



JORDAN
Insurance
Services



GUÍA DE BENEFICIOS

Su Salud. Su Futuro. Nuestra Prioridad.



SALUD



SERVICIO
PERSONALIZADO



SOCIO
DE CONFIANZA



ENFOCADOS EN USTED
Su salud, su bienestar
y su futuro son lo más
importante.



801-567-8146



insurance@jordandistrict.org



insurance.jordandistrict.org



Su Socio. En Protección.

ÍNDICE

EMPEZANDO

- 4 ¿QUIÉNES SON ELEGIBLES PARA RECIBIR BENEFICIOS?
- 5 CAMBIAR TUS BENEFICIOS
- 6 EMPLOYEE NAVIGATOR

MÉDICO, DENTAL Y DE VISIÓN

- 7 ¿QUÉ PLAN ES EL MÁS ADECUADO PARA TI?
- 9 PLANES MÉDICOS
- 14 BENEFICIOS DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA
- 16 CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD
- 17 CUENTA FLEXIBLE DE GASTO SANITARIO
- 18 CUENTA FLEXIBLE DE GASTOS PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES
- 19 PLAN DENTAL
- 21 PLAN DE VISIÓN

INVOLÚCRATE POR TU SALUD

- 24 SABEN A DÓNDE IR
- 25 DIRECTORIO DE PROVEEDORES
- 26 MEDALLUS MEDICAL
- 28 ATENCIÓN PREVENTIVA

VIDA & DISCAPACIDAD

- 29 VIDA BÁSICA Y AD&D
- 31 INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

- 33 VIDA Y AD&D
- 36 ACCIDENTE
- 37 INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA
- 37 ENFERMEDAD CRÍTICA

BIENESTAR y EQUILIBRIO

- 41 PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO 41

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

- 42 CONTACTOS DEL PLAN
- 43 AVISOS ANUALES
- 53 GLOSARIO DE TÉRMINOS DE BENEFICIOS

Esta guía es una visión general y no ofrece una descripción completa de todas las disposiciones de las prestaciones. Para información más detallada, consulte los folletos de beneficios de su plan o las descripciones resumidas de los planes (SPD). Los folletos de beneficios del plan determinan cómo se pagan todos los beneficios.



EMPEZANDO

Del 1 de septiembre de 2026
al 31 de agosto de 2027.

No importa en qué parte de la vida estés, el Distrito Escolar de Jordan te apoya con programas de beneficios y recursos para ayudarte a prosperar hoy y prepararte para el mañana.

Esta guía ofrece una visión general de tu cobertura sanitaria, así como de beneficios vitales, de discapacidad y más.

Encontrarás consejos para ayudarte a entender tu cobertura médica, ahorrar tiempo y dinero en sanidad, reducir impuestos y equilibrar tu vida laboral y familiar. Echa un vistazo a lo que hay disponible para aprovechar al máximo tu paquete de beneficios.

¿QUIÉNES SON ELEGIBLES PARA RECIBIR BENEFICIOS?



Documentación requerida

Cuando inscribas a tus dependientes, que incluyen a tu cónyuge y/o a tus hijos, tendrás que proporcionar al Distrito Escolar de Jordan los documentos necesarios que demuestren que son tus dependientes legales.

- Si llevas menos de un año casado, puedes proporcionar el certificado de matrimonio. Si llevas más de un año casado, requerimos que la parte superior de la primera página de tu Declaración Federal de Impuestos 1040 más reciente muestre que estás casado.
- Exigimos un certificado de nacimiento para tus hijos. Los niños con discapacidad mayores de 26 años son elegibles para cobertura continua cuando se ha aprobado la certificación por parte del PEHP.

Si se le exige enviar documentación, por favor envíela a insurance@jordandistrict.org

Empleados

Eres elegible si eres un empleado con licencia que trabaja 20 o más horas semanales de forma permanente.

Empleados ESP a tiempo parcial contratados antes del 1 de julio de 2014, que trabajan 20+ horas a la semana siempre que no haya interrupciones en el servicio;

Empleados a tiempo parcial de ESP contratados a partir del 1 de julio de 2014, que trabajan 30+ horas semanales o seis horas por día contractual de media;

Jubilados según se describe en el Manual de Políticas del Distrito Escolar de Jordan, DP 319 y DP 373.

Dependientes elegibles

- Cónyuge legalmente casado
- Hijos naturales, adoptados o hijastros hasta los 26 años

Cuándo puedes inscribirte

Los nuevos empleados deben inscribirse en los primeros 30 días tras el empleo. Tus beneficios comenzarán el primero del mes siguiente a tu fecha de contratación.

Los empleados existentes pueden inscribirse durante el periodo anual de inscripción abierta.

Si no cumples con la fecha límite de inscripción, tendrás que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta, a menos que experimentes un evento vital que cumpla los requisitos.

¿Por qué es tan importante la inscripción abierta?

Beneficios Se abre la matrícula para el distrito escolar de Jordan cada año. Los empleados deben entender que el pago antes de impuestos de los beneficios aplicables se realiza a través del plan de cafetería y, como se ha señalado anteriormente, según la normativa del IRS, las elecciones no pueden revocarse ni cambiarse durante el año del plan. **Una vez finalizado el periodo de inscripción, los empleados no podrán realizar ni cambiar elecciones de beneficios a menos que experimenten un evento que cumpla los requisitos.** Los empleados deben notificar a los Servicios de Seguros cualquier cambio de estatus lo antes posible, pero deben estar dentro de los **30 días** posteriores al evento. Cualquier cambio de inscripción debe hacerse en línea, por parte del empleado. Los cambios por teléfono no son aceptables.

CAMBIAR TUS BENEFICIOS

Haz clic para reproducir vídeo



LA VIDA PASA

Un cambio en tu vida puede permitirte actualizar tus opciones de prestaciones. Mira el vídeo para una idea rápida de tus opciones.

Fuera de la inscripción abierta, puede que puedas inscribirte o hacer cambios en tus elecciones de beneficios si tienes un cambio importante en tu vida, incluyendo:

- Cambien estado civil legal
- Cambien el número de dependientes o en el estatus de elegibilidad de los dependientes
- Pérdida de estatus laboral que afecta a la elegibilidad tuya, de tu cónyuge o de los hijos dependientes.
- Cambio en residencia que afecta al acceso a los proveedores de red
- Suspender tu cobertura sanitaria o la de tu cónyuge debido al empleo de tu cónyuge
- Cambio en tu elegibilidad o la de un dependiente para Medicare o Medicaid
- Acepta una orden que requiere cobertura para tu hijo
- "Evento especial de inscripción" bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), incluyendo un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento o adopción, o pérdida de cobertura bajo otro plan de seguro de salud
- Ventilación permitida bajo la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) (tienes 60 días para solicitar la inscripción debido a eventos permitidos por CHIP).

Debes enviar cualquier cambio en un plazo **de 30 días naturales** desde el evento.

Inscripción a través de Employee Navigator



Sistema de Inscripción en Línea

El Distrito Escolar de Jordan utiliza Employee Navigator, una plataforma de beneficios en línea, para la inscripción en planes de beneficios como la inscripción de nuevos empleados, la inscripción anual abierta, cambios en eventos vitales que califican y para mantener datos personales como nombre, dirección, dependientes y contribuciones a la HSA.

Inscripción de nuevos empleados o nuevo usuario

Paso 1: Visita www.Employeenavigator.Com y selecciona "registrarse como nuevo usuario"

Paso 2: Introduce la información requerida. Usa **jordan2025** como identificador de la empresa y luego haz clic en "siguiente"

Paso 3: Crea un nombre de usuario y una contraseña, marca "estoy de acuerdo con los términos de uso del employee navigator" y haz clic en "finalizar"

Paso 4: Inicia sesión y haz clic en "iniciar" para empezar a seleccionar tus beneficios

Inscripción Anual Abierta

Paso 1 Inicia sesión en Employee Navigator en www.employeenavigator.com y haz clic en "Iniciar beneficios"

Paso 2 Confirma que toda la información personal es correcta, realiza las actualizaciones necesarias y haz clic en "Guardar" para comenzar las elecciones de beneficios

Paso 3: Selecciona todos los dependientes que quieres cubrir en cada diapositiva de beneficios y elige el plan en el que quieres inscribirte. Inscríbete o renuncia a cada paso de la inscripción de beneficios hasta que llegues a la pantalla de revisión.

Paso 4 Completa tu inscripción revisando todos los beneficios (inscritos o rechazados) y haz clic en "Aceptar" para finalizar.

Evento de Vida Clasificatorio

Paso 1 Inicia sesión en Employee Navigator en www.employeenavigator.com y haz clic en "Cambiar beneficios"

Paso 2 Confirma que toda la información personal es correcta, realiza las actualizaciones necesarias y haz clic en "Guardar" para comenzar las elecciones de beneficios

Paso 3: Selecciona todos los dependientes que quieres cubrir en cada diapositiva de beneficios y elige el plan en el que quieres inscribirte. Inscríbete o renuncia a cada paso de la inscripción de beneficios hasta que llegues a la pantalla de revisión.

Paso 4 Completa tu inscripción revisando todos los beneficios (inscritos o rechazados) y haz clic en "Aceptar" para finalizar.

Verificación de información personal

Paso 1: Iniciar sesión en el Navegador de Empleados en www.employeenavigator.com

Paso 2 Haz clic en "Perfil"

Paso 3 Ver "Información Personal" (es decir, dirección, número de teléfono, etc.)

Paso 4: Selecciona "Editar" y haz los cambios necesarios y "Guardar"

*por favor, ten en cuenta que los cambios de dirección deben procesarse a través de Skyward (Qmulativ)



MÉDICO

NUESTROS PLANES

Plan Base + de PEHP

Plan Base de PEHP

Plan STAR HDHP/HSA de PEHP

Haz clic para reproducir vídeo



¿Qué plan es el adecuado para ti?

Eso depende de tus necesidades sanitarias, tus médicos favoritos, tu red de contactos y tu presupuesto. Ten en cuenta estos factores al elegir tu médico:

¿Tienes algún médico al que debas ver?

Comprueba si están en la red Advantage o Summits. Si no lo están, pero te sientes cómodo pagando un poco más, considera un plan con cobertura fuera de la red. Hay muchos proveedores disponibles en ambas redes.

¿Cuáles son tus necesidades sanitarias?

Compara cómo cada plan cubre los servicios que más a menudo necesitas, como visitas a la consulta, especialistas o recetas.

¿Cuál es tu presupuesto?

¿Cuánto pagas por la cobertura? ¿Existe un deducible? ¿Cuál es tu parte del coste de las visitas a la consulta y las recetas? Todos estos factores juntos afectan tu coste total de la atención sanitaria.

Inicia sesión en tu portal en **pehp.org** para más información





NUESTRAS REDES Y SERVICIOS

Red de Summit - PEHP

Summit Network, proveedores de salud no relacionados con Intermountain y hospitales rurales Intermountain Health (véase PEHP.org para más información):

- Universidad de Utah
- San Marcos
- Lone Peak Hospital
- Primary Children’s
- Hospitales Holy Cross
- Ogden Regional
- Instituto Huntsman de Cáncer

Red de Advantage - PEHP

Advantage Network, proveedores de Intermountain Health y hospitales (véase PEHP.org para más información):

- Primary Children’s
- LDS
- McKay Dee
- American Fork
- Centro Médico Intermountain
- Riverton
- Alta View

No se requiere proveedor de atención primaria

Nuestros planes PEHP no requieren que elijas un proveedor de atención primaria (PCP). Se recomienda que elijas un médico de cabecera para coordinar tu atención médica.

Beneficios fuera de la zona

La atención de urgencias y urgencias estarán cubiertas según las directrices del plan. PEHP contrata proveedores de fuera del estado para ayudarte con la atención médica mientras viajas o vives fuera de Utah. Si vives fuera de Utah, DEBES notificar a PEHP tu dirección antes de recibir la cobertura. Si resides fuera de Utah, se aplican las siguientes normas:

Cirugías de Hospitalización/Ambulatorias: requieren la preautorización del PEHP antes de que la cirugía esté cubierta

Procedimiento	Fecha de la Notificación Previa
Tratamiento Electivo	Al menos 5 días laborables
Tratamiento Urgente	Al menos 3 días laborables
Tratamiento de urgencias	Contacta con el PEHP en un plazo de 72 horas tras el ingreso o la cirugía
Casos de maternidad	En cuanto se conozca la fecha límite

Plan Base +: Redes Summit y Advantage disponibles

Siempre pagas la franquicia y el copago (\$). El coseguro (%) muestra lo que **paga el plan** después de la franquicia, salvo que se indique lo contrario.

	Preferidos y participantes Dentro de la red
Deducible anual (Por año planificado)	\$1,750 Individual / \$5,250 Familia
	Si algún familiar alcanza la franquicia individual, entonces la franquicia se cumple para ese familiar. Si cualquier combinación de miembros de la familia alcanza el deducible familiar, entonces el deducible se cumple para toda la familia.
Máximo anual de gastos de bolsillo (Por año planificado)	\$5,500 Individual / \$11,000 Familia
	Si algún miembro de la familia alcanza el máximo de bolsillo del Individuo, entonces se cumple el máximo de dinero de bolsillo para ese familiar. Si cualquier combinación de miembros de la familia llega a la familia con el máximo de su bolsillo, entonces se cumple el máximo de dinero de bolsillo para toda la familia.
Visita a la oficina Atención primaria Preventivo ** Especialistas o secundaria Quiropráctica Intermountain Connect Care	Copago de \$40 Deducible 100% cubierto Copago de \$55 Copago de \$55 (20 visitas PPY) Copago de \$10
Laboratorio y radiografía Laboratorios Menores e Imagen - Independientes Laboratorios Menores e Imágenes - Hospital Laboratorios y Imágenes Principales - Independientes Laboratorios y Imagen Principales - Hospital	Cubierto el 90% Cubierto el 70% después del deducible Cubierto el 90% después de la franquicia Cubierto el 70% después del deducible
Atención Urgente	Copago de \$60
Urgencias	Cubierto un 80% después de la franquicia
Hospitalización Hospitalización	Cubierto el 70% después del deducible
Cirugía ambulatoria	Cubierto el 90% después de la franquicia
Prescripciones dentro de la red	
Farmacia (se requiere genérico)	25\$ / 35% / 50% / 50%
Mantenimiento o Venta por Correo	50\$ / 35% / 50% / 50%

* El miembro será responsable de las cantidades facturadas por los proveedores no participantes que excedan el importe de gasto médico elegible.

** Por favor, consulte los materiales proporcionados por su PEHP para una lista completa de servicios preventivos cubiertos y limitaciones.

PPY-Por año del plan

Plan Base: Redes Summit y Advantage disponibles

Siempre pagas la franquicia y el copago (\$). El coseguro (%) muestra lo que **paga el plan** después de la franquicia, salvo que se indique lo contrario.

	Preferidos y participantes Dentro de la red
Deducible anual (Por año planificado)	\$2,750 Individual / \$8,250 Familia
	Si algún familiar alcanza la franquicia individual, entonces la franquicia se cumple para ese familiar. Si cualquier combinación de miembros de la familia alcanza el deducible familiar, entonces el deducible se cumple para toda la familia.
Máximo anual de gastos de bolsillo (Por año planificado)	\$7,000 Individual / \$14,000 Familia
	Si algún miembro de la familia alcanza el máximo de bolsillo del Individuo, entonces se cumple el máximo de dinero de bolsillo para ese familiar. Si cualquier combinación de miembros de la familia llega a la familia con el máximo de su bolsillo, entonces se cumple el máximo de dinero de bolsillo para toda la familia.
Visita a la oficina Atención primaria Preventivo ** Especialistas o secundaria Quiropráctica Intermountain Connect Care	Copago de \$45 Deducible 100% cubierto Copago de \$60 Copago de \$60 (20 visitas PPY) Copago de \$10
Laboratorio y radiografía Laboratorios Menores e Imagen - Independientes Laboratorios Menores e Imágenes - Hospital Laboratorios y Imágenes Principales - Independientes Laboratorios y Imagen Principales - Hospital	Cubierto el 90% Cubierto el 70% después del deducible Cubierto el 90% después de la franquicia Cubierto el 70% después del deducible
Atención Urgente	Copago de \$70
Urgencias	Cubierto un 80% después de la franquicia
Hospitalización Hospitalización	Cubierto el 70% después del deducible
Cirugía ambulatoria	Cubierto el 90% después de la franquicia
Prescripciones dentro de la red	
Franquicia	\$250 (exento por Genérico)
Farmacia (se requiere genérico)	25 \$ / 35% / 50% / 50%
Mantenimiento o Venta por Correo	\$50 / 35% / 50% / 50%

* El miembro será responsable de las cantidades facturadas por los proveedores no participantes que excedan el importe de gasto médico elegible.

** Por favor, consulte los materiales del PEHP proporcionados para una lista completa de servicios preventivos cubiertos y limitaciones.

PPY-Por año del plan

Plan STAR HDHP/HSA: Redes Summit y Advantage disponibles

Siempre pagas la franquicia y el copago (\$). El coseguro (%) muestra lo que **paga el plan** después de la franquicia, salvo que se indique lo contrario.

	HDHP con HSA Preferidos y participantes Dentro de la red
Deducible anual (Por año planificado)	\$2,500 Soltero / \$5,000 Familia
	Si más de una persona de una familia está cubierta por la póliza, el deducible único NO se aplica. En su lugar, se aplica la Franquicia Familiar y no pagará ningún gasto médico por parte del plan (salvo la atención preventiva cubierta) hasta que se cumpla la Franquicia Familiar.
Máximo anual de gastos de bolsillo (Por año planificado)	\$7,000 Soltero / \$14,000 Familia
	Si algún miembro de la familia alcanza el máximo de dinero de bolsillo individual, entonces la POO queda satisfecha para ese miembro individual. Si cualquier combinación de miembros de la familia llega a la familia de su bolsillo, entonces OOP Maximum queda satisfecho para toda la familia.
Visita a la oficina Atención primaria Preventivo ** Especialistas o secundaria Quiropráctica Intermountain Connect Care	Cubierto un 80% después de la franquicia Deducible 100% cubierto Cubierto un 80% después de la franquicia Cubierto 80% después de deducible (20 visitas, PPY) Cubierto un 80% después de la franquicia
Laboratorio y radiografía Laboratorios Menores e Imagen - Independientes Laboratorios Menores e Imágenes - Hospital Laboratorios y Imágenes Principales - Independientes Laboratorios y Imagen Principales - Hospital	Cubierto el 90% después de la franquicia Cubierto el 70% después del deducible Cubierto el 90% después de la franquicia Cubierto el 70% después del deducible
Atención Urgente	Cubierto un 80% después de la franquicia
Urgencias	Cubierto un 80% después de la franquicia
Hospitalización Hospitalización	Cubierto el 70% después del deducible
Cirugía ambulatoria	Cubierto el 90% después de la franquicia
Prescripciones dentro de la red	
Farmacia (se requiere genérico)	Cubierto un 80% después de la franquicia
Mantenimiento o Venta por Correo	Cubierto un 80% después de la franquicia

* El miembro será responsable de las cantidades facturadas por los proveedores no participantes que excedan el importe de gasto médico elegible.

** Por favor, consulte los materiales del PEHP proporcionados para una lista completa de servicios preventivos cubiertos y limitaciones.

PPY-Por año del plan

TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

Tarifas de Planes Médicos – Red de SUMMIT

Empleados con licencia

	Plan Base +			Plan Base			Plan STAR HSA		
TIPO DE COBERTURA	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½
EMPLEADO	\$224.81	\$409.37	\$593.94	\$40.68	\$225.25	\$409.82	\$40.68	\$225.25	\$409.82
EMPLEADO + UN ACOMPAÑANTE	\$405.78	\$738.93	\$1072.08	\$73.43	\$406.58	\$739.73	\$73.43	\$406.58	\$739.73
FAMILIA	\$646.89	\$1177.99	\$1709.09	\$117.07	\$648.17	\$1179.27	\$117.07	\$648.17	\$1179.27

Empleados de ESP

	Plan Base +			Plan Base			Plan STAR HSA		
TIPO DE COBERTURA	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½
EMPLEADO	\$224.81	\$409.37	NA	\$40.68	\$225.25	NA	\$40.68	\$225.25	NA
EMPLEADO + UN ACOMPAÑANTE	\$405.78	\$738.93	NA	\$73.43	\$406.58	NA	\$73.43	\$406.58	NA
FAMILIA	\$646.89	\$1177.99	NA	\$117.07	\$648.17	NA	\$117.07	\$648.17	NA

Administración

	Plan Base +			Plan Base			Plan STAR HSA		
TIPO DE COBERTURA	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½
EMPLEADO	\$224.81	\$409.37	\$593.94	\$40.68	\$225.25	\$409.82	\$40.68	\$225.25	\$409.82
EMPLEADO + UN ACOMPAÑANTE	\$405.78	\$738.93	\$1072.08	\$73.43	\$406.58	\$739.73	\$73.43	\$406.58	\$739.73
FAMILIA	\$646.89	\$1177.99	\$1709.09	\$117.07	\$648.17	\$1179.27	\$117.07	\$648.17	\$1179.27

TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

Tarifas de Planes Médicos – Red de ADVANTAGE

Empleados con licencia

	Plan Base +			Plan Base			Plan STAR HSA		
TIPO DE COBERTURA	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½
EMPLEADO	\$224.81	\$409.37	\$593.94	\$40.68	\$225.25	\$409.82	\$40.68	\$225.25	\$409.82
EMPLEADO + UN ACOMPAÑANTE	\$405.78	\$738.93	\$1072.08	\$73.43	\$406.58	\$739.73	\$73.43	\$406.58	\$739.73
FAMILIA	\$646.89	\$1177.99	\$1709.09	\$117.07	\$648.17	\$1179.27	\$117.07	\$648.17	\$1179.27

Empleados de ESP

	Plan Base +			Plan Base			Plan STAR HSA		
TIPO DE COBERTURA	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½
EMPLEADO	\$224.81	\$409.37	NA	\$40.68	\$225.25	NA	\$40.68	\$225.25	NA
EMPLEADO + UN ACOMPAÑANTE	\$405.78	\$738.93	NA	\$73.43	\$406.58	NA	\$73.43	\$406.58	NA
FAMILIA	\$646.89	\$1177.99	NA	\$117.07	\$648.17	NA	\$117.07	\$648.17	NA

Administración

	Plan Base +			Plan Base			Plan STAR HSA		
TIPO DE COBERTURA	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½	Tiempo completo	Tiempo ¾	Tiempo ½
EMPLEADO	\$224.81	\$409.37	\$593.94	\$40.68	\$225.25	\$409.82	\$40.68	\$225.25	\$409.82
EMPLEADO + UN ACOMPAÑANTE	\$405.78	\$738.93	\$1072.08	\$73.43	\$406.58	\$739.73	\$73.43	\$406.58	\$739.73
FAMILIA	\$646.89	\$1177.99	\$1709.09	\$117.07	\$648.17	\$1179.27	\$117.07	\$648.17	\$1179.27

*Las primas de la red Advantage son un 3% más que para Summit debido al coste adicional de reclamaciones

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA



Pedido de recetas

La primera vez que te receten un medicamento, pide a tu médico dos recetas: la primera para hasta 30 días para que se surja en una farmacia minorista participante, y la segunda para que el resto, hasta 90 días, se dispense a través de la farmacia por correo. El copago se aplica a cada cargo cubierto de receta por correo. Puedes pedir tu receta por correo de una de las siguientes maneras:

E-recep: Dale tu número de identificación de miembro a tu médico y que te recete electrónicamente la receta.

Fax: Facilita tu número de identificación de miembro a tu médico y pide a este que llame al 888-327-9791 para obtener más instrucciones.

Correo: Envía tu receta y el copago necesario junto con un formulario de pedido en el sobre que te proporcionas.

Recargas: Puedes pedir tus recambios por correo o verificar la cobertura de tu medicación en www.express-scripts.com o llamando al 800-818-6632. Ten a mano tu carné de miembro, números de receta y tarjeta de crédito.

Express Scripts

Visita www.express-scripts.com para recibir consejos de educación y seguridad. También puedes obtener tu historial de farmacia. Además, puedes usar el localizador automático de farmacias, reponer pedidos y comprobar el estado de tus recetas por correo. Sus servicios para miembros están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en el **800-818-6632**.

Requisitos de receta

Genérico requerido:

Debes comprar el medicamento genérico si está disponible. Si eliges comprar una marca en su lugar, serás responsable de la diferencia de coste entre los dos medicamentos, además de tu copago genérico.

Dispensar tal y como está escrito:

Si existe una necesidad médica de usar un medicamento de marca en lugar de un genérico, tu médico puede escribir "dispensar según lo escrito" en la receta. En este caso, solo serás responsable del copago de la marca.

Autorizaciones previas:

Algunos medicamentos pueden requerir autorización previa de Express Scripts. Se pueden solicitar autorizaciones previas en el **800-753-2851**.

Terapia escalonada:

Algunos medicamentos (como genéricos, sin receta y medicamentos de marca más económicos) pueden preferirse frente a medicamentos de marca no preferidos y más caros. La cobertura de medicamentos no preferentes requerirá autorización previa de nuestro gestor de beneficios para medicamentos con receta. Recibirás comunicaciones de Express Scripts sobre qué medicamentos están afectados.

Ediciones sobre cantidad/duración de dosis:

Algunos medicamentos pueden tener límites de cantidad y duración.



Ahorro en Farmacia Internacional de CRX

Este es un programa voluntario de ahorro de costes internacionales por correo para recetas de marca y no sustituye tu plan actual de beneficios por receta.

CRX International

Teléfono 866-488-7874

Fax 866-215-7874

Mail CRX International

Apartado Postal 3009, Windsor, ON,
Canadá

N8N 2M3

[ID web www.crxintl.com](http://www.crxintl.com): JORDANSD



Cómo funciona

Si estás inscrito en los planes médicos Base + o Base, puedes listar tu plan del Distrito Escolar de Jordan como principal y utilizar este programa de ahorro para recibir recetas directamente en tu domicilio sin coste alguno.

Comprobar la elegibilidad

Revisa la lista de medicamentos de marca cubiertos para ver si los tuyos cumplen los requisitos (visita la web, introduce nuestro WebID)

Matrícula completa

Rellena un formulario de inscripción (incluso si tienes varias recetas) en línea o contacta con Servicios de Seguros para obtener un formulario.

Aprobación del médico/Recetas

Tu médico debe confirmar que has estado tomando la medicación durante al menos 30 días sin problemas. Pide a tu médico que te recete un suministro de 3 meses de tu receta con 3 renovaciones. Envía por fax tu formulario de inscripción, la nueva receta y una copia de tu identificación con foto directamente a www.crxintl.com o envía tu receta original y el formulario de inscripción a CRX International

Recibe tu medicación

CRX te llamará antes de cada recarga para asegurarse de que tienes un suministro continuo. Permite 4 semanas para la entrega al pedir nuevos medicamentos.

CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA)

Haz clic para reproducir vídeo



¿ERES ELEGIBLE?

La HSA no es para todo el mundo. Solo eres elegible si eres:

1. Inscrito en el Plan Médico STAR HDHP.
2. No está inscrito en otras coberturas médicas que no sean HDHP, incluyendo Medicare, Medicaid o Tricare.
3. No soy dependiente fiscal.
4. No está inscrito en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) sanitaria, a menos que sea una FSA de "propósito limitado" para gastos dentales y de visión.

Una cuenta de ahorro personal para la sanidad

Una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA) es una forma sencilla de pagar los gastos sanitarios que tienes hoy y ahorrar para gastos futuros. Lively/AFCU es el administrador del plan HSA.

Cómo funciona el plan HSA de Lively / AFCU

- Tu cuenta HSA se crea automáticamente después de inscribirte.
- Puedes aportar hasta el límite establecido por la Agencia Tributaria.
- Puedes usar tu tarjeta de débito HSA para pagar gastos elegibles como visitas a consultas, análisis de laboratorio, recetas médicas, atención dental y de la vista, e incluso algunos productos de farmacia.

Cuatro razones para amar una HSA

1. **Libre de impuestos.** No hay impuesto federal ni estatal sobre las contribuciones, ni impuesto estatal en la mayoría de los estados. Los retiros también están libres de impuestos siempre que sean para gastos sanitarios elegibles.
2. **No hay "úsalo o piérdelo".** Tu saldo se acumula de un año a otro. Eres el propietario de la cuenta y puedes seguir usándola incluso si cambias de plan médico o dejas la empresa.
3. **Úsalo ahora o más adelante.** Utiliza tu HSA para los gastos sanitarios que tienes hoy o ahorra el dinero para usarlos en el futuro.
4. **Aumenta el ahorro para la jubilación.** Después de jubilarte, puedes usar tu HSA para gastos sanitarios sin impuestos. También puedes usarlo para gastos de vida habituales, que serán gravables pero sin penalizaciones.

Importes de contribución	Individual	Familia
Contribución máxima del IRS 2025	\$4,300	\$8,550
Contribución máxima del IRS 2026	\$4,400	\$8,750
Edad 55+	El IRS te permite una contribución de "recuperación" de hasta \$1,000 adicionales por año natural	

Contribución del empleador	Individual	Bipartidistas	Familia
Iguala 1:1 con estas cantidades mensuales	\$25	\$50	\$75

CUENTA FLEXIBLE DE GASTOS SANITARIOS (FSA)

Haz clic para reproducir vídeo



¿ERES ELEGIBLE?

No tienes que inscribirte en uno de nuestros planes médicos para participar en la FSA sanitaria. Sin embargo, si tú o tu cónyuge estáis inscritos en un plan de salud con alta franquicia (como nuestro plan STAR HSA), no podéis participar en el plan sanitario FSA.

Por favor, ten en cuenta:

La tasa administrativa para la FSA y la Cuenta de Reembolso de Cuidado de Dependientes será de \$3.65 por periodo de pago (\$43.80 al año). Si tu elección de gasto flexible es al menos de \$1,200 al año, el distrito pagará tu cuota mensual.



APA BENEFITS, INC.
Health & Fitness

Get



Reserva fondos sanitarios para el próximo año

Un FSA sanitario te permite reservar dinero libre de impuestos para pagar los gastos sanitarios que esperas tener durante el próximo año. **Nuevo para el año 2026-2027, este programa está gestionado por APA Choice Benefits.**

Cómo funciona el plan FSA

- Estimas cuáles serán los gastos de tu bolsillo y los de tus dependientes para el próximo año. Piensa en los gastos de tu bolsillo que esperas tener para gastos elegibles como visitas a consultas, cirugía, odontología, visión, recetas médicas e incluso productos de farmacia elegibles.
- Puedes aportar hasta **3.400 \$ (límite de 2026)**. Las contribuciones se deducen de tu nómina antes de impuestos, es decir, no hay impuesto federal ni estatal sobre esa cantidad.
- Durante el año, puedes usar tu tarjeta de débito FSA para pagar servicios y productos. Las retiradas están libres de impuestos siempre que sean para gastos sanitarios elegibles.

¡Calcula bien!

No puedes cambiar el importe de tu elección a la FSA a mitad de año a menos que experimentes un evento que califique. Si no gastas todo el dinero de tu cuenta, cualquier saldo restante será perdido. Tienes hasta el 15 de noviembre para incurrir en gastos del año anterior del plan, y hasta el 30 de noviembre para presentar dichos gastos para reembolso.

Hay tres formas convenientes para presentar reclamaciones

Enviar el reembolso online: Presentar una reclamación manual en línea. Accede a tu cuenta en <https://apabenefits.lh1ondemand.com> y selecciona Reembolsarme

Enviar el reembolso en la app: Puedes solicitar el reembolso manualmente a través de la app iniciando sesión y seleccionando Reembolsarme

Envía un formulario de reembolso por correo, fax o correo electrónico para su procesamiento

claims@apabenefits.com

Fax 801-561-5056

8899 S 700 E, Ste 225, Sandy, UT 84070

¿PAGA PARA LA GUARDERÍA? ¡QUE ESTÉ LIBRE DE IMPUESTOS!



TODAS LAS OPORTUNIDADES PARA AHORRAR

La mayor deducción de tu nómina probablemente sea el impuesto federal sobre la renta. ¿Por qué no aprovechar los impuestos mientras se pagan los gastos necesarios con dinero libre de impuestos?

PRESENTAR RECLAMACIONES DE REEMBOLSO

Para presentar reembolsos de reclamaciones, rellena un formulario de reclamación y adjunta documentación de respaldo, como recibos que muestren la cantidad pagada y las fechas en que recibiste los servicios de gastos sanitarios; para el cuidado de los dependientes, puede incluir contratos, cartas o recibos. Envíalos por correo electrónico, fax o correo estándar claims@apabenefits.com

Fax 801-561-5056

8899 S 700 E, Ste 225, Sandy, UT 84070

Puedes usar tu tarjeta Benny Cloud para cualquier gasto relacionado con la guardería. Solo recuerda que los fondos no se cargan por adelantado en tu tarjeta. Esto significa que solo están disponibles porque se retienen de tu nómina.

FSA de Cuidado de Dependientes (DCFSA) — hasta \$7,500 anuales libres de impuestos

Una Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidados a Dependientes (DCFSA) puede ayudar a las familias a ahorrar potencialmente cientos de dólares al año en guarderías.

Nuevo para el año 2026-2027, este programa está gestionado por APA Choice Benefits.

Así es como funciona el Plan DCFSA 2026

Con la cuenta DCFSA, puedes reservar ingresos libres de impuestos para pagar gastos de cuidado de dependientes cualificados, como guarderías, que normalmente pagas con dinero después de impuestos. Debes cumplir los siguientes criterios para crear esta cuenta:

- Tú y tu pareja trabajaréis los dos;
- Eres un único cabeza de familia; o
- Tu cónyuge es discapacitado o estudiante a tiempo completo

Los dependientes cualificados incluyen a menores de 13 años y/o a dependientes que tengan discapacidad física o mental, y el gasto debe asumirse para que puedas trabajar. Si tu cónyuge está desempleado o haciendo voluntariado, no puedes abrir una cuenta de reembolso. Cada año natural, la Agencia Tributaria te permite aportar las siguientes cantidades, dependiendo de tu situación familiar:

- Si estás soltero, el menor de tus ingresos ganados o \$7,500
- Si estás casado, puedes aportar la menor de las siguientes partes:
 - Ingresos que tú (o tu cónyuge) ganas
 - \$7,500 si presentas conjuntamente, o \$3.75 si presentas por separado



¡Calcula bien! No puedes cambiar el importe de tu elección de DCFSA a mitad de año a menos que experimentes un evento que cumpla los requisitos o si tus necesidades cambian. El dinero aportado a un FSA de Cuidado de Dependientes debe utilizarse para gastos incurridos durante el mismo año del plan. Los fondos no gastados serán confiscados.



NUESTROS PLANES

Plan Elite de Renaissance

Plan Enhanced de Renaissance

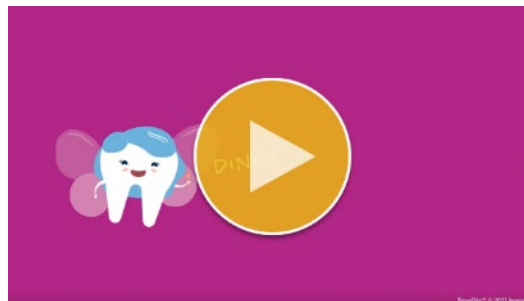
Plan Essential de Renaissance

¿Por qué apuntarse a una cobertura dental?

Cepillarse y usar hilo dental está bien, pero los exámenes regulares detectan los problemas dentales a la hora de tiempo. Si hay algún problema, nuestro plan dental facilita y reduce el coste de recibir el cuidado que necesitas para mantener tu sonrisa.

¡Descubre cómo funciona!

Haz clic para reproducir vídeo



DPPO de Odontología Renaissance

Siempre pagas la franquicia y el copago (\$). El coseguro (%) muestra lo que pagas después del deducible (si aplica).

	Plan Élite Dentro de la red	Plan Enhanced Dentro de la red	Plan Essential Dentro de la red
Deducible del año del plan	\$50 Individual / \$150 Familia	\$0	\$0
Beneficio Anual Máximo	\$1,500 por individuo	\$1,000 por individuo	\$1,000 por individuo
Servicios Preventivos y de Diagnóstico Exámenes Limpiezas Flúor Radiografías anuales de Bitewing	Cubierto al 100%		
Servicios básicos Empastes Extracciones no quirúrgicas Cirugía Oral	Cubierto al 80% tras deducible	Cubierto el 80%	Cubierto el 50%
Servicios principales Puentes Coronas Periodoncia Endodoncia	Cubierto un 50% después del deducible	Cubierto el 50%	Cubierto el 25%
Servicios de Ortodoncia - Dependientes hasta los 19 años	Cubierto un 50% después del deducible	No cubierto	
Máximo beneficio a lo largo de la ortodoncia	\$1,000 por persona	No cubierto	

La tabla anterior ilustra solo tus beneficios dentro de la red de forma resumida. Para una descripción completa de beneficios, coberturas, limitaciones y exclusiones, consulta los documentos de tu plan

TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

	Plan Elite	Plan Enhanced	Plan Essential
EMPLEADO	\$37.62	\$31.49	\$20.75
EMPLEADO + UN ACOMPAÑANTE	\$68.52	\$57.20	\$37.74
FAMILIA	\$107.30	\$89.55	\$59.05



NUESTROS PLANES

Plan de EyeMed SA EE 130/130

¿Por qué suscribirse a una cobertura de visión?

Incluso si tienes visión 20/20, un examen anual de la vista revisa la salud de tus ojos y puede detectar otros problemas de salud. Un examen anual está cubierto por tu plan médico, pero si necesitas gafas o lentillas, la cobertura de visión ayuda a cubrir el coste.

Haz clic para reproducir vídeo



Plan de EyeMed SA EE 130/130: Red de Visión

Tu revisión visual está completamente cubierta después de tu copago del examen. Después de cualquier copago material, el plan cubre monturas, lentes y lentillas, como se describe a continuación.

	Dentro de la red	Proveedor PLUS
Copago	Examen: \$10 de copago	Examen: cubierto al 100%
Marcos	Asignación de \$130	Asignación de \$180
Objetivos	Simple, bifocal, trifocal, standard progressive: los copagos oscilan entre \$10 y \$65 Premium progresivo: los copagos oscilan entre \$95 y \$225	
Lentillas (optativas, en lugar de gafas)	Asignación de \$130	Asignación de \$180
Lentillas de contacto (medicamente necesarias)	Cubierto al 100%	
Frecuencia	Examen: una vez por año planificado Marcos: una vez por año planificado Objetivos: una vez por año planificado Contactos (optativo): una vez por año de planificación	Examen: una vez por año planificado Marcos: una vez por año planificado Objetivos: una vez por año planificado Contactos (optativo): una vez por año de planificación

La tabla anterior ilustra solo tus beneficios dentro de la red de forma resumida. Para una descripción completa de beneficios, coberturas, limitaciones y exclusiones, consulte los documentos de su plan; Los beneficios mostrados son una vez por año de plan

INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK



LENSCRAFTERS™

PEARLE
EST. 1961
VISION™

OPTICAL®

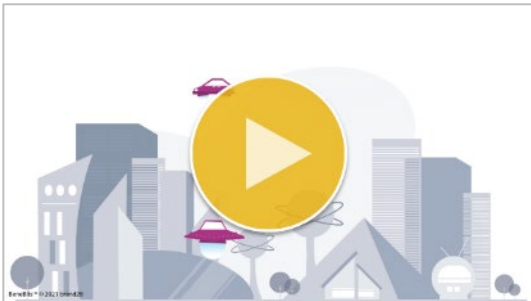
TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

	SA EE 130/130 Plan
EMPLEADO	\$5.41
EMPLEADO + UN ACOMPAÑANTE	\$8.90
FAMILIA	\$16.83



ENGAGE

Haz clic para reproducir vídeo



Atención sanitaria virtual

Maximiza tu atención sanitaria

Saber cómo aprovechar mejor tu cobertura sanitaria puede ayudarte a mejorar tu salud y reducir tus gastos. En esta sección encontrarás consejos sobre:

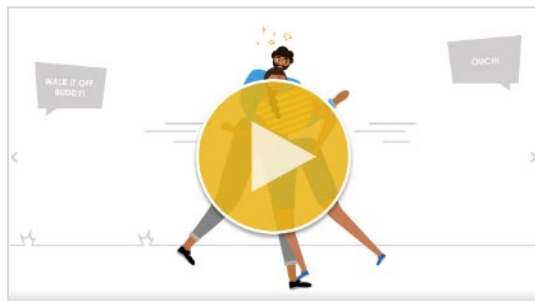
- Encontrar la atención adecuada al precio adecuado
- Alternativas a la atención hospitalaria
- Comprender los beneficios de la atención preventiva
- Ahorrar dinero en medicamentos con receta

SABER A DÓNDE IR

El lugar donde recibas atención médica puede influir significativamente en el coste. Aquí tienes una guía rápida para ayudarte a saber dónde ir, según tu estado, presupuesto y tiempo.

Tipo	Ejemplos
Visita online (24/7—\$) Problemas de salud sin urgencia Intermountain Connect Care: (801) 442-2610	Resfriado, gripe, alergias, dolor de cabeza, migraña Afecciones cutáneas, erupciones, Lesiones menores
Visita a la oficina (\$\$) Atención médica rutinaria y gestión	Cuidados preventivos Enfermedades, lesiones Gestión de las condiciones existentes
Atención urgente (\$\$\$) Condiciones no mortales que requieren atención inmediata	Puntos, esguinces Mordeduras de animales Fiebre alta, infecciones respiratorias
Urgencias (24/7—\$\$\$\$) Condiciones que ponen en peligro la vida y requieren atención inmediata	Sospecha de infarto o ictus Fracturas óseas importantes Sangrado excesivo Dolor intenso Dificultad para respirar

Haz clic para reproducir vídeo



Atención urgente vs urgencias

Mapa de Copagos y Reembolsos de PEHP

Plan Tradicional

(automático, no se necesita aplicación)

No pagues más de \$45 de copago por todos los servicios: sin franquicia ni cargos ocultos

Siempre gana reembolso de efectivo por ciertos servicios preventivos como la colonoscopia en ubicaciones seleccionadas

Después de tu máximo de gastos de bolsillo, puedes recuperar dinero en servicios adicionales

Plan de Franquicia Alta

(se requiere solicitud)

Gana dinero en efectivo cuando visites proveedores en el mapa. Una vez que hayas cumplido tu franquicia, no pagues un copago de más de \$45.

Después de tu máximo de dinero de bolsillo, puedes recuperar dinero adicional.

Siempre gana reembolso de efectivo por ciertos servicios preventivos como la colonoscopia en ubicaciones seleccionadas

[Cómo utilizar los mapas de reembolso y copago de PEHP](#)

Inicia sesión en tu cuenta PEHP y búscala en el menú Buscar proveedores y costes

Directorio de Suministros de PEHP

Directorio de proveedores PEHP

Inicia sesión en tu portal PEHP para ver proveedores e instalaciones específicas de la red visitando <https://www.pehp.org/providerLookup/> o llamando al 801-366-7555. Busca proveedores por nombre, especialidad, ciudad, idioma y género.

Recursos de telemedicina

Intermountain Connect Care: Si estás en Summit o Advantage Networks, escanea este código QR para obtener más información o llama al 801-442-2610

[Intermountainhealthcare.org/services/virtual-care/urgent-care](https://intermountainhealthcare.org/services/virtual-care/urgent-care)

El plan base + y el plan base cuestan \$10

El plan Star HDHP/HSA cuesta \$69



Beneficio de atención primaria Medallus-PEHP

Como empleado del Distrito Escolar de Jordan con PEHP, tienes acceso para designar a Medallus Medical como tu proveedor de atención primaria y de atención primaria ilimitada y de urgencias en 8 clínicas de atención urgente y sin cita en todo Utah. No hace falta cita previa, y **cada miembro de PEHP paga 0 \$ por visita**

Atención primaria

Exámenes físicos anuales
Gestión de
Enfermedades Crónicas
Atención preventiva
Reposición de
medicamentos
Pérdida de peso

Atención Urgente

Resfriado, gripe,
infecciones
Lesiones menores
Esguinces y fracturas
Cortes y heridas

Diagnóstico

Trabajo de laboratorio
in situ
Radiografías
ECGs
Pruebas rápidas

Cuidado familiar

Atención pediátrica
Medicina de Adultos
Cuidado de la Tercera
Edad
Exámenes de Bienestar

Plan BASE + y BASE

\$0 POR VISITA

PEHP paga la cuota mensual por ti. No pagas nada por atención primaria o urgente en Medallus. Visitas ilimitadas, sin sorpresas.

Plan STAR HDHP/HSA

\$0 POR VISITA

Antes del deducible
\$38/mes adultos
niños de \$22/mes

Después del
deducible
¡\$0 por más de
pehp lo cubre!

Las cuotas mensuales cuentan para tu franquicia. Guarda tu franquicia para urgencias y especialistas.



Ubicaciones de Medallus-Health Center

\$0

PER VISIT FOR
EVERY PEHP MEMBER

8

CLINICS ACROSS
THE WASATCH FRONT

7

DAYS A WEEK
9AM TO 8PM

∞

UNLIMITED PRIMARY
AND URGENT CARE

Centro de Salud Layton

1868 N 1200 W, Layton UT

Lunes a domingo, de 9:00 a 7:00

Centro de Salud West Valley

3450 South 5600 West, West Valley City, UT

Lunes a domingo, de 9:00 a 8:00

Centro de Salud South Jordan

10433 South Redwood Rd, South Jordan UT

Lunes a domingo, de 9:00 a 7:00

Centro de Salud de Riverton

13348 S Market Center Drive, Riverton UT

Lunes a domingo, de 9:00 a 8:00

Centro de Salud Draper

1126 East 12300, Draper UT

Lunes a domingo, de 8:00 a 8:00

Centro de Salud Sandy

7998 South 1300 East, Sandy UT

Lunes a domingo, de 9:00 a 8:00

Centro de Salud Holladay

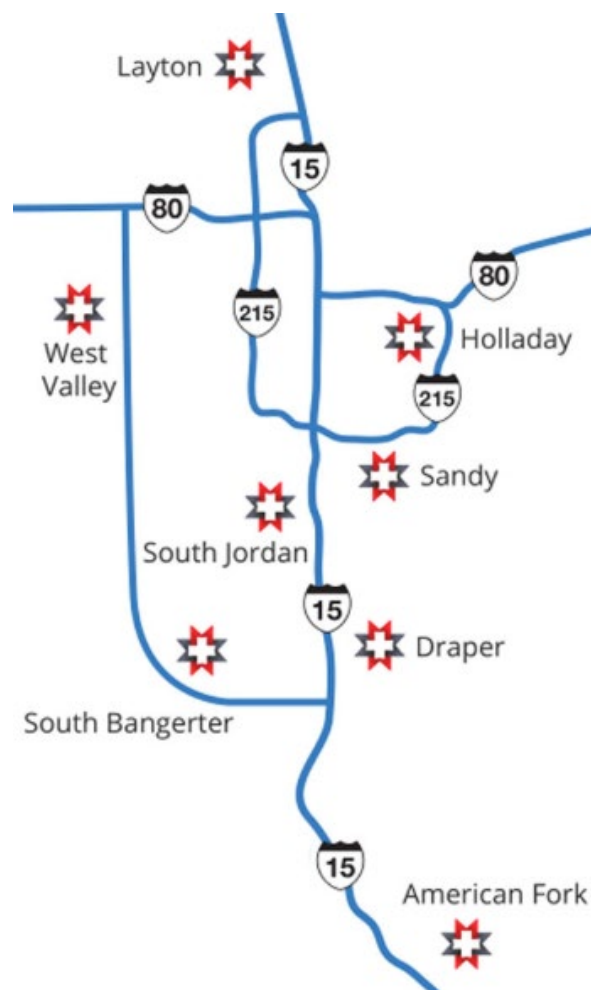
3934 Sur 2300 Este, Holladay UT

Lunes a domingo, de 9:00 a 7:00

Centro de Salud American Fork

476 North 900 West, Suite C, American Fork UT

Lunes a domingo, de 9:00 a 8:00



[Medallusurgentcare.com](https://medallusurgentcare.com)
877-633-9110



ATENCIÓN PREVENTIVA



CRIBADOS TÍPICOS PARA ADULTOS

- Presión arterial
- Colesterol
- Diabetes
- Cribado del cáncer colorrectal
- Depresión
- Mamografías
- Proyecciones de ginecología y obstetricia
- Cribado del cáncer de próstata
- Examen testicular

Llevas tu coche a mantenimiento; ¿Por qué no hacer lo mismo contigo mismo?

Las revisiones preventivas anuales pueden ayudarte a ti y a tu médico a identificar vuestro nivel base de salud y detectar problemas antes de que se graven.

Los planes de salud están obligados a cubrir un conjunto de servicios preventivos sin coste alguno para ti, incluso si no has cumplido tu franquicia. Los servicios de atención preventiva que necesitarás para mantenerte sano varían según la edad, el sexo y el historial médico.

Ten en cuenta: No todos los exámenes y pruebas se consideran cuidados preventivos

Ciertos cribados pueden considerarse diagnósticos, en lugar de preventivos, según tu estado médico actual. Puede que seas responsable de pagar la totalidad o una parte del coste de esos servicios.

Además, los exámenes realizados por especialistas generalmente no se consideran cuidados preventivos y pueden no estar cubiertos al 100%.

Si tienes alguna duda sobre si un servicio estará cubierto como atención preventiva, contacta con tu plan médico.

EMPRESA PROPORCIONADA: SEGURO DE VIDA Y AD&D



Vida básica y AD&D

- El seguro de vida básico paga a tu beneficiario una suma global si falleces. La cobertura de AD&D (muerte accidental y desmembramiento) te proporciona un beneficio si sufres la pérdida de un miembro, habla, vista o audición, o para tu beneficiario si tienes un accidente mortal.
- A todos los empleados elegibles se les proporciona cobertura básica de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D).
- El Distrito Escolar de Jordan paga el 100% de la prima

Cobertura proporcionada por New York Life

	Plan de Vida Básica y Desarrollo de Vida
Vida del empleado y beneficios AD&D	\$50,000
Beneficio del cinturón de seguridad (fallecimiento por accidente de tráfico mientras se lleva correctamente el cinturón)	10% hasta \$25,000
Reducción de beneficios	Las cantidades de cobertura para seguros de vida y AD&D se reducen a: el 50% del beneficio original cuando cumples 70 años
Beneficio vitalicio para cónyuge	\$2,000
	La prestación de vida para cónyuge termina a los 70 años
Beneficio vitalicio de los hijos	\$2,000
	Los niños están cubiertos desde el nacimiento vivo hasta los 26 años

Todos los empleados elegibles tienen la opción de adquirir coberturas adicionales de Vida y AD&D para ellos mismos y para los dependientes elegibles. Los empleados deben adquirir voluntariamente Seguro de Vida y AD&D para sí mismos para poder adquirir cobertura para su cónyuge o hijo(s). Consulte la sección de Beneficios Voluntarios para obtener más información. **Empleados duales:** Si tanto tú como tu cónyuge trabajaréis en el Distrito, ambos estaréis cubiertos solo como empleados en Basic Life y AD&D. Si tienes hijos, por favor que uno de los padres cubra a los dependientes en la vida básica y voluntaria complementaria. Si también quieres inscribirte en el AD&D voluntario, que uno de los padres se inscriba solo como empleado y el otro como empleado = familia. De este modo, ambos calificaréis para el 100% del beneficio para empleados y el/los hijo(s) calificarán para el 15% del importe del beneficio.



TU BENEFICIARIO = ¿QUIÉN COBRA?

Si ocurre lo peor, tu beneficiario —la persona o personas— que constan en Employee Navigator— recibe el beneficio. Asegúrate de nombrar al menos un beneficiario para tu beneficio de seguro de vida y cambia de beneficiario según sea necesario si tu situación cambia.

¿Está protegida tu familia?

El seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y seguro por discapacidad puede cubrir carencias económicas debidas a la pérdida de ingresos. Considera tus gastos y facturas diarias tras un accidente o durante una baja por discapacidad relacionada con la enfermedad, o cómo manejarías los grandes gastos (vivienda, educación, préstamos, tarjetas de crédito, etc.) tras el fallecimiento de tu cónyuge o pareja.

Si necesitas más

Además de la cobertura proporcionada por la empresa, ofrecemos una cobertura voluntaria que puedes contratar para ti, tu cónyuge y tus hijos. Consulte la sección de Planes Voluntarios para más detalles.

EMPRESA PROPORCIONADA: SEGURO DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

Las prestaciones LTD amortiguan el impacto financiero de una discapacidad

El seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) reemplaza parte de tus ingresos para asuntos a largo plazo como:

- Enfermedades incapacitantes, cáncer, enfermedades cardíacas, etc.
- Lesiones graves, accidentes, etc.
- Infarto, ictus
- Trastornos mentales

Si cumples los requisitos, los beneficios de LTD comienzan después de tu periodo de eliminación de 180 días. Los pagos pueden reducirse según las prestaciones por discapacidad estatales, federales o privadas que recibas mientras estés discapacitado.

El Distrito Escolar de Jordan paga el 100% de la prima

Cobertura proporcionada por New York Life

	Plan de Discapacidad a Largo Plazo
Beneficio para empleados	66.67% de los ingresos mensuales con un beneficio mensual máximo de \$8,000
Fecha de inicio del beneficio	Después de 180 días
Duración de la prestación	Hasta la edad normal de jubilación de la Seguridad Social
Limitación de condiciones preexistentes *	3/12
Definición de discapacidad	Incapacidad para desempeñar funciones ocupacionales y pérdida de ingresos del 20%

* Una condición preexistente es cualquier condición por la que hayas recibido atención médica, en los 3 meses previos a la fecha efectiva de tu cobertura, que resulta en una discapacidad durante los primeros 12 meses de cobertura.



3 COSAS QUE DEBES SABER SOBRE EL SEGURO A LARGO PLAZO

1. Puede protegerte de tener que recurrir a tus ahorros para la jubilación.
2. Puedes usar los beneficios de LTD como necesitas, para vivienda, comida, facturas médicas, etc.
3. Las prestaciones pueden durar mucho tiempo—desde semanas hasta incluso años—si sigues siendo elegible.



PLANES VOLUNTARIOS

NUESTROS PLANES VOLUNTARIOS

- Plan de Vida voluntaria y AD&D
- Plan de Accidente voluntario
- Plan de Enfermedad Crítica Voluntaria
- Plan de Indemnización Hospitalaria Voluntaria

Eres único—y también lo son tus necesidades de beneficios

Las prestaciones voluntarias son coberturas opcionales que te ayudan a personalizar tu paquete de beneficios según tus necesidades individuales.

Pagas el coste total de estos planes, pero las tarifas pueden ser más asequibles que la cobertura individual. Y además tienes la comodidad añadida de pagar a través de la deducción de nómina.

Las prestaciones voluntarias son precisamente eso: voluntarias. Tienes la libertad y flexibilidad para elegir los beneficios que tengan sentido para ti y tu familia. También puedes elegir no inscribirte en ningún momento en prestaciones voluntarias; depende de ti.

SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO VOLUNTARIO Y SEGURO DE AD&D



EMISIÓN GARANTIZADA

Esta es la cantidad máxima que puede adquirir al inscribirse inicialmente como nuevo empleado o como active durante el periodo de inscripción abierta. Si esperas para contratar cobertura adicional después de cualquiera de estos periodos electorales o por encima del importe garantizado, tendrás que rellenar un formulario EOI (prueba de asegurabilidad) y esperar la aprobación de la aseguradora.

Todos los importes del Seguro Complementario Voluntario superiores a la emisión garantizada están sujetos a la evidencia de asegurabilidad (EOI). El seguro entrará en vigor el primero del mes siguiente a la aprobación de la suscripción por **parte de New York Life**. Las prestaciones de vida suplementaria se reducirán al 50% a los 70 años. La cobertura termina al jubilarse. Supplemental Life ofrece una opción de portabilidad o un Derecho de Conversión.

Muerte accidental y desmembramiento: Puedes optar por cobertura solo para empleados o familiar. Si eliges la cobertura familiar, tu prestación familiar se basa en los siguientes criterios en el momento del accidente. Cubierto 100% para empleados, 60% para cónyuge si no hay hijos, 50% para cónyuge si hay hijos elegibles, 10% para hijos si es elegible y 15% para hijos si no hay cónyuge.

Empleado duales: Si tanto tú como tu cónyuge trabajaréis en el Distrito, ambos estaréis cubiertos solo como empleados en Basic Life y AD&D. Si tienes hijos, por favor que uno de los padres cubra a los dependientes en la vida básica y voluntaria complementaria. Si también quieres inscribirte en el AD&D voluntario, que uno de los padres se inscriba solo como empleado y el otro como empleado + familia. De este modo, ambos calificaréis para el 100% del beneficio para empleados y el/los hijo(s) calificarán para el 15% del importe del beneficio.

Cobertura	Beneficios	Emisión de garantía
Empleado	5 veces el salario hasta un máximo de \$500,000 (en incrementos de \$10,000)	Menos de 5x el salario o \$300,000
Cónyuge	No debe superar la cobertura del empleado hasta \$250,000 (en incrementos de \$5,000)	Menos del 100% del beneficio del empleado o \$50,000
Hijo o hijos dependientes hasta los 26 años	\$10,000 en cobertura	\$10,000

COSTES VOLUNTARIOS DE SEGURO DE VIDA Y D&D

Si eliges una cobertura voluntaria, tu tarifa mensual de prima se calcula en función de tu edad y la cantidad de cobertura. Tendrás que hacer elecciones separadas si quieres cobertura de vida voluntaria y cobertura voluntaria de AD&D. Las tarifas en la tabla siguiente reflejan la cobertura de Vida Voluntaria y TD&D. Utiliza las tablas a continuación para estimar la cantidad de la prima que se descontará de tu nómina. Los costes de tu Plan Voluntario se deducen de tu salario después de impuestos.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO – TARIFA MENSUAL POR CADA \$1,000 DE COBERTURA

EDAD	EMPLEADO y CÓNYUGE
18 a 24	\$0.05
25 a 34	\$0.06
35 a 39	\$0.08
40 a 44	\$0.10
45 a 49	\$0.15
50 a 54	\$0.22
55 a 59	\$0.37
60 a 64	\$0.44
65 a 69	\$0.72
*70 a 74	\$1.35
75 años y más	\$2.06

* La cobertura para cónyuges se reduce en un 50% a los 70 años

SEGURO VOLUNTARIO DE AD&D

NIVEL DE COBERTURA	Tarifa por cada \$1,000 de cobertura
Empleado	\$0.025
Familia	\$0.038

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO PARA DEPENDIENTES

COBERTURA	Tarifa por cada \$10,000 de cobertura
\$10,000	\$2.00

CALCULA EL COSTE DE TU SEGURO DE VIDA y AD&D

1. Cobertura deseada (incrementos de \$1,000)

Tú:	Cónyuge:
-----	----------

2. Divide el Paso 1 entre 1.000 =

Tú:	Cónyuge:
-----	----------

3. Multiplicar el paso 2 por la tasa a partir de la tabla =

Tú:	Cónyuge:
-----	----------

4. Multiplicar el paso 4 por 12 y dividir por 24 =

Tú:	Cónyuge:
-----	----------

5. Añadir Tú + cónyuge del Paso 4:

COSTE TOTAL POR NÓMINA:



PLANES VOLUNTARIOS RELACIONADOS CON LA SALUD



COSAS A TENER EN CUENTA

Tu plan médico ayuda a cubrir el coste de la enfermedad, pero una crisis médica grave o prolongada suele implicar gastos adicionales y puede afectar tu capacidad para llevar a casa un sueldo completo. Estos planes te proporcionan recursos para ayudarte a salir adelante mientras hay presiones adicionales para tus finanzas.

Seguro de accidentes

El seguro de accidentes de **Aflac** te ayuda a cubrir costes inesperados que pueden acumularse debido a lesiones comunes como fracturas, luxaciones, quemaduras, visitas a urgencias o atención urgente, así como a la fisioterapia. Si tú o un familiar cubierto sufrís un accidente, este plan paga una prestación global libre de impuestos. La cantidad de dinero que se paga depende del tipo y la gravedad de tu lesión y puede utilizarse de cualquier forma que elijas.

Seguro por enfermedades graves

El seguro de enfermedades graves de **Aflac** puede ayudar a cubrir un déficit económico si sufres una enfermedad grave como cáncer, infarto o ictus. Al diagnosticar una enfermedad cubierta, se te paga inmediatamente una prestación global libre de impuestos. Utilízalo para ayudar a cubrir gastos médicos, transporte, cuidado infantil, ingresos perdidos o cualquier otra necesidad tras una enfermedad grave. Eliges una cantidad de prestación que se ajuste a tu nómina y que puedas cubrirte a ti y a tus familiares si es necesario.

Seguro de Indemnización Hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria de **Aflac** puede mejorar tu cobertura médica actual. El plan paga una prestación global libre de impuestos cuando tú o un dependiente inscrito sois admitidos o ingresados en el hospital por accidentes y enfermedades cubiertos. Puedes usar el dinero que recibas bajo el plan como consideres oportuno, para pagar facturas médicas, cuidado infantil o para gastos de vida habituales como la compra — tú decides.



ACCIDENTE VOLUNTARIO

Plan de Accidentes Aflac – Cobertura fuera del trabajo – 100% pagado por empleados

Beneficio	Accidente fuera del trabajo
Muerte accidental: EE / Cónyuge / Hijo	\$50,000 / \$25,000 / \$10,000
Desmembramiento EE / Cónyuge / Hijo	Hasta \$20,000 / \$8,000 / \$4,000
Dislocaciones y fracturas	Hasta \$2,500
Visitas hospitalarias o confinamiento Confinamiento inicial / Internamiento hospitalario / Cuidados intensivos	\$1,000 / \$300 Al Día / \$600 Al Día
Ambulancia	\$400 Regular Ambulance or \$1,200 Air Ambulance
Servicios de urgencias con radiografía	\$225
Servicios de urgencias sin radiografía	\$175
Conmoción cerebral	\$500
Laceraciones	\$50 to \$400
Quemaduras Menos del 35% de la superficie corporal Más del 35% de la superficie corporal	\$75-\$7,500 \$750 - \$15,000
Electrodoméstico	\$100
Fisioterapia (10 por accidente)	\$50 Al Día
Rehabilitación (hasta 31 días por confinamiento – máximo 62 días al año)	\$100 Al Día
Transporte (hasta 3 por accidente)	\$200-\$500
Alojamiento para familiares (hasta 30 días)	\$200 Por Noche
Tratamiento de seguimiento del accidente (6 por accidente)	\$50 Al Día
Bienestar / Beneficios para médicos ambulatorios (por miembro de la familia cubierto y por año)	\$50

TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

	Plan de Accidentes
EMPLEADO	\$13.18
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$22.74
EMPLEADO + HIJO(SN)	\$29.46
FAMILIA	\$39.02

PLAN DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Indemnización hospitalaria de Aflac - 100% pagada por el empleado

Beneficio	Plan de Indemnización Hospitalaria
Ingreso hospitalario	\$1,000
Beneficio diario por confinamiento hospitalario	\$150 hasta 31 días
Beneficio de Cuidados Intensivos Hospitalarios	De \$150 hasta 10 días
Emisión garantizada	Sí
Periodo de espera preexistente	Ninguno
Periodo de carantía por maternidad	Ninguno

TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

	Plan de Indemnización Hospitalaria
EMPLEADO	\$18.96
EMPLEADO + CÓNYUGE	\$36.14
EMPLEADO + HIJO(SN)	\$29.18
FAMILIA	\$46.36

ENFERMEDAD CRÍTICA VOLUNTARIA

Aflac Enfermedad Crítica - 100% Salariado por el empleado

Beneficio	Plan Bajo	Plan Alto
Beneficio inicial por enfermedad grave - Empleado / Dependientes	Hasta \$15,000/ Hasta \$7,500	Hasta \$30,000 / Hasta \$15,000
Beneficio de la Recurrencia Ocurrencia adicional (condición diferente)	Paga el 100% de los beneficios de la póliza base que antes pagaba – Las ocurrencias deben estar separadas por 6 meses	
Enfermedades Graves Adicionales Cubiertas – Empleados / Dependientes	Paga el 100% de los beneficios de la póliza base que antes pagaba – Las ocurrencias deben estar separadas por 6 meses	
Bienestar	\$50 por completar el examen de bienestar aprobado – se puede reclamar una vez por persona cubierta al año *no pagado por hijos dependientes	
Emisión garantizada	Sí	
Periodo de espera preexistente	Ninguno	

TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

Tasas de enfermedades graves no relacionadas con el tabaco					
Plan Bajo			Plan Alto		
Franjas de edad	Empleado	Cónyuge	Franjas de edad	Empleado	Cónyuge
18 a 25	\$5.13	\$3.33	18 a 25	\$8.74	\$5.13
26 a 30	\$6.73	\$4.12	26 a 30	\$11.94	\$6.73
31 a 35	\$7.76	\$4.64	31 a 35	\$14.00	\$7.76
36 a 40	\$10.04	\$5.78	36 a 40	\$18.55	\$10.04
41 a 45	\$12.07	\$6.80	41 a 45	\$22.62	\$12.07
46 a 50	\$14.36	\$7.94	46 a 50	\$27.20	\$14.36
51 a 55	\$22.11	\$11.82	51 a 55	\$42.70	\$22.11
56 a 60	\$21.54	\$11.53	56 a 60	\$41.55	\$21.54
61 a 65	\$44.37	\$22.94	61 a 65	\$87.21	\$44.37
66 años y más	\$78.51	\$40.01	66 años y más	\$155.49	\$78.51



TUS COSTES MENSUALES DE PRESTACIÓN

Tasas de enfermedades críticas relacionadas con el tabaco					
Plan Bajo			Plan Alto		
Franjas de edad	Empleado	Cónyuge	Franjas de edad	Empleado	Cónyuge
18 a 25	\$6.83	\$4.17	18 a 25	\$12.14	\$6.83
26 a 30	\$9.03	\$5.28	26 a 30	\$16.54	\$9.03
31 a 35	\$11.25	\$6.39	31 a 35	\$20.99	\$11.25
36 a 40	\$15.20	\$8.36	36 a 40	\$28.88	\$15.20
41 a 45	\$18.28	\$9.90	41 a 45	\$35.03	\$18.28
46 a 50	\$21.82	\$11.67	46 a 50	\$42.12	\$21.82
51 a 55	\$34.34	\$17.93	51 a 55	\$67.15	\$34.34
56 a 60	\$34.70	\$17.93	56 a 60	\$67.88	\$34.70
61 a 65	\$69.44	\$35.48	61 a 65	\$137.36	\$69.44
66 años y más	\$119.94	\$60.73	66 años y más	\$238.35	\$119.94





BIENESTAR y EQUILIBRIO

"La clave para mantener el equilibrio es saber cuándo lo has perdido. "

Una versión de ti más feliz y saludable

Crear un equilibrio saludable entre trabajo y ocio es un factor clave para llevar un estilo de vida feliz y productivo, pero no siempre es fácil.

Ofrecemos programas para ayudarte a:

- Gestiona el estrés, el trastorno por consumo de sustancias, la salud mental y los problemas familiares.
- Maximiza tu bienestar físico.
- Dedica tiempo para estar con familia y amigos, ocuparte de tus asuntos personales o simplemente para ti.

Cuidarte a ti mismo te ayuda a ser más eficaz en todas las áreas de tu vida. Asegúrate de aprovechar estos programas para mantenerte en tu mejor forma.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Ayuda para ti y los miembros de tu hogar

Hay momentos en los que todos necesitamos un poco de ayuda o consejo, o asistencia con una preocupación seria. El EAP de **Blomquist Hale & ComPsych** puede ayudarte a gestionar una amplia variedad de cuestiones personales como la salud emocional y el trastorno por consumo de sustancias; necesidades de crianza y cuidado infantil; asesoramiento financiero; asesoramiento legal; y recursos para el cuidado de personas mayores.

Lo mejor de todo es que contactar con el EAP es **completamente confidencial**, gratuito y está disponible para cualquier miembro de tu hogar inmediato.

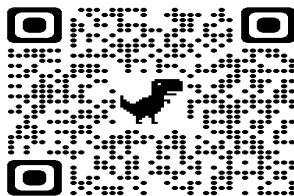
Recursos de EAP sin coste

- Acceso ilimitado al teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Asesoramiento presencial/virtual para problemas a corto plazo; **hasta 3 visitas por número por año natural**
- Acceso ilimitado a artículos útiles, recursos y herramientas de autoevaluación.

CONTACTA EL EAP DE COMPSYCH

Teléfono

(800) 344-9752



Sitio web

www.guidanceresources.com

ID web: NYLGBS

CONTACTA CON EL EAP DE BLOMQUIST HALE

Teléfono

(800) 926-9619



Sitio web

www.blomquisthale.com

www.youtube.com/c/blomquisthale/videos

Detalles del beneficio

¿Qué está disponible si estás en el plan médico?

Tienes acceso tanto a Blomquist Hale como a ComPsych para cualquier sesión presencial o virtual. No solo cuentan con muchos recursos para ayudarte a desenvolverte en el mundo de la salud mental, sino que también pueden ayudarte a encontrar un proveedor dentro de la red si necesitas ayuda adicional. Una vez derivados, esos beneficios están sujetos a tu plan médico.

¿Qué está disponible para beneficiar a los empleados elegibles?

Tienes acceso tanto a la biblioteca de literatura online de Blomquist Hale y ComPsych, como a la terapia presencial y virtual de ComPsych

¿Qué está disponible para todos los empleados?

Tienes acceso a la educación online a través de Blomquist Hale o ComPsych a través de las páginas web a la izquierda

BENEFICIOS DEL ASESORAMIENTO

- Dificultad con Relación
- Angustia emocional
- Estrés laboral
- Comunicación/ Cuestiones de conflicto
- Alcohol o drogas Problemas
- Pérdida y fallecimiento

CONSULTA LEGAL

- Derivación a un abogado local
- Problemas familiares (matrimoniales, custodia de hijos, adopción)
- Planificación patrimonial
- Propietario/inquilino
- Inmigración
- Lesiones personales
- Protección al consumidor
- Bienes raíces
- Quiebra

CRianza & CUIDADO INFANTIL

- Derivaciones a proveedores de calidad
- Residencias de Guardería Familiar, Centros de Infantería y Escuelas Infantiles
- Cuidado antes y después del colegio
- atención las 24 horas

RECURSOS PARA EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

- Ayuda para encontrar recursos adecuados para cuidar a un familiar mayor o discapacitado

COACHING FINANCIERO

- Gestión del dinero
- Gestión de deudas
- Resolución de robo de identidad
- Cuestiones fiscales

RECURSOS EN LÍNEA

- Herramientas de autoayuda para mejorar la resiliencia y el bienestar
- Información útil y enlaces a diversos servicios y temas

CONTACTOS DEL PLAN

RECURSOS ÚTILES

Oficina de Servicios de Seguros de Jordan

(801) 567-8146

Insurance@jordandistrict.org

Employee Navigator

www.employeenavigator.com

MÉDICO

PEHP

www.pehp.org

(800) 765-7347

(801) 366-7555

Medallus Medical

www.medallusurgentcare.com

(877) 633-9110

Farmacia

Express Scripts

www.express-scripts.com

(800) 282-2881

Ahorro en costes de recetas

CRX International

www.crxintl.com

Servicios a los miembros

(866) 488-7874

DENTAL

Renacimiento

renaissancebenefits.com

(800) 894-4532

VISIÓN

EyeMed

www.eyemedvisioncare.com

(888) 449-3633

AHORROS EN SALUD CUENTA (HSA)

Lively/AFCU

Equipo de Apoyo a Miembros
Dinámicos

support@livelyme.com

(833) 401-0012

VIDA E INCAPACIDAD A LARGO PLAZO

New York Life

www.myNYLGBS.com

(800) 732-1603

CUENTAS DE REEMBOLSO (FSA y SECCIÓN 125)

Beneficios de la APA Choice

www.apachoicepoint.net

claims@apabenefits.com

(801) 561-4980

(888) 311-7478

Fax (801) 561-5056

ASISTENCIA AL EMPLEADO PROGRAMA (EAP)

Blomquist Hale

www.blomquisthale.com

(800) 926-9619

(801) 262-9619

ComPsych

www.guidanceresources.com

ID web: NYLGBS

(800) 344-9752

LÍNEAS VOLUNTARIAS

Aflac - Productos para lugares de trabajo

Grupo #: Reclamaciones: (800)

433-3035

www.aflacgroupinsurance.com

Lee Harmer – VBS

(801) 716-8084

Lee@vbs-benefits.com

INSCRIPCIÓN ABIERTA Y SOPORTE A RECLAMACIONES

Shanna Marchant

Shanna.marchant@alliant.com

(801) 599-4826

Melody Evans

Melody.evans@alliant.com

(720) 617-4840

AVISOS ANUALES 2026

Aviso de la Parte D de Medicare

Aviso importante del Distrito Escolar de Jordan sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Por favor, lee este aviso detenidamente y guárdalo donde puedas encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta en el Distrito Escolar de Jordan y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarte a decidir si quieres o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si estás pensando en unirse, deberías comparar tu cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos a qué coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en tu zona. La información sobre dónde puedes obtener ayuda para tomar decisiones sobre tu cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puedes obtener esta cobertura si te unes a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. El Distrito Escolar de Jordan ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por PEHP y Express Scripts, Base +/Plan Base/Star HSA, se espera que pague de media para todos los participantes del plan tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por tanto, se considera Cobertura Creditable. Como tu cobertura actual es Creditable, puedes conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puedes unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puedes unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando seas elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierdes tu cobertura actual de medicamentos con receta acreditable, sin culpa propia, también serás elegible para un Periodo Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre con tu cobertura actual si decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare, tu cobertura del Distrito Escolar de Jordan no se verá afectada. A continuación consulta más información sobre qué ocurre con tu cobertura actual si te afilias a un plan de medicamentos de Medicare.

Dado que la cobertura de medicamentos con receta existente bajo el Distrito Escolar de Jordan es creíble (por ejemplo, tan buena como la cobertura de Medicare), puedes conservar tu cobertura de medicamentos con receta y optar por no inscribirte en un plan de la Parte D; o puedes inscribirte en un plan de la Parte D como complemento o en lugar de tu cobertura actual de medicamentos con receta.

Si decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar la cobertura de medicamentos con receta del Distrito Escolar de Jordan, ten en cuenta que tú y tus dependientes solo podéis recuperar esta cobertura en la inscripción abierta o si experimentáis algún evento que implique un Derecho de Inscripción Especial HIPAA.

¿Cuándo pagarás una prima (penalización) más alta para unirte a un plan de medicamentos de Medicare?

También debes saber que si cancelas o pierdes tu cobertura actual con el Distrito Escolar de Jordan y no te unes a un plan de medicamentos de Medicare en los 63 días continuos posteriores a la finalización de tu cobertura actual, podrías pagar una prima más alta (una penalización) para unirte a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasas 63 días continuos o más sin una cobertura creditable de medicamentos con receta, tu prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base de beneficiarios de Medicare por cada mes en que no tuviste esa cobertura. Por ejemplo, si pasas diecinueve meses sin una cobertura acreditable, tu prima puede ser consistentemente al menos un 19% superior a la prima base de beneficiario de Medicare. Puede que tengas que pagar esta prima más alta (una penalización) siempre que tengas cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tengas que esperar hasta octubre siguiente para unirte.

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

Contacta con la persona que aparece a continuación para más información. NOTA: Recibirás este aviso cada año. También lo recibirás antes del siguiente periodo en el que podrás unirte a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través del distrito escolar de Jordan cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre tus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta se encuentra en el manual "Medicare & You". Cada año recibirás una copia del manual por correo de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visita [medicare.gov](https://www.medicare.gov)
- Llama a tu Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (consulta la contraportada interior de tu copia del manual "Medicare & You" para su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- Llama al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si tienes ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para más información sobre esta ayuda adicional, visita la Seguridad Social en la web [en socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov), o llámales al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Recuerda: Conserva este aviso de Cobertura Creditable. Si decides unirte a uno de los planes de medicamentos de Medicare, puede que tengas que proporcionar una copia de este aviso al unirte para demostrar si has mantenido una cobertura creíble y, por tanto, si estás obligado a pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha:	23/06/2026
Nombre de la entidad/remitente:	Distrito Escolar de Jordan
Puesto de contacto/Oficina:	Servicios de Seguros
Dirección:	7387 S. Campus View Drive, West Jordan, UT 84084
Número de teléfono:	801-567-8146

Ley de Salud de la Mujer y Derechos contra el Cáncer

Si te has sometido o vas a someterse a una mastectomía, puedes tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera determinada en consulta con el médico responsable y el paciente, para:

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

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a las mismas franquicias y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros: PEHP Base + \$1,750/\$5,250 (individual/familia); PEHP Base 2.750/\$8,250 (individual/familia); PEHP HDHP \$2,500/\$5,000 (individual/familia). Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan al 801-567-8146.

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o a su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de estancia no superior a 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre las prestaciones por maternidad, llame al administrador de su plan al 801-567-8146.

Aviso de Derechos Especiales de Inscripción según la HIPAA

Si rechazas la inscripción en el plan de salud del Distrito Escolar de Jordan para ti o tus dependientes (incluido tu cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal, tú o tus dependientes podrías inscribirte en el plan de salud del Distrito Escolar de Jordan sin esperar al siguiente periodo de inscripción abierta si:

- Perder otro seguro de salud o cobertura de planes de salud grupales. Debes solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de otra cobertura.
- Obtén un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. Debes solicitar la inscripción en el plan de salud dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.
- Pierde la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) porque ya no eres elegible. Debes solicitar la inscripción en el plan médico dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de dicha cobertura.

Si solicitas un cambio debido a un evento especial de inscripción dentro del plazo de 30 días, la cobertura será efectiva a partir de la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para todos los demás eventos, la cobertura entrará en vigor el primer mes siguiente a tu solicitud de inscripción. Además, puedes inscribirte en el plan de salud del distrito escolar de Jordan si llegas a ser elegible para un programa estatal de asistencia a primas bajo Medicaid

o CHIP. Debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes a que obtienes la elegibilidad para la cobertura del plan médico. Si solicitas este cambio, la cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a tu solicitud de inscripción. Pueden aplicarse restricciones específicas, dependiendo de la legislación federal y estatal.

Nota: Si tu dependiente se convierte en elegible para un derecho especial de inscripción, puedes añadir al dependiente a tu cobertura actual o cambiar a otro plan de salud

Aviso de Disponibilidad de Prácticas de Privacidad

Mantenemos el Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA para el Distrito Escolar de Jordan, que describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información sanitaria sobre usted. Puede obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad contactando con el Distrito Escolar de Jordan.

Unaviso legal de CA

Esta oferta de cobertura puede descalificarte para recibir subvenciones gubernamentales para un plan de intercambio incluso si decides no inscribirte. Para ser elegible para la subvención, tendrías que demostrar que esta oferta es inasequible para ti, lo que significa que la contribución requerida para la cobertura exclusiva para empleados bajo nuestro plan base supera el 9,96% en 2026 de tu ingreso familiar ajustado modificado.

Las reglas de 'Sin sorpresas'

Las normas de "No Sorpresas" te protegen de facturas médicas inesperadas en situaciones en las que no puedas elegir fácilmente a un proveedor que forme parte de tu red de seguro de salud. Esto es especialmente común en situaciones de emergencia, cuando puedes recibir atención de proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red o los centros de emergencia pueden pedirte que firmes un aviso y un formulario de consentimiento antes de prestar ciertos servicios cuando ya no necesites atención de urgencia. Estos se llaman "servicios post-estabilización". No deberías recibir este aviso y consentimiento si vas a recibir servicios de emergencia distintos a los postestabilización. También se puede pedir que firmes un aviso y un formulario de consentimiento si programas ciertos servicios no urgentes con un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red.

El formulario de notificación y consentimiento te informa sobre tus protecciones frente a facturas médicas inesperadas, te da la opción de renunciar a esas protecciones y pagar más por la atención fuera de la red, y te proporciona una estimación de cuánto podría costar tu atención fuera de la red. No estás obligado a firmar el formulario y no deberías firmarlo si no pudiste elegir proveedor o centro sanitario antes de programar la atención. Si no firmas, puede que tengas que reprogramar tu atención con un proveedor o centro de la red de tu plan de salud.

[Consulta un formulario de aviso y consentimiento de ejemplo](#) (PDF).

Esto se aplica a ti si eres participante, beneficiario, inscrito o persona cubierta en un plan de salud grupal o en una cobertura de seguro de salud colectiva o individual, incluyendo un plan de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB).

Aviso de Elección de Proveedores

El plan del Distrito Escolar de Jordan generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Tienes derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarte a ti o a tus familiares

Para los niños, puedes designar a un pediatra como médico de atención primaria.

No necesitas autorización previa del plan del Distrito Escolar de Jordan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para acceder a atención obstétrica o ginecológica de un profesional sanitario de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional sanitario puede estar obligado a cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer derivaciones. Para obtener una lista de profesionales sanitarios participantes especializados en obstetricia o ginecología, contacte con Servicios de Seguros en el 801-567-8146.

La Ley de Michelle

El plan del Distrito Escolar de Jordan puede ampliar la cobertura médica para los hijos dependientes si pierden la elegibilidad para la cobertura debido a una baja médica necesaria en el colegio. La cobertura puede continuar hasta un año, a menos que la elegibilidad de tu hijo termine antes por otro motivo.

La cobertura ampliada está disponible si la baja escolar de un niño —o el cambio en su estado de matrícula (por ejemplo, pasar de tiempo completo a tiempo parcial)— comienza mientras el niño tiene una enfermedad o lesión grave, es médicamente necesario y, en general, hace que termine la elegibilidad para la cobertura estudiantil bajo el plan. Puede ser necesario un certificado escrito del médico del niño que indique que el niño sufre una enfermedad o lesión grave y que la baja es médicamente necesaria.

Si tu hijo va a perder la posibilidad de recibir cobertura debido a una baja médica necesaria y quieres que se amplíe su cobertura, notifique por escrito a los Servicios de Seguros tan pronto como se reconozca la necesidad de la baja. Además, contacta con el plan de salud de tu hijo para ver si alguna ley estatal que exija una cobertura ampliada puede aplicarse a sus prestaciones.

ser solicitado o obligado a renunciar a la confidencialidad de tu información sanitaria como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba tu información con el fin de prestarte servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La única persona que puede recibir tu información personal identificable de salud es un coach de salud para ofrecerte servicios dentro del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de tus registros personales, la información almacenada electrónicamente será encriptada y ninguna información que proporciones como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión laboral. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier brecha de datos y, en caso de que ocurra una brecha de datos relacionada con la información que proporcione en relación con el programa de bienestar, le notificaremos de inmediato.

No puede que se te discrimine en el empleo por la información médica que proporciones como parte de tu participación en el programa de bienestar, ni tampoco puedes estar sujeto a represalias si decides no participar.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y la represalia, por favor contacte con Servicios de Seguros en el 801-567-8146.

Declaración de la Ley de Reducción de Papeleo

Según la Ley de Reducción de Papeleo 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 Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB vigente en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin excepción de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación no muestra un número de control válido de la OMB. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta colección de información, incluyendo sugerencias para reducir dicha carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Sala N-5718, Washington, DC 20210, o enviar un correo [electrónico ebbsa.opr@dol.gov](mailto:ebbsa.opr@dol.gov) y consultar el número de control de la OMB 1210-0137.

Asistencia para remio bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)

Si tú o tus hijos sois elegibles para Medicaid o CHIP y tú también puedes recibir cobertura sanitaria de tu empleador, tu estado puede tener un programa de ayuda para primas que ayude a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si tú o tus hijos no sois elegibles para Medicaid o CHIP, no serás elegible para estos programas de asistencia a primas, pero podrías contratar un seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visita www.healthcare.gov.

Si tú o tus dependientes ya estáis inscritos en Medicaid o CHIP y vivís en un estado que se indica a continuación, contactad con la oficina de Medicaid o CHIP de tu estado para saber si hay ayuda para la prima disponible.

Si tú o tus dependientes NO estáis actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y creéis que vosotros o alguno de vuestros dependientes podríais ser elegibles para alguno de estos programas, contactad con la oficina de Medicaid o CHIP estatal o marcad **al 1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitar. Si cumples los requisitos, pregunta a tu comunidad autónoma si tiene algún programa que te ayude a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si tú o tus dependientes sois elegibles para la ayuda de primas bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan de tu empresa, tu empleador debe permitirte inscribirte en tu plan de empleador si aún no estás inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **debes solicitar la cobertura dentro de los 60 días siguientes a ser considerado elegible para la ayuda de prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empresa, contacte con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame **al 1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vives en uno de los siguientes estados, podrías ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de tu empleador. La siguiente lista de estados está actualizada a 31 de julio de 2025. Contacta con tu Estado para más información sobre la elegibilidad—

Alabama – Medicaid

Página web: myalhipp.com

Teléfono: (855) 692-5447

Alaska – Medicaid

El Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK

Página web: myakhipp.com

Teléfono: (866) 251-4861

Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com

Elegibilidad para Medicaid:

health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx

Arkansas – Medicaid

Página web: myarhipp.com

Teléfono: (855) MyARHIPP (692-7447)

California – Medicaid

Página web del Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP): dhcs.ca.gov/HIPP

Teléfono: (916) 445-8322

Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

Fax: (916) 440-5676

Colorado – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+)

Página web de Health First Colorado:

healthfirstcolorado.com

Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: (800) 221-3943 (TTY: 711)

CHP+: hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus

Atención al cliente CHP+: (800) 359-1991 (TTY: 711)

Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI):

mycohibi.com

Atención al cliente de HIBI: (855) 692-6442

Florida – Medicaid

Página web:

flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp

Teléfono: (877) 357-3268

Georgia – Medicaid

Página web de GA HIPP: medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp

Teléfono: (678) 564-1162, pulsa 1

Página web de GA CHIPRA:

medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra

Teléfono: (678) 564-1162, pulsa 2

Indiana – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud

Todos los demás Medicaid

Página web: in.gov/medicaid

Página web: in.gov/fssa/dfr

Administración de Servicios Familiares y Sociales

Teléfono: (800) 403-0864

Teléfono de Servicios a Socios: (800) 457-4584

Iowa – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid

Teléfono de Medicaid: (800) 338-8366

Página web de Hawki: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki

Teléfono de Hawki: (800) 257-8563

Página web de HIPP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp

Teléfono HIPP: (888) 346-9562

Kansas – Medicaid

Página web: kancare.ks.gov

Teléfono: (800) 792-4884

Teléfono HIPP: (800) 967-4660

Kentucky – Medicaid

Página web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP): chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx

Teléfono: (855) 459-6328

Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Página web de KCHIP: kynect.ky.gov

Teléfono: (877) 524-4718

Sitio web de Medicaid: chfs.ky.gov/agencies/dms

Luisiana – Medicaid

Sitio web de Medicaid de Luisiana: ldh.la.gov/healthy-Louisiana

Línea de Atención al Cliente de Medicaid: (888) 342-6207

Correo electrónico de Medicaid de Luisiana:

healthy@la.gov

Programa de Prima de Seguro de Salud de Luisiana (LaHIPP) Página web: ldh.la.gov/lahipp

Teléfono LaHIPP: (877) 697-6703

Correo electrónico LaHIPP: La.HIPP@la.gov

fax LaHIPP: (888) 716-9787

Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000, Tucker, GA 30084

Maine – Medicaid

Página web de inscripción:

mymaineconnection.gov/benefits

Teléfono: (800) 442-6003 (TTY: 711)

Página web de primas de seguro de salud privado:

maine.gov/dhhs/ofi/formularios-de-solicitudes-

Teléfono: (800) 977-6740 (TTY: 711)

Massachusetts – Medicaid y CHIP

Página web: mass.gov/masshealth/pa

Teléfono: (800) 862-4840 (TTY: 711)

Correo electrónico:

masspremassistance@accenture.com

Minnesota – Medicaid

Página web: mn.gov/dhs/health-care-coverage/

Teléfono: (800) 657-3672

Misuri – Medicaid

Página web: mydss.mo.gov/mhd/sanidad

Teléfono: (573) 751-2005

Montana – Medicaid

Sitio web: dphhs.mt.gov/

MontanaHealthcarePrograms/HIPP

Teléfono: (800) 694-3084

Correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov

Nebraska – Medicaid

Página web: ACCESSNebraska.ne.gov

Teléfono: (855) 632-7633

Lincoln: (402) 473-7000

Omaha: (402) 595-1178

Nevada – Medicaid

Sitio web de Medicaid: dhcfp.nv.gov

Teléfono de Medicaid: (800) 992-0900

Nueva Hampshire – Medicaid

Sitio web: dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/programa-prima-de-seguro-de-salud

Teléfono: (603) 271-5218

Número gratuito del programa HIPP: (800) 852-3345, ext. 15218

Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

Nueva Jersey – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: state.nj.us/servicios/humanos/dmahs/clientes/medicaid

Teléfono: (800) 356-1561

Teléfono de asistencia CHIP Premium: (609) 631-2392

Página web de CHIP: njfamilycare.org/index.html

Teléfono CHIP: (800) 701-0710 (TTY: 711)

Nueva York – Medicaid

Página web: health.ny.gov/health_care/medicaid

Teléfono: (800) 541-2831

Carolina del Norte – Medicaid

Página web: medicaid.ncdhhs.gov

Teléfono: (919) 855-4100

Dakota del Norte – Medicaid

Página web: hhs.nd.gov/healthcare

Teléfono: (866) 614-6005

Oklahoma – Medicaid y CHIP

Página web: insureoklahoma.org

Teléfono: (888) 365-3742

Oregón – Medicaid y CHIP

Página web: healthcare.oregon.gov

Teléfono: (800) 699-9075

Pensilvania – Medicaid y CHIP

Página web: pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html

Teléfono: (800) 692-7462

Página web de CHIP: dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx

Teléfono CHIP: (800) 986-KIDS (5437)

Rhode Island – Medicaid y CHIP

Página web: eohhs.ri.gov

Teléfono: (855) 697-4347 o (401) 462-0311 (línea compartida directa de Rite)

Carolina del Sur – Medicaid

Página web: scdhhs.gov

Teléfono: (888) 549-0820

Dakota del Sur – Medicaid

Página web: dss.sd.gov

Teléfono: (888) 828-0059

Texas – Medicaid

Página web: hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program

Teléfono: (800) 440-0493

Utah – Medicaid y CHIP

Página web de la Asociación Premium para el Seguro de Salud (UPP) de Utah: [medicaid.utah.gov/ upp](https://medicaid.utah.gov/upp)

Teléfono: (888) 222-2542

Correo electrónico: upp@utah.gov

Página web de Adult Expansion:

medicaid.utah.gov/expansion

Página web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: medicaid.utah.gov/buyout-program

Página web de CHIP: chip.utah.gov

Vermont – Medicaid

Página web: dvha.vermont.gov/members/medicaid/programa hipp

Teléfono: (800) 250-8427

Virginia – Medicaid y CHIP

Página web: [coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/ famis-select](https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select)

Sitio web: coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs

Teléfono de Medicaid/CHIP: (800) 432-5924

Washington – Medicaid

Página web: hca.wa.gov

Teléfono: (800) 562-3022

Virginia Occidental – Medicaid y CHIP

Página web: [dhhr.wv.gov/ bms](https://dhhr.wv.gov/bms)

Página web: mywvhipp.com

Teléfono de Medicaid: (304) 558-1700

Teléfono gratuito CHIP: (855) MyWVHIPP (699-8447)

Wisconsin – Medicaid y CHIP

Página web: [dhs.wisconsin.gov/ badgercareplus/p-10095.htm](https://dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm)

Teléfono: (800) 362-3002

Wyoming – Medicaid

Sitio web: health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programas-y-elegibilidad/

Teléfono: (800) 251-1269

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de enero de 2026, o para más información sobre los derechos de inscripción especial, contacte con cualquiera de:

[Departamento de Trabajo de EE. UU.](#)

[Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados](#)

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

GLOSARIO

-A-

AD&D Seguros

Un plan de seguro que te pague una prestación a ti o a tu beneficiario si sufres pérdida de un miembro, del habla, de la vista o de la audición, o si tienes un accidente mortal.

Cantidad permitida

La cantidad máxima que tu plan pagará por un servicio sanitario cubierto.

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Un centro sanitario especializado en procedimientos quirúrgicos el mismo día, como cataratas, colonoscopias, gastroenterología alta endoscopia, cirugía ortopédica y más.

Límite anual

Un tope a los beneficios que tu plan pagará en un año. Se pueden imponer límites a servicios concretos, como recetas o hospitalizaciones. Se pueden establecer límites anuales a la cantidad en dólares de los servicios cubiertos o al número de visitas que estarán cubiertas para un servicio determinado.

Una vez alcanzado un límite anual, debes pagar todos los gastos sanitarios asociados durante el resto del año del plan.

-B-

Facturación de saldo

Los proveedores dentro de la red no pueden cobrarte más del cargo permitido por el plan, pero los proveedores fuera de la red sí. Esto se llama facturación de saldo. Por ejemplo, si la tarifa del proveedor es de 100 \$ pero el cargo permitido del plan es solo de 70 \$, un proveedor fuera de la red puede facturarte a ti la diferencia de 30 \$ (el saldo).

Nota: A partir del 1 de enero de 2022, la "Ley Sin Sorpresas" proporciona protecciones contra facturación sorpresa para servicios de emergencia, servicios de ambulancia aérea y ciertos servicios proporcionados por un proveedor no participante en una instalación participante. Para estos servicios, el coste del miembro generalmente se limita a lo que habría sido el cargo si se hubiera recibido dentro de la red, dejando cualquier saldo a resolver entre la aseguradora y el proveedor fuera de la red. Consulta los documentos de tu plan de salud para obtener más detalles.

Beneficiario

La persona (o personas) que nombras recibirá un beneficio en caso de que fallezcas.

Se solicitan beneficiarios para planes de vida, AD&D y de jubilación. Debes nombrar a tu beneficiario con antelación.

Medicamento de marca

Un medicamento vendido bajo su nombre registrado. Por ejemplo, Lipitor es el nombre comercial de un medicamento común contra

el colesterol.

-C-

COBRA

Una ley federal que puede permitirte continuar temporalmente con la cobertura sanitaria tras finalizar tu empleo, en función de ciertos eventos que cumplen los requisitos. Si eliges la cobertura COBRA (Ley Consolidada de Conciliación Presupuestaria Omnibus), pagas el 100% de las primas, incluyendo cualquier parte que tu empleador solía pagar, más una pequeña tasa administrativa.

Reclamación

Una solicitud de pago que tú o tu proveedor de salud presentáis a tu plan de salud después de recibir los servicios que puedan estar cubiertos.

Coaseguro

Tu parte del coste de una visita o servicio sanitario. El coseguro se expresa en porcentaje y siempre suma el 100%. Por ejemplo, si el plan paga el 70%, tu responsabilidad de coseguro es el 30% del coste. Si tu plan tiene franquicia, pagas el 100% del coste hasta que alcances la cantidad de tu franquicia.

Copago

Una tarifa fija que pagas por algunos servicios sanitarios, por ejemplo, una visita al médico. Pagas el copago (a veces llamado copago) en el momento en que recibes la atención. En la mayoría de los casos, los copagos no cuentan para la franquicia.

-D-

Franquicia

La cantidad de gastos sanitarios que tienes que pagar con tu propio dinero antes de que tu plan de salud pague. La franquicia no se aplica a la atención preventiva ni a ciertos otros servicios.

La cobertura familiar puede tener un deducible **agregado o incorporado**. Agregado significa que tu familia debe cubrir toda la franquicia familiar antes de que se cubran gastos individuales. Integrado significa que el plan comienza a realizar pagos para un miembro individual tan pronto como alcanza su deducible individual.

Servicios Básicos Dentales

Servicios como empastes, extracciones rutinarias y algunos procedimientos de cirugía oral.

Diagnóstico y Prevención Dental

Generalmente incluye limpiezas rutinarias, exámenes bucales, radiografías y tratamientos con flúor.

La mayoría de los planes limitan los exámenes preventivos y las limpiezas a dos veces al año.

Servicios Principales en Odontología

Trabajos dentales complejos o restaurativos como coronas, puentes, dentaduras postizas, incrustaciones y onlays.

Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidados a Dependientes (FSA)

Un acuerdo a través de tu empleador que te permite pagar los gastos elegibles de cuidado infantil y mayor con dinero libre de impuestos. Los gastos elegibles incluyen guardería, programas antes y después del colegio, preescolar y campamento de verano para menores de edad.

13. También se incluye el cuidado de un cónyuge u otro dependiente que viva contigo y que sea físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo.

-E-

Gastos elegibles

Un servicio o producto que está cubierto por tu plan. Tu plan no cubrirá ningún coste si el gasto no es válido.

Servicio excluido

Un servicio que tu plan de salud no paga ni cubre.

-F-

Formulario

Una lista de medicamentos con receta cubiertos por tu plan médico o plan de medicamentos con receta. También se llama lista de medicamentos.

-G-

Medicamento genérico

Un medicamento que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca pero que se vende bajo un nombre diferente. Por ejemplo, Atorvastatina es el nombre genérico para medicamentos con la misma fórmula que Lipitor.

Con derechos adquiridos

Un plan médico exento de ciertas disposiciones de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA).

-H-

Cuenta de Reembolso de Salud (HRA)

Una cuenta financiada por un empleador que reembolsa a los empleados, libres de impuestos, por gastos médicos cualificados hasta un máximo anual. A veces se llaman Acuerdos de Reembolso de Salud.

Cuenta de Gastos Flexibles en Sanidad (FSA)

Una cuenta de salud a través de tu empleador que te permite pagar muchos gastos médicos de tu bolsillo con dinero libre de impuestos. Los gastos elegibles incluyen copagos y franquicias del seguro, medicamentos con receta cualificados, insulina y dispositivos médicos, así como algunos artículos de venta libre.

GLOSARIO

Plan de Salud con Alta Franquicia (HDHP)

Un plan médico con una franquicia más alta que un plan de seguro tradicional. La prima mensual suele ser menor, pero pagas más gastos sanitarios (el deducible) antes de que la compañía de seguros empiece a pagar su parte. Un plan con franquicia alta (HDHP) puede hacerte elegible para una cuenta de ahorro para la salud (HSA) que te permite pagar ciertos gastos médicos con dinero libre de impuestos federales.

-YO-

Dentro de la red

Los proveedores y servicios dentro de la red contratan con tu plan de salud y suelen ser la opción de menor coste. Consulta la web de tu plan para encontrar médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Los servicios fuera de la red costarán más o pueden no estar cubiertas.

-L-

Seguro de vida

Un plan de seguro que paga a tu beneficiario una suma global si falleces.

Seguro de Incapacidad a Largo Plazo

Seguro que sustituye una parte de tus ingresos si no puedes trabajar debido a una enfermedad debilitante, una lesión grave o un trastorno mental. La incapacidad a largo plazo generalmente comienza tras un periodo de espera de 90 días.

-M-

Pedido por correo

Una característica de un plan médico o de medicamentos con receta, donde los medicamentos que tomas de forma habitual pueden entregarse por correo en un suministro de 90 días.

-O-

Inscripción abierta

La época del año en la que puedes cambiar los planes de prestaciones en los que estás inscrito y los dependientes que cubres. La inscripción abierta se celebra una vez al año. Fuera del periodo de inscripción abierta, solo puedes hacer cambios si tienes ciertos acontecimientos en tu vida, como casarte o incorporar un nuevo bebé o hijo a la familia.

Fuera de la red

Los proveedores fuera de la red (médicos, hospitales, laboratorios, etc.) te cuestan más porque no tienen contrato con tu plan y no están obligados a limitar sus tarifas máximas. Algunos planes, como los HMO y EPOs, no cubren servicios fuera de la red en absoluto.

Coste de bolsillo

Un gasto sanitario que debes pagar con tu propio dinero, ya sea desde tu cuenta bancaria, tarjeta de crédito o desde una cuenta de salud como una HSA, FSA o HRA.

Máximo de Gastos Directos

Te protege de grandes facturas médicas. Una vez que los gastos "de tu propio bolsillo" alcanzan esta cantidad, el plan paga el 100% de la mayoría de los gastos elegibles restantes durante el resto del año del plan.

La cobertura familiar puede tener un

máximo agregado o integrado.

Agregado significa que tu familia debe cumplir con el máximo de dinero de bolsillo de toda la familia antes de que el plan pague el 100% para cualquier miembro. Integrado significa que el plan cubrirá el 100% para un miembro individual tan pronto como alcance su máximo individual.

Atención ambulatoria

Atención de un hospital que no requiera quedarte a dormir.

-P-

Farmacia participante

Una farmacia que contrata con tu plan médico o de medicamentos y que normalmente resultará en el menor coste para medicamentos con receta.

Año del Plan

Un periodo de 12 meses de cobertura de prestaciones. El periodo de 12 meses puede o no ser el mismo que el año natural.

Medicamento preferido

Cada plan de salud tiene una lista de medicamentos preferidos que incluye medicamentos con receta, basada en una evaluación de eficacia y coste. Otro nombre para esta lista es "formulario". El plan puede cobrar más por medicamentos no preferidos o por medicamentos de marca que tengan versiones genéricas. Los medicamentos que no están en la lista de medicamentos preferidos pueden no estar cubiertos.

Servicios de Cuidados Preventivos

Visitas sanitarias rutinarias que pueden incluir cribados, pruebas, revisiones, vacunas y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud. Muchos servicios de atención preventiva están completamente cubiertos. Consulta con tu plan de salud con antelación si tienes dudas sobre si un

servicio preventivo está cubierto.

Proveedor de atención primaria (PCP)

El médico principal al que consultas para problemas de salud. Algunos planes médicos requieren que los miembros designen a un médico específico como su médico de cabecera, y exigen que la atención y las derivaciones sean dirigidas o aprobadas por ese proveedor.

-S-

Seguro de Incapacidad a Corto Plazo

Seguro que sustituye una parte de tus ingresos si estás temporalmente incapacitada para trabajar debido a una cirugía y tiempo de recuperación, una enfermedad o lesión prolongada, o problemas de embarazo y recuperación del parto.

-T-

Telemedicina / Telemedicina / Teledoc

Una visita virtual al médico mediante videollamada en un ordenador, tablet o smartphone.

Las consultas por telemedicina pueden utilizarse para muchas enfermedades y lesiones comunes y no graves, y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Muchos planes de salud y grupos médicos ofrecen servicios de telemedicina sin coste o por mucho menos que una visita a la consulta.

-U-

UCR (Habitual, Habitual y Razonable)

La cantidad pagada por un servicio médico en una zona geográfica basada en lo que los proveedores suelen cobrar por el mismo o similar servicio médico. A veces se utiliza la cantidad UCR para determinar la cantidad permitida.

Atención Urgente

Cuida una enfermedad, lesión o condición lo suficientemente grave como para que se necesite atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en urgencias. El tratamiento en un centro de atención urgente generalmente cuesta mucho menos que una visita a urgencias.

-V-

Vacunaciones

Tratamiento para prevenir enfermedades comunes como la gripe, neumonía, sarampión, polio, meningitis, herpes zóster y otras enfermedades. También se llaman inmunizaciones.

Beneficio voluntario

Un plan de beneficios opcional ofrecido por tu empleador por el que pagas la prima total, normalmente mediante deducción por nómina.



JORDAN
**Insurance
Services**



801-567-8146



insurance@jordandistrict.org



insurance.jordandistrict.org