNA		
Empleado	$14.23	$7.98
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$23.19	$19.00
Empleado + Niño(s)	$25.19	$21.46
Empleado + Familia	$35.44	$34.07
Plan Bajo de CIGNA		
Empleado	$14.23	$0.00
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$23.19	$3.84
Empleado + Niño(s)	$25.19	$4.70
Empleado + Familia	$35.44	$9.09
CIGNA DMO Plan		
Empleado	$7.52	$0.00
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$10.31	$1.20
Empleado + Niño(s)	$12.33	$2.06
Empleado + Familia	$18.69	$4.79

TARIFAS DEL PLAN DENTAL - Empleados que trabajan de 20 a 39 horas por semana		
	Contribución quincenal de la ciudad	**QUINCENAL* Contribución de los empleados*
Plan Alto de CIGNA		
Empleado	$10.67	$11.54
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$17.39	$24.80
Empleado + Niño(s)	$18.89	$27.76
Empleado + Familia	$26.58	$42.93
Plan Bajo de CIGNA		
Empleado	$10.67	$3.56
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$17.39	$9.64
Empleado + Niño(s)	$18.89	$11.00
Empleado + Familia	$26.58	$17.95
CIGNA DMO Plan		
Empleado	$5.64	$1.88
Empleado + Cónyuge/Pareja de hecho	$7.73	$3.78
Empleado + Niño(s)	$9.24	$5.14
Empleado + Familia	$14.02	$9.46

Tempe

Allegiance by Cigna Healthcare

RECURO HEALTH

- Pediatría de
- Atención Primaria
- Atención de urgencia

customerservice@recurohealth.com | 855.6RECURO | Escanee el código QR para descargar

Fácil, Conveniente, Asequible

Acceso 24/7/365 a la Junta Directiva de EE. UU.

Médicos Certificados, Licenciados por el Estado

- Teléfono Llamar
- Portal en línea
- Aplicación móvil

Atención médica que tiene sentido

Tipo de visita	Costo promedio
Atención Primaria	$100
Urgencia Sala de	$150
Urgencias	$1400
RECURO HEALTH	$10

Encuesta del Panel de Gastos Médicos 2013 / MEPS

Afecciones comunes tratadas

- Reflujo ácido
- Alergias
- Asma
- Náuseas
- Bronquitis
- Resfriado y gripe
- Infecciones
- Infección de la vejiga
- Erupciones
- Sinus Conditions
- Dolor de garganta
- Afecciones de la tiroides
- Infecciones urinarias
- Y más…

Llamar 1-855-6RECURO

Visitar recurohealth.com

Renuncia: Los servicios de Recuro son solo para condiciones que no son de emergencia. Recuro no reemplaza al médico de atención primaria, los servicios no se consideran un seguro o un plan de salud calificado según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Los médicos de Recuro no recetan sustancias controladas por la DEA (anexo I-IV) y no garantizan que se emitirá una receta. Para obtener información completa y actualizada, visite recurohealth.com

Optavise

La vida puede **ser dura.**

¡Su Advocate de Optavise puede facilitar algunas cosas!

Su Advocate puede actuar como su asistente personal para cualquier beneficio o necesidad de atención médica, incluyendo:

- Contactar a su proveedor o aseguradora para obtener respuestas a sus preguntas
- Encontrar formas de ahorrar dinero en sus costos de atención médica, incluida la comparación de costos de pruebas y procedimientos
- Revisar facturas médicas en busca de errores
- Apelación de reclamaciones denegadas
- Programar citas, transferir registros y responder sus preguntas sobre atención médica

Permítanos ahorrarle un tiempo valioso y ayudarle a evitar la frustración al tratar con el sistema de atención médica.

Obtenga recompensas por seleccionar una opción de menor costo para pruebas y procedimientos. Llámenos para más detalles.

GRATIS Y CONFIDENCIAL

Su apoyo de Advocacy

Su Advocate puede ahorrarle tiempo, dinero y frustraciones:

- Contestando sus preguntas
- Maximizando sus beneficios
- Navegando por el sistema

(866) 253-2273

advocate@optavise.com

Lun - Vie: 7 a.m. – 8 p.m. CST

Sábado: 8 a.m. – 1 p.m. CST (octubre y noviembre)

Comience un chat con un Advocate y encuentre toda la información sobre sus bene icios en:

tempe.optavisemember.com

Recursos para el bienestar emocional y para compaginar la vida laboral y familiar a fin de sacar la mejor versión de sí mismo

SupportLinc ofrece orientación experta para ayudarlo a usted y a su familia a abordar y resolver problemas cotidianos

Asistencia inmediata

Póngase en contacto telefónico con un médico titulado disponible 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año cuando solicite ayuda.

Asesoramiento a corto plazo

Acceso gratuito a sesiones de asesoramiento en persona o virtualmente (vídeo) para resolver inquietudes emocionales, como el estrés, la ansiedad, la depresión, el agotamiento o el consumo de sustancias.

Orientación

Obtenga asistencia por parte de un orientador para darle un impulso a su estado emocional, aprender hábitos saludables, establecer rutinas nuevas, desarrollar su resiliencia y mucho más.

Ventajas para compaginar la vida laboral y familiar

Obtenga consultas de expertos para cuestiones financieras y jurídicas. Los especialistas en conciliación de la vida laboral y familiar también facilitan referencias para las necesidades cotidianas, como el cuidado de niños o ancianos, mascotas, mejoras en el hogar o reparación de vehículos.

Confidencialidad

Las estrictas normas de confidencialidad garantizan que nadie sabrá que ha accedido al programa sin su permiso por escrito, salvo que lo exija la ley.

Su portal web y aplicación móvil

- Cree un perfil personal para acceder rápidamente a servicios de asistencia y un médico titulado.
- Reciba recomendaciones y opciones de atención según sus necesidades específicas.
- Comuníquese con un orientador a través de mensajes de texto.
- Asista a sesiones anónimas de grupo sobre varios temas.
- Refuerce su salud mental y bienestar a su propio ritmo con terapia digital autoguiada.
- Descubra cursos Flash, autoevaluaciones, calculadoras financieras, recursos profesionales, artículos, hojas de consejos y vídeos.

Comience con el Mental Health Navigator

Deje de lado las suposiciones sobre su estado emocional. Visite su portal web o aplicación móvil para completar la breve evaluación de Mental Health Navigator. Inmediatamente, recibirá orientación personalizada para acceder a atención y apoyo.

supportlinc FIRST RESPONDERS

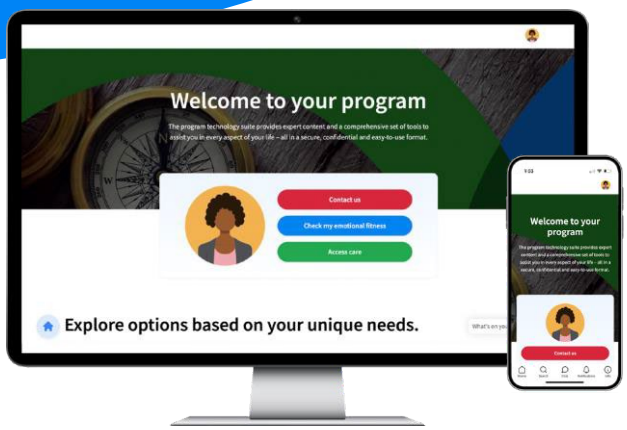
¡Descarga la aplicación móvil hoy mismo!

(888) 491-6659

supportlinc.com
Código de grupo: **cityoftempe911**

Recursos de bienestar emocional y equilibrio entre el trabajo y la vida personal para mantenerte en tu mejor momento

SupportLinc Primeros respondedores ofrece orientación experta para ayudar a los socorristas a abordar y resolver factores estresantes únicos y significativos y problemas cotidianos



Soporte en el momento

Comuníquese con médicos con licencia con capacitación en trauma por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año cuando llame para solicitar ayuda para resolver preocupaciones emocionales como estrés, decisiones de vida o muerte, largas horas, entornos de alta presión y desafíos emocionales relacionados con la seguridad personal y situaciones traumáticas.

A corto plazo Asesoramiento

Acceda a sesiones de asesoramiento presenciales o virtuales (por video) sin costo para resolver preocupaciones emocionales como el estrés, la ansiedad, la depresión, el agotamiento o el consumo de sustancias. Referencias a proveedores con especialidad en TEPT y experiencia con socorristas.

Coaching

Obtén ayuda de un Coach para mejorar tu estado emocional físico, aprender hábitos saludables, establecer nuevas rutinas, desarrollar tu resiliencia y mucho más.

Vida laboral Beneficios

Reciba consultas de expertos para asuntos financieros y legales. Los especialistas en vida laboral también brindan referencias de conveniencia para necesidades cotidianas, como el cuidado de niños o ancianos, cuidado de mascotas, mejoras para el hogar o reparación de automóviles.

Confidencialidad

Las estrictas normas de confidencialidad garantizan que nadie sabrá que ha accedido al programa sin su permiso por escrito, excepto según lo exija la ley.

Tu portal web y móvil aplicación

- Cree un perfil personal para acceder rápidamente a la asistencia de un médico con licencia
- Complete la breve evaluación del Navegador de Salud Mental y reciba al instante orientación personalizada para acceder a la atención y el apoyo
- Recibir recomendaciones y opciones de atención
- en función de sus necesidades únicas
- Intercambiar mensajes de texto con un Coach
- Asista a sesiones de apoyo grupal anónimas en
- Una variedad de temas
- Fortalezca su salud mental y bienestar a su propio ritmo con la terapia digital autoguiada
- Descubre cursos flash, autoevaluaciones,
- Calculadoras financieras, recursos profesionales, artículos, hojas de consejos y videos

Explora Mindstream™

Un gimnasio para tu mente con sesiones en vivo y bajo demanda para ayudarte a fortalecer tus habilidades para la vida y tu salud emocional. Participe en las sesiones en cualquier momento y en cualquier lugar. Regrese diariamente para realizar un seguimiento del progreso y descubrir nuevos lanzamientos.

supportlinc FIRST RESPONDERS

¡Descarga la aplicación móvil hoy mismo!

(888) 491-6659

supportlinc.com
Código de grupo: **cityoftempe911**

Beneficios Pagados Por La Ciudad

Estos son los beneficios que reciben todos los empleados regulares de la Ciudad. La Ciudad paga el 100% del costo de estos beneficios:

SEGURO DE VIDA A TÉRMINO GRUPAL

Todos los empleados reciben una vez su salario anual en la cobertura de seguro de vida a término colectivo. Nota: Policía y Bomberos, por favor refiérase a su MOU.

SEGURO COLECTIVO DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Todos los empleados reciben una vez su salario anual en la cobertura de seguro grupal por Muerte Accidental y Desmembramiento. Esta póliza paga un beneficio en caso de que usted fallezca debido a un accidente. También paga un beneficio prorrateado en caso de un desmembramiento accidental.

SEGURO DE CERCANÍAS

Todos los empleados reciben $250,000 de cobertura por muerte debido a un accidente mientras viajan hacia y desde el trabajo.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

El seguro LTD se proporciona como una fuente de protección de ingresos. En caso de que quede discapacitado como resultado de una lesión o enfermedad, esta cobertura le proporcionará el 662/3% de su salario mensual bruto. Los beneficios de LTD comienzan después de los 90 días de incapacidad. Hay un período de espera de un año para los nuevos empleados.

SOLUCIONES PARA VIVIR BIEN

24 Horario de enfermería

La ciudad de Tempe le ofrece a usted y a los miembros de su familia un servicio de enfermería a través de Live Well Solutions. La línea de enfermería está disponible las 24 horas del día para brindar consejos de salud e información sobre usted y su familia. La línea de enfermería cuenta con personal de enfermería registrado que tiene un promedio de 20 años de experiencia y fomenta el autocuidado del paciente en áreas que incluyen:

- Tratamiento de afecciones comunes en el hogar
- Educación sobre las señales de advertencia que indican que se debe buscar atención médica
- Asesorarlo a usted o a un miembro de su familia sobre el manejo de una afección nueva o crónica
- Asesoramiento sobre hábitos saludables y reducción de riesgos (como dejar de fumar y controlar el peso)

Para acceder a los servicios de enfermería a través de Live Well Solutions, llame al: **1-866-220-3138**

HEALTH ADVOCATE

Optavise puede ayudarlo a encontrar un médico, problemas de reclamos y costos de procedimientos de investigación.
1-866-253-2273

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Usted tiene acceso a un Programa de Asistencia al Empleado (EAP). Bajo el EAP, usted y los miembros de su hogar pueden hablar con un consejero que puede ayudarlos con una variedad de problemas de la vida, tales como:

- Asuntos matrimoniales o familiares;
- Desafíos financieros o legales;
- Preocupaciones emocionales o relacionadas con el estrés;
- Control de drogas o alcohol.

Usted y los miembros de su familia reciben hasta ocho (8) visitas gratuitas por número y los servicios del EAP son confidenciales. Póngase en contacto con CuraLinc SupportLinc al 1-888-881-5462 o visite **supportlinc.com** Código de grupo: cityoftempe

Los Beneficios Pagados De La Ciudad Continuaron...

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE MATERNIDAD ALLEGIANCE

Nuestro plan de salud cuenta con un programa de manejo de maternidad para apoyarla y ayudarla a tener un embarazo saludable. El programa está diseñado para proporcionar información importante relacionada con el embarazo y material educativo, sin costo alguno para usted.

Tendrá una enfermera de maternidad personal que estará disponible para usted por teléfono o correo electrónico durante todo su embarazo. Su enfermera seguirá siendo un recurso para usted durante sus primeras semanas como madre primeriza. Regístrese dentro del primer trimestre de su embarazo, recibirá **a $150 gift card** Al finalizar el programa. Si te registras dentro del segundo trimestre, recibirás un **$75 gift card** Al finalizar el programa. Para obtener más información y registrarse hoy, llame a la enfermera de administración de atención de maternidad de Allegiance al **1-877-792-7827**, opción 1 o regístrese en línea en **www.askallegiance.com**.

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA LEALTAD

El equipo de administración de Allegiance Care identifica a las personas en riesgo que se beneficiarían de la administración de casos. A cada persona se le asigna un administrador de casos que trabaja con la persona hasta que se resuelve el caso. El enfoque de la enfermera es uno de asociación con el miembro, el proveedor, el centro y el patrocinador del plan.

Uno de los aspectos únicos de nuestro servicio de administración de casos es que Allegiance Care Management dedica un gran esfuerzo, no solo a la gestión de las necesidades médicas de los miembros individuales, sino también a la gestión del riesgo financiero que existe para los grupos a los que sirven. Para más información llame al**1-877- 792-7827.**

GESTIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL CUIDADO DE LA LEALTAD

El equipo de Administración de Utilización de Allegiance Care revisa el historial médico del paciente y evalúa la idoneidad de la atención propuesta. Su revisión detallada y el uso de criterios reconocidos a nivel nacional por Milliman USA, promueven el ahorro de costos al evaluar la idoneidad, la necesidad médica y la eficiencia de los servicios, procedimientos e instalaciones de atención médica. Cada revisión también es una oportunidad para identificar a las personas de alto riesgo que pueden beneficiarse de la gestión de casos. Para más información llame al**1-877- 792-7827.**

Vida Voluntaria y AD&D

Le animamos a que consulte los beneficios voluntarios que ofrece la Ciudad a través de la conveniente deducción de nómina.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO

Usted y su cónyuge/pareja de hecho pueden elegir un seguro de vida adicional por montos de $20,000 a $500,000. Puede cubrir a sus hijos por $5,000 o $10,000. Se requiere evidencia de buena salud para montos superiores a $200,000 o si se inscribe fuera de su elegibilidad inicial. Las deducciones se toman una vez al mes, en el 2º cheque de pago del mes.

VOLUNTARIO AD&D

Puede elegir cobertura adicional de AD&D para usted y los miembros de su familia en montos desde $25,000 hasta $500,000. Inscríbete en cualquier momento. No se requiere evidencia de buena salud.

Oportunidades Para Ahorrar Dinero

La ciudad también le ofrece varias oportunidades para ahorrar dinero. Puede pagar los gastos elegibles de atención médica y cuidado de dependientes con dólares antes de impuestos a través de dos Cuentas de Gastos Flexibles ofrecidas por la Ciudad:

SALUD FSA

Antes del inicio de cada año del Plan Flex, puede optar por usar dólares "antes de impuestos" para pagar sus gastos médicos de bolsillo. Los gastos dentales y de la vista también pueden ser reembolsados. Los gastos elegibles incluyen aquellos definidos por el Código del IRS, Sección 213(d).

El monto que elija le reembolsará los gastos elegibles en los que usted, su cónyuge y sus dependientes elegibles incurran durante el año del plan. El monto anual total que elija, desde una elección mínima de $130 hasta una elección máxima de $3,300, se puede usar en cualquier momento durante el año del plan. Todo lo que tiene que hacer es elegir la cantidad que desea retener antes de impuestos de cada cheque de pago. Debe volver a elegir este beneficio en la inscripción abierta cada año. Las contribuciones médicas no utilizadas de hasta $660 se pueden transferir para el próximo año del plan, pero debe volver a inscribirse para el nuevo año del plan con una elección mínima de $130 anuales.

CUIDADO DE DEPENDIENTESDCA

Si tanto usted como su cónyuge trabajan o son padres solteros, es posible que tengan gastos de cuidado de dependientes. También puede ser elegible para el Crédito Tributario Federal para el Cuidado de Niños, pero no para ambos. Por lo tanto, compare ambos antes de hacer su elección anual. Un dependiente que recibe cuidado debe vivir en su hogar al menos ocho (8) horas al día. Su Plan Flex le permite usar dólares "antes de impuestos" para pagar los gastos de cuidado de niños menores de 12 años, o personas que no pueden cuidar de sí mismos. El cuidado debe ser necesario para que usted y su cónyuge permanezcan con un empleo remunerado. El cuidado puede proporcionarse a través de cuidado interno, niñeras y centros de cuidado diurno autorizados. No puede usar dólares "antes de impuestos" para pagarle a su cónyuge o a uno de sus hijos menores de diecinueve (19) años por brindar cuidado. Los gastos de escolarización en el nivel de jardín de infantes y superior no son reembolsables. Ni el campamento nocturno ni la atención en un hogar de ancianos son reembolsables. El máximo que puede elegir, en un año calendario, es igual al menor de los siguientes:

- $5,000-casado y que presenta una declaración de impuestos federales conjuntamente o padre soltero;
- $2,500 casados y presentando una declaración de impuestos federales por separado; o los ingresos devengados de su cónyuge.

CAMBIOS EN LAS ELECCIONES DE MITAD DE AÑO

Ten cuidado con la cantidad que elijas elegir. Asegúrese de elegir no más de lo que sabe que usted y sus dependientes fiscales van a usar dentro del año del plan. Según la regla de "usar o perder", no se le devolverá ninguna contribución a la FSA para el cuidado de dependientes que no se haya utilizado al final del año del plan. No se le puede devolver ninguna contribución a la FSA de Health que supere los $660 para el final del año del plan 2025. Además, no se pueden realizar cambios en su elección durante el año del plan a menos que experimente un "evento calificado". Los cambios en las elecciones de mitad de año generalmente deben realizarse dentro de los 30 días posteriores a un evento calificado. Los cambios son limitados y difieren para cada opción antes de impuestos. Para obtener más información sobre los cambios en las elecciones de mitad de año, comuníquese con su departamento de recursos humanos o con Allegiance.

REEMBOLSO

Las reclamaciones pueden presentarse electrónicamente, escaneadas, enviadas por fax o por correo. Allegiance procesa las reclamaciones cada día hábil con pagos semanales. Las reclamaciones normalmente se procesan dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción. Pregunte sobre la opción de tarjeta de débito o la opción de procesamiento conjunto. **Pago con cheque: Por lo general, tiene un cheque en su buzón menos de una semana después de haber presentado su reclamo.**

Depósito Directo: Envíe el formulario de Depósito Directo con un cheque anulado y Allegiance depositará electrónicamente los reembolsos directamente en su cuenta de cheques. También puede elegir esta opción en línea con Allegiance. Dado que sus contribuciones se deducen de su salario antes de impuestos, no paga impuestos federales sobre la renta ni sobre el Seguro Social (y, en la mayoría de los casos, impuestos estatales y locales sobre la renta) sobre sus contribuciones. Por lo tanto, al contribuir a una FSA, puede reducir sus impuestos. Para participar en una FSA, usted **debe inscribirse cada año**. La participación en este plan no continúa automáticamente de un año a otro. Para inscribirse, deberá seleccionar un monto de contribución para una o ambas FSA. Una vez que haga una elección, no puede cambiarla a menos que tenga un cambio de estado calificado durante el año que le permita cambiar el monto de su contribución. Asegúrese de que un gasto esperado sea elegible antes de elegir su(s) contribución(es) a la FSA. Use la hoja de trabajo en la página 20 para ayudarle a determinar sus gastos para 2025-2026.

ANTES DE INSCRIBIRSE EN UNA FSA:

Debe ser conservador cuando calcule cuánto es probable que sean sus gastos de atención médica y/o cuidado de dependientes durante un año del plan. Las partes no utilizadas del cuidado de dependientes se perderán. Las contribuciones médicas no utilizadas de hasta $660 se pueden transferir para el próximo año del plan, pero debe volver a inscribirse para el nuevo año del plan con una elección mínima de $130 anuales.

- Comprenda cómo funciona el reembolso: las contribuciones a la FSA para el cuidado de la salud solo se pueden usar para el reembolso de gastos de atención médica elegibles para usted y sus dependientes. Las contribuciones a la FSA para el cuidado de dependientes solo se pueden usar para el reembolso de gastos elegibles para el cuidado de dependientes.
- Recuerde, como resultado de la Ley CARES **medicamentos de venta libre, como analgésicos, productos para el resfriado y la gripe, productos para la alergia, medicamentos para la acidez estomacal y productos menstruales** ahora son gastos elegibles sin necesidad de una receta médica. Asegúrese de conservar los recibos, ya que es posible que aún deba justificar su reclamo según las reglas del IRS.
- Para obtener más información sobre las FSA ofrecidas por la ciudad de Tempe, comuníquese con los beneficios de recursos humanos en **480-350-8700.**

HOJA DE CÁLCULO

Calcule sus gastos de FSA para atención médica

Atención sanitaria		Cuidado de Dependientes	
Deductibles/Copagos	$	Gastos de Cuidado de Niños	$
Coaseguro	$	Gastos de Cuidado de Ancianos	$
Coseguro / Copagos de medicamentos recetados	$	Otros gastos subvencionables	$
Gastos de anteojos, lentes de contacto, etc. no cubiertos por el Plan de la Vista	$		
Audífonos y pilas	$		
Gastos dentales no cubiertos por el Plan Dental	$		
Otros gastos subvencionables	$		
Total por año*	$	Total por año*	$

No incluya la cantidad que aporta para la cobertura: la cantidad no es elegible, según el IRS.
*Ingrese esta cantidad en la sección FSA del formulario de inscripción.

Allegiance administrará las cuentas de la FSA.
Solo los gastos incurridos durante el año del plan (del 1 de julio al 30 de junio) son elegibles para el reembolso.

¡DINERO GRATIS PARA GASTOS MÉDICOS!

La ciudad tiene un beneficio único llamado Mediflex. Todos los empleados elegibles para el seguro médico de la ciudad de Tempe recibirán $61.16 en dinero de Mediflex en el primer cheque de pago de cada mes, lo que suma un total de $733.95 por año. Puede usar este dinero para pagar facturas relacionadas con la salud que no están cubiertas por el seguro (como copagos, deducibles, gastos dentales y de la vista).

No se le cobran impuestos sobre el dinero que recibe de Mediflex, y los montos no utilizados permanecen en su cuenta de año en año. Para recibir el reembolso, su reclamo debe ser de al menos $20. El plan Mediflex se adhiere a las pautas del IRS en términos de qué gastos se pueden reembolsar y qué se considera un gasto médico elegible.

Nota: Mediflex no se aplica a los empleados de bomberos cubiertos por el Memorando de Entendimiento contra incendios.

¿AHORRAR PARA LA JUBILACIÓN?

La Ciudad le ofrece una manera de ayudar a ahorrar para su jubilación a través del Programa de Ahorros para la Jubilación de Contribución Definida. Hay cuatro planes disponibles: un plan 401(k) antes de impuestos, un plan 457 tradicional, un plan Roth 401(k) y un plan Roth 457.

Administrados por Nationwide Retirement Services, estos planes ofrecen casi 20 opciones de inversión. Tú eliges la cantidad que quieres aportar a cada sueldo. La principal ventaja es que sus contribuciones se realizan antes de impuestos (para 401 (k) y 457 tradicional), lo que reduce su obligación tributaria actual. Además, sus contribuciones crecen sobre una base de impuestos diferidos. Hay un incentivo adicional para participar: la Ciudad iguala sus contribuciones en función de los años de servicio. Debido a que estos planes están destinados a ayudarlo a ahorrar para la jubilación, existen pautas estrictas para retirar su dinero.

Usted es elegible para participar después de 30 días de empleo, pero puede inscribirse o cambiar su elección de aplazamiento en cualquier momento. Nuestro representante de Nationwide lleva a cabo reuniones mensuales de inscripción para los nuevos empleados. ¡Recuerde, el dinero que ahorre ahora puede marcar una diferencia sustancial en su nivel de vida después de jubilarse!

Nota: Los empleados cubiertos por un Memorándum de Entendimiento deben consultar su Memorando de Entendimiento para conocer cualquier diferencia.

Información Importante Del Plan

CAMBIOS DE MITAD DE AÑO EN SUS ELECCIONES DE PLANES MÉDICOS, DENTALES Y DE LA VISTA

IMPORTANTE: Después de que se complete este período de inscripción abierta, generalmente no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios o agregar/eliminar dependientes hasta la inscripción abierta del próximo año, a menos que tenga un evento de inscripción especial o un cambio de estado a mitad de año.

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

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Usted y sus dependientes también pueden inscribirse en este plan si usted (o sus dependientes)):

- Tiene cobertura a través de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y usted (o sus dependientes) pierde la elegibilidad para esa cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP.
- Ser elegible para un programa de asistencia para primas a través de Medicaid o CHIP. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que se determine que usted (o sus dependientes) son elegibles para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con HR Benefits al **480-350-8700**.

Los cambios de mitad de año son eventos de estado:

Los siguientes eventos pueden permitir ciertos cambios en los beneficios a mitad de año, según lo permita el IRS:

- Cambio en el estado civil legal (por ejemplo, matrimonio, divorcio/separación legal, muerte).
- Cambio en el número o estado de los dependientes (por ejemplo, nacimiento, adopción, muerte).
- Cambio en la situación laboral, el horario de trabajo o la residencia del empleado/cónyuge/dependientes que afecte su elegibilidad para los beneficios.
- Cobertura de un niño debido a una Orden de Manutención Médica Calificada (QMCSO)
- Derecho o pérdida de derecho a Medicare o Medicaid
- Ciertos cambios en el costo de la cobertura, la composición de la cobertura o la reducción de la cobertura del plan del empleado o cónyuge.
- Cambios consistentes con los derechos de inscripción especial y las licencias FMLA.

Debe notificar al Plan por escrito dentro de los 30 días posteriores al cambio de estado de mitad de año comunicándose con HR Benefits. El plan determinará si su solicitud de cambio está permitida y, de ser así, los cambios entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha del evento si la solicitud de cobertura se recibe a tiempo (excepto para los niños recién nacidos y adoptados que están cubiertos desde la fecha de nacimiento, adopción o colocación en adopción). La documentación, incluyendo certificado de nacimiento y número de seguro social, certificado de matrimonio, pérdida de cobertura o prueba de que ya no reside en los Estados Unidos, debe presentarse al Plan dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación. La falta de presentación de la documentación dentro del plazo dará lugar a la terminación de la cobertura del dependiente. Debe proporcionar inmediatamente una notificación por escrito y documentación a RR.HH. en caso de separación legal, divorcio o remoción de la pareja de hecho y los hijos aplicables. Inscribir o mantener dependientes no elegibles en cualquiera de los planes de atención médica de la Ciudad es una violación de la política de la Ciudad.

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

Usted o sus dependientes pueden tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente para:

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

Los límites, deducibles, copagos y coseguros del plan se aplican a estos beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con HR Benefits al **480-350-8700**.

La Información Importante Del Plan Continúa....

AVISO DE PRIVACIDAD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996 exige que los planes de salud cumplan con las normas de privacidad. Estas reglas están destinadas a proteger su información de salud personal contra el uso y la divulgación inapropiados. Las reglas también le otorgan derechos adicionales con respecto al control de su propia información de atención médica. El Aviso de Privacidad de HIPAA de este Plan explica cómo el plan de salud grupal usa y divulga su información de salud personal. Se le proporciona una copia de este Aviso cuando se inscribe en el plan. Para obtener otra copia de este Aviso, escriba o llame al Departamento de Beneficios a 20 E. 6th Street, Tempe, AZ 85281,**480-350-8700.**

LEY DE INFORMES OBLIGATORIOS DE LAS ASEGURADORAS

Según esta ley federal, las compañías de seguros y los administradores de reclamaciones de planes médicos (como CIGNA) están obligados a informar cierta información al Secretario de Salud y Servicios Humanos para coordinar los beneficios con Medicare. Como tal, todos los participantes del plan deben proporcionar números de seguro social y/o números de reclamo de seguro médico de Medicare (HICN) cuando se inscriben en los beneficios del plan médico. Se le pedirá que ingrese los números de seguro social de todos los dependientes que cubre en su plan médico. Para obtener más información, comuníquese con HR Benefits al 480-350-8700.

Eligibility Audits

Durante el año del plan, es posible que se le pida que participe en una auditoría de elegibilidad de verificación de dependientes para determinar la elegibilidad y el estado de los miembros de la familia cubiertos. Esto se aplicará a las nuevas contrataciones y a los empleados existentes. Es posible que se le pida que proporcione documentos como prueba de elegibilidad, como un certificado de nacimiento, una licencia de matrimonio, etc.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE

Si usted o sus dependientes elegibles son actualmente elegibles para Medicare o pasarán a ser elegibles para Medicare durante los próximos 12 meses, debe asegurarse de comprender si la cobertura de medicamentos recetados que elige bajo este Plan es o no acreditable (tan valiosa como) la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para averiguar si la cobertura de medicamentos recetados de los planes ofrecidos por la Ciudad de Tempe es o no acreditable, debe revisar el Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare del plan, disponible en HR Benefits.

La Información Importante Del Plan Continúa....

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de la prima que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia disponible para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS** AHORA o insurekidsnow.gov para saber cómo presentar una solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le llama una oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al askebsa.dol.gov o llame al**1-866-444-EBSA (3272)**.

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 17 de marzo de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con una de las siguientes opciones:

U.S. Departamento de Trabajo Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos
cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción de menu 4, Ext. 61565

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELEO

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o correo electrónicoebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control OMB 1210-0137.

Esta Guía de beneficios pretende ser solo una descripción general del programa de beneficios. Los detalles completos sobre cómo funcionan los planes se incluyen en las pólizas, las descripciones resumidas de los planes y los documentos del plan (documentos legales), que están disponibles en línea o a través de su representante de beneficios si lo solicita. Si hay alguna inconsistencia entre esta Guía de Inscripción y los documentos legales, prevalecerán los documentos legales. La Ciudad se reserva el derecho de cambiar o finalizar el programa de beneficios en cualquier momento.

La información en esta Guía de Inscripción se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto contenido en esta Guía se tomó de varias descripciones resumidas de planes e información sobre beneficios. Si bien se hizo todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, siempre es posible que haya discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre la Guía y los documentos del plan real, prevalecerán los documentos. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre su Guía, consulte su Manual del Empleado para obtener información adicional o comuníquese con su Gerente de Beneficios.

Tempe™