



# Guía de Información sobre **Beneficios 2026**

*Entendiendo tus opciones*



## **¡HOLA!**

Bienvenido a su Guía de Información sobre Beneficios 2026.

En Pflugerville ISD, entendemos la importancia de un programa de beneficios completo y estamos dedicados a ofrecerle a usted beneficios únicos que se adapten a sus necesidades y a las de su familia. Nos enorgullece ofrecer una variedad de planes que le ayudan a protegerse en caso de enfermedad o lesión. Esta Guía de Información sobre Beneficios es una herramienta completa para ayudarle a familiarizarse con los planes y programas en los que usted y su familia podrían inscribirse durante el año del plan.

Adjunto usted encontrará:

- Instrucciones paso a paso sobre cómo inscribirse
- Información resumida sobre cada opción de beneficio médico, dental, de visión, de vida, discapacidad y en el lugar de trabajo
- Información sobre beneficios adicionales como cuentas de gastos flexibles, cuenta de ahorro para la salud y el programa de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés de “employee assistance program”)
- Directorio e información de contacto, en caso de tener alguna pregunta

¡Y mucho más!

### ***¡Estamos aquí para ayudarle!***

Si usted tiene alguna pregunta en lo absoluto, por favor contacte al Departamento de Beneficios de PfISD.

(512) 594-0026

[benefits@pfisd.net](mailto:benefits@pfisd.net)

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducido o transmitido de alguna forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopias, grabación o similar, sin el previo permiso por escrito de Barney & Barney, una compañía de responsabilidad limitada de Marsh & McLennan Insurance Agency.

Las tarifas cotizadas para estos beneficios pueden estar sujetas a cambios basándose en la inscripción final y/o requisitos de suscripción finales. Este material es para propósitos informativos únicamente y no es una oferta de cobertura ni algún tipo de consejo médico. Contiene solo una descripción parcial y general del plan o programa de beneficios y no constituye un contrato. Consulte sus documentos del plan (Calendario de Beneficios, Certificado de Cobertura, Acuerdo Grupal, Certificado de Seguro Grupal, Libreta, Certificado de Libreta, Póliza Grupal) para determinar las disposiciones contractuales gobernantes, incluyendo los procedimientos, exclusiones y limitaciones en relación a su plan. Todos los términos y condiciones de su plan o programa están sujetos a las leyes aplicables, regulaciones y políticas. En caso de conflicto entre su documento del plan y esta información, los documentos del plan siempre gobernarán.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>PARA EMPEZAR</b>   | <b>4</b>  |
| 4    Inscripción  |           |
| <b>PLAN MÉDICO</b>  | <b>6</b>  |
| 6    Plan Médico  |           |
| 8    Cobertura de Medicamentos Recetados                          |           |
| 9    Resúmenes de Planes Médicos                                  |           |
| 11   Primas   |           |
| 12   Visitas Virtuales  |           |
| <b>AHORRO DE IMPUESTOS</b>  | <b>13</b> |
| 13   Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)                             |           |
| 15   Cuenta de Gastos Flexibles                                   |           |
| <b>DENTAL Y VISIÓN</b>  | <b>16</b> |
| 16   Plan Dental  |           |
| 18   Plan de Visión   |           |
| 18   Primas   |           |
| <b>VIDA Y DISCAPACIDAD</b>  | <b>19</b> |
| 19   Plan de Vida Voluntario y AD&D                               |           |
| 20   Plan de Discapacidad Voluntario                              |           |
| <b>TRABAJO/VIDA</b>   | <b>21</b> |
| 21   Beneficios Voluntarios en el Sitio de Trabajo                |           |
| 24   Protección de Identidad y Programa de Asistencia al Empleado |           |
| 25   Seguro de Mascotas   |           |
| <b>TARIFAS</b>  | <b>26</b> |
| 26   Tarifas por plan   |           |
| <b>RECURSOS ADICIONALES</b>                                       | <b>29</b> |
| 29   Apoyo a Miembros   |           |
| 30   Membresía OnePass Gym  |           |
| 31   Directorio y Recursos  |           |

# INSCRIPCIÓN

## ¿Quién puede Inscribirse?

Si usted es un empleado que trabaja regularmente un mínimo de 30 horas a la semana, usted es elegible para participar en el programa de beneficios. Los empleados elegibles también pueden optar por inscribir a miembros de la familia, incluyendo un cónyuge legal / pareja doméstica registrada (según se define legalmente en la ley estatal y local) (de aquí en adelante denominados "pareja doméstica registrada") y/o hijos elegibles.

## ¿Cuándo Inicia la Cobertura?

El año del plan de cobertura empieza desde 1 de Enero del 2026 al 31 de Diciembre del 2026. Para los nuevos empleados, la cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

|         |  |
|---------|--|
| CONSEJO | <b>Si usted pierde la fecha límite de inscripción, usted no puede inscribirse en un plan de beneficios a menos que usted tenga un cambio de estatus durante el año del plan. Por favor revise detalles sobre los eventos de cambios de estatus calificados bajo el IRS para más información.</b> |
|---------|--|

## ¿CÓMO ME PUEDO INSCRIBIR?

### SMBO

Para facilitar la inscripción, ahora usted tiene la posibilidad de inscribirse en línea o por teléfono con un Especialista en Inscripciones. Para inscribirse en línea, simplemente siga los siguientes pasos:

- Visite la página [www.pfisdbenefits.com](http://www.pfisdbenefits.com) y seleccione "Inscribirse en Línea"
- En Inicio de Sesión, introduzca su número de empleado con tres ceros antes del número – por ejemplo 000801001 o el Número de Seguro Social sin guiones. No uses una "e" delante de su número de identificación.
- En el Número de Identificación Personal (PIN, del inglés "Personal Identification Number"), introduzca los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social y los 2 últimos dígitos de su año de nacimiento.
- Siga los pasos que muestra el sitio y haga clic en "Siguiente" para pasar a la siguiente sección.
- Una vez que haya completado todas sus elecciones sobre sus beneficios, se le llevará a una pantalla de "Revisión/Firma de Formularios". Haga clic en "Firmar Formulario" después de haber revisado todos los formularios para confirmar todas sus elecciones.

Para inscribirse por teléfono, simplemente siga los siguientes pasos:

- Visite la página [www.pfisdbenefits.com](http://www.pfisdbenefits.com) para revisar los beneficios.
- Cuando esté listo, llama al Centro de Servicio sobre Beneficios de Lunes a Viernes de 7 am a 5 pm CST para inscribirse al número 877-282-0808.
- Si es posible, póngase frente a una computadora y el Especialista en Inscripciones compartirá su pantalla y lo inscribirá por teléfono.

GoToSMBO.COM  
VEA SUS BENEFICIOS EN LÍNEA  
KEELER & ASSOCIATES CO.

## PARA EMPEZAR

### ¿QUÉ SUCEDE SI MIS NECESIDADES CAMBIAN DURANTE EL AÑO?

A usted se le permite hacer cambios en sus beneficios fuera del periodo de inscripción abierta si usted tiene un cambio de estatus calificado según lo definido por el IRS (del inglés "Internal Revenue Service"). Generalmente, usted puede agregar o eliminar dependientes de sus beneficios, así como añadir, eliminar o cambiar la cobertura si presenta su solicitud de cambio dentro de los 60 días después al evento calificado. Los cambios en las elecciones de beneficios deben estar correlacionados con su evento calificante. Por ejemplo, si usted ha tenido un hijo, puede agregarlo como dependiente en su plan médico, pero no podría remover ninguna cobertura previamente elegida para su cónyuge hasta la próxima inscripción

Ejemplos de cambios de estatus incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal.
- Nacimiento o adopción de un niño.
- Muerte de un dependiente.
- Pérdida o ganancia de cobertura de su cónyuge/pareja doméstica registrada a través de nuestra organización u otro empleador.
- Gana o pierde la elegibilidad para Medicaid, Medicare o programas estatales de seguro de salud.
- Usted Tiene un cambio en su estatus de empleo en la que le reducen las horas a un promedio menor a 30 horas por semana de servicio, pero sigue siendo elegible para beneficios y tiene la intención de inscribirse en otro plan. El plan debe proporcionar una Cobertura Mínima Esencial que sea efectiva a más tardar el primer día del segundo mes siguiente a la fecha de revocación de la cobertura patrocinada por su empleador.

### ¿TENGO QUE INSCRIBIRME?

Usted puede optar por "renunciar" a la cobertura médica si tienes acceso a la cobertura a través de otro plan. Es importante notar que, si usted renuncia a la cobertura, la próxima oportunidad de inscribirse en nuestros planes de beneficios grupales será durante la inscripción abierta, con fecha efectiva el 1 de Enero del 2027, o si se ha producido un cambio de estatus calificante.

## PLAN MÉDICO

### PLAN MÉDICO

#### ¿Cuáles son mis Opciones de la Red?

Use la tabla a continuación para ayudar a comparar proveedores de planes médicos y determinar cuál sería la mejor opción para usted y su familia.

|                                 | <b>BLUE CROSS BLUE SHIELD PPO</b>  | <b>BLUE CROSS BLUE SHIELD HMO</b>  | <b>HEALTHCARE HIGHWAYS</b>   |
|---------------------------------|--|--|--|
| <b>Red</b>                      | <b>Blue Choice PPO</b><br>Usted debe ver a un proveedor dentro de la red. Los servicios fuera de la red no serán cubiertos.<br>Amplia red nacional de proveedores. Los proveedores dentro de la red se encuentran a lo largo de los Estados Unidos.  | <b>Blue Essentials</b><br>Usted debe ver a un proveedor dentro de la red. Los servicios fuera de la red no serán cubiertos.<br>Amplia red nacional de proveedores. Los proveedores dentro de la red se encuentran en Texas.  | <b>HCH Sync</b><br>Usted debe ver a un proveedor dentro de la red. Los servicios fuera de la red no serán cubiertos.<br>Red local limitada de proveedores. Los proveedores dentro de la red se encuentran solo en Texas y Oklahoma.  |
| <b>Beneficios Médicos</b>       | Los beneficios médicos serán brindados por medio de BlueCross BlueShield de Texas.<br>Los servicios cubiertos por los planes médicos de BCBS son consistentes con los servicios cubiertos por HCH. Esto incluye visitas limitadas.   | Los beneficios médicos serán brindados por medio de BlueCross BlueShield de Texas.<br>Los servicios cubiertos por los planes médicos de BCBS son consistentes con los servicios cubiertos por HCH. Esto incluye visitas limitadas.   | Los beneficios médicos serán brindados por medio de Healthcare Highways.<br>Los servicios cubiertos por los planes médicos de HCH son consistentes con los servicios cubiertos por BCBS. Esto incluye visitas limitadas.   |
| <b>Beneficios de Recetas</b>    | Los medicamentos recetados serán cubiertos por CVS Caremark.   | Los medicamentos recetados serán cubiertos por CVS Caremark.   | Los medicamentos recetados serán cubiertos por CVS Caremark.   |
| <b>Proceso de Reclamos</b>      | Usualmente los proveedores presentarán los reclamos.   | Usualmente los proveedores presentarán los reclamos.   | Usualmente los proveedores presentarán los reclamos.   |
| <b>Encuentre a un Proveedor</b> | Para encontrar a un proveedor en línea: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite <a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a></li> <li>• Haga clic en "Buscar Atención Médica", luego "Buscar un Doctor u Hospital"</li> <li>• Seleccione "Buscar como Invitado"</li> <li>• Busque dónde quiere su atención</li> <li>• Seleccione <b>Blue Choice PPO</b> bajo planes para mostrar las opciones Dentro de la Red</li> </ul> Usted también puede encontrar un proveedor al llamar al número 972-766-6900 o el número en la parte de atrás de su tarjeta de identidad de membresía | Para encontrar a un proveedor en línea: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite <a href="http://www.bcbstx.com">www.bcbstx.com</a></li> <li>• Haga clic en "Buscar Atención Médica", luego "Buscar un Doctor u Hospital"</li> <li>• Seleccione "Buscar como Invitado"</li> <li>• Busque dónde quiere su atención</li> <li>• Seleccione <b>Blue Essentials</b> bajo planes para mostrar las opciones Dentro de la Red</li> </ul> Usted también puede encontrar un proveedor al llamar al número 972-766-6900 o el número en la parte de atrás de su tarjeta de identidad de membresía | Para encontrar a un proveedor en línea: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visite <a href="http://www.healthcarehighways.com">www.healthcarehighways.com</a></li> <li>• Haga clic en "Buscar un Proveedor" en la esquina superior derecha</li> <li>• Busque la red HCH Sync – TX</li> </ul> Usted también puede encontrar un proveedor al llamar al número 833-841-6703 o el número en la parte de atrás de su tarjeta de identidad de membresía |

Con todos los planes, usted debe tener acceso a servicios de cuidado de salud de doctores, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud que formen parte de la red del plan. No se cubrirán los costos al usar cuidado de salud fuera de la red del plan. Según el Plan HMO, usted debe designar a un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés de "Primary Care Physician"), y ellos deben brindar una remisión a cualquier especialista para que la visita esté cubierta.

**Por favor, tenga en cuenta** que los ejemplos anteriores se usan únicamente para propósitos ilustrativos generales. Por favor, consulte con la Oficina de Beneficios para obtener información más específica relacionada con su plan en específico. Para una revisión detallada de los resúmenes de su plan médico, visite la página <https://www.pfisdbenefits.com/>

## PLAN MÉDICO

### PLAN MÉDICO

Pflugerville ISD le ofrece opciones de planes de salud. Tres de estos son planes EPO (por sus siglas en inglés “Exclusive Provider Organization”) que quiere decir, Organización Exclusiva de Proveedores. La cuarta opción es un plan HMO.

|  | EPO   | HMO   | EPO   | EPO HDHP + HSA  |
|--|---|---|---|---|
|  | Blue Cross Blue Shield  | Blue Cross Blue Shield  | Healthcare Highways   | Healthcare Highways   |
| Viendo a un Médico de Cuidado Primario (PCP) o un Especialista | No se requiere de una remisión.<br>Usted pagará su copago por visitas al consultorio de rutina hasta que cumpla el máximo de pagos de bolsillo.   | <b>Requiere</b> de remisiones de su PCP para visitar a un especialista. Usted necesitará elegir y designar a su PCP. Usted pagará su copago por visitas al consultorio de rutina hasta que cumpla el máximo de pagos de bolsillo.                                     | No se requiere de una remisión.<br>Usted pagará su copago por visitas al consultorio de rutina hasta que cumpla el máximo de pagos de bolsillo.   | No se requiere de una remisión.<br>Usted pagará el costo completo de la visita al consultorio hasta que cumpla su deducible. Luego usted pagará el 30% del costo hasta que cumpla el máximo de pagos de bolsillo.   |
| Beneficios de recetas  | Usted pagará un copago para los medicamentos cubiertos.   | Usted pagará un copago para los medicamentos cubiertos.   | Usted pagará un copago para los medicamentos cubiertos.   | Usted pagará el costo completo de su receta hasta que cumpla su deducible. Luego usted pagará el 30% del costo hasta que cumpla el máximo de pagos de bolsillo.   |
| Servicios de Hospitalización y Cirugía Ambulatoria             | Usted paga el costo completo hasta que cumpla su deducible. Luego, usted pagará del 20% al 30% del costo hasta que cumpla el máximo de gastos de bolsillo.  | Usted paga el costo completo hasta que cumpla su deducible. Luego, usted pagará del 20% al 30% del costo hasta que cumpla el máximo de gastos de bolsillo.  | Usted paga el costo completo hasta que cumpla su deducible. Luego, usted pagará del 20% al 30% del costo hasta que cumpla el máximo de gastos de bolsillo.  | Usted pagará el costo completo hasta que cumpla su deducible. Luego usted pagará el 30% del costo hasta que cumpla el máximo de gastos de bolsillo.   |
| Proceso de Reclamos  | Usualmente los proveedores presentarán los reclamos   | Usualmente los proveedores presentarán los reclamos   | Usualmente los proveedores presentarán los reclamos   | Usualmente los proveedores presentarán los reclamos   |
| Compatible con una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)            | <b>No</b>   | <b>No</b>   | <b>No</b>   | <b>Si</b>   |
| Compatible con una Cuenta de Gastos Flexible (FSA)             | Si, es compatible con una FSA de Salud, FSA de Propósito Limitado y FSA de Cuidado de Dependientes  | Si, es compatible con una FSA de Salud, FSA de Propósito Limitado y FSA de Cuidado de Dependientes  | Si, es compatible con una FSA de Salud, FSA de Propósito Limitado y FSA de Cuidado de Dependientes  | Solo es compatible con un FSA de Propósito Limitado y una FSA de Cuidado de Dependientes  |
| Otros Consejos Importantes                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Este plan requiere que usted vea a un doctor en una red específica para poder recibir cobertura.</li> <li>Los servicios Fuera de la Red no serán cubiertos</li> <li>Las emergencias son cubiertas en todo el mundo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Este plan requiere que usted vea a un doctor en una red específica para poder recibir cobertura.</li> <li>Los servicios Fuera de la Red no serán cubiertos</li> <li>Las emergencias son cubiertas en todo el mundo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Este plan requiere que usted vea a un doctor en una red específica para poder recibir cobertura.</li> <li>Los servicios Fuera de la Red no serán cubiertos</li> <li>Las emergencias son cubiertas en todo el mundo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Este plan requiere que usted vea a un doctor en una red específica para poder recibir cobertura.</li> <li>Los servicios Fuera de la Red no serán cubiertos</li> <li>Las emergencias son cubiertas en todo el mundo.</li> </ul> |

**COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS**

Muchos medicamentos con receta aprobados por la FDA están cubiertos a través del programa de beneficios. A continuación se detalla información importante sobre su cobertura de medicamentos bajo receta:

**Plan de Medicamentos bajo Receta de CVS Caremark**

- El plan CVS Caremark cubre 4 niveles diferentes de medicamentos: genérico, marca preferida, marca no preferida y de especialidad.
- Los planes de medicamentos con receta de los planes “Low and High” (Bajo y Alto) requieren copago dependiendo del nivel del medicamento. El plan HDHP requiere de un coaseguro fijo una vez que se haya cumplido el deducible.
- Las recetas genéricas ofrecen el mayor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas condiciones y suelen ser los de más bajo costo. La FDA requiere que los medicamentos genéricos contengan los mismos ingredientes activos que sus contrapartes de marca.
- Los medicamentos de marca preferidos tienen un copago moderado. Algunos medicamentos también pueden tener un equivalente genérico.
- Los medicamentos de marca no preferidos tienen un copago más alto en comparación con los niveles inferiores, ya que son medicamentos de mayor costo. Algunos medicamentos de esta lista pueden tener un genérico o un equivalente de marca preferida.
- Los medicamentos especializados se usan para tratar condiciones complejas y crónicas, y pueden requerir almacenamiento especial o un seguimiento cercano.

Para ver la versión actual de la lista de medicamentos con receta, visita [www.caremark.com](http://www.caremark.com)

**¿POR QUÉ PAGAR MÁS?**

Hay algunas formas de ahorrar dinero al usar el Plan de Medicamentos bajo Receta. Para preguntas adicionales sobre farmacias, usted puede ponerse en contacto con los Servicios al Miembro de Beneficios por Recetas llamando al número 1-800-334-8134.

|         |  |
|---------|--|
| [ÍCONO] | <p style="text-align: center;"><b>Orden por Correo</b></p> <p>Ahorre tiempo y dinero usando el servicio de orden por correo para medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días de su medicamento se le enviará a usted, en lugar de comprar un suministro típico de 30 días en una farmacia en persona.</p>  |
| [ÍCONO] | <p style="text-align: center;"><b>Compre por Varios Lados</b></p> <p>Algunas farmacias, tales como aquellas que están en clubes de almacén o tiendas de descuento, pueden ofrecer recetas menos costosas de otras. Al llamar por adelantado, usted puede determinar qué farmacia brinda el precio más competitivo.</p> |
| [ÍCONO] | <p style="text-align: center;"><b>Explore Opciones de Venta Libre</b></p> <p>Para los dolencias más comunes, los medicamentos de venta libre pueden brindar una opción menos costosa que sirve el mismo propósito que los medicamentos bajo receta.</p>  |

## PLAN MÉDICO

| ASPECTOS DEL PLAN DE COPAGO   | PLAN ALTO BCBS                   | PLAN BAJO HCH                    | PLAN HMO DE BCBS                 |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|   | <b>Solo Dentro de la Red</b>     | <b>Solo Dentro de la Red</b>     | <b>Solo Dentro de la Red</b>     |
| Deducible Anual del Año del Plan                                    |                                  |                                  |                                  |
| Individual  | \$3,000                          | \$3,500                          | \$4,000                          |
| Familiar  | \$6,000                          | \$7,000                          | \$8,000                          |
| Máximo de Gastos de Bolsillo del Año del Plan (1)                   |                                  |                                  |                                  |
| Individual  | \$8,500                          | \$6,000                          | \$8,500                          |
| Familiar  | \$17,000                         | \$12,000                         | \$17,000                         |
| Servicios Profesionales   |                                  |                                  |                                  |
| Médico de Cuidado Primario (PCP)                                    | \$35                             | \$20                             | \$40                             |
| Especialista  | \$50                             | \$35                             | \$55                             |
| Visitas Virtuales   | Sin Cargo                        | Sin Cargo                        | Sin Cargo                        |
| Examen de Cuidado Preventivo  | Sin Cargo                        | Sin Cargo                        | Sin Cargo                        |
| Rayos X y Diagnóstico de Laboratorio                                | Sin Cargo                        | Sin Cargo                        | Sin Cargo                        |
| Diagnóstico Complejo (RM/TC)  | 80% después del deducible        | 80% después del deducible        | 80% después del deducible        |
| Terapia, incluyendo Física, Ocupacional y del Habla                 | \$35 / \$50                      | \$35                             | \$40 / \$55                      |
| Servicios Hospitalarios   |                                  |                                  |                                  |
| Hospitalización   | 80% después del deducible        | 80% después del deducible        | 70% después del deducible        |
| Cirugía Ambulatoria   | 80% después del deducible        | 80% después del deducible        | 70% después del deducible        |
| Sala de Emergencias   | \$500 + 20% de coaseguro         | \$500 + 20% de coaseguro         | \$500 + 30% de coaseguro         |
| Cuidado Urgente   | \$50                             | \$35                             | \$55                             |
| Cuidado de Maternidad   |                                  |                                  |                                  |
| Servicios Médicos (prenatales o postnatales)                        | \$35                             | \$20                             | \$50                             |
| Servicios Hospitalarios   | 80% después del deducible        | 80% después del deducible        | 70% después del deducible        |
| Salud Mental y Abuso de Sustancias                                  |                                  |                                  |                                  |
| Hospitalización   | 80% después del deducible        | 80% después del deducible        | 70% después del deducible        |
| Ambulatorio   | \$35                             | \$20                             | \$40                             |
| Medicamentos con Receta al Detalle (suministro de 30 días)          |                                  |                                  |                                  |
| Genérico  | \$15                             | \$15                             | \$15                             |
| Marca Preferida   | \$40                             | \$40                             | \$50                             |
| Marca No Preferida  | \$65                             | \$65                             | \$75                             |
| De Especialidad   | 10% de copago limitado a \$2,500 | 10% de copago limitado a \$2,500 | 10% de copago limitado a \$2,500 |
| Orden por Correo de Medicamentos con Receta (suministro de 90 días) | 3 veces el Valor al Detalle      | 3 veces el Valor al Detalle      | 3 veces el Valor al Detalle      |
| <b>Primas Mensuales de los Empleados</b>                            | <b>Plan Alto de BCBS</b>         | <b>Plan Bajo de HCH</b>          | <b>Plan Bajo de BCBS</b>         |
| Empleado Únicamente   | \$260                            | \$130                            | \$89                             |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica                                 | \$925                            | \$761                            | \$669                            |
| Empleado y Niño(s)  | \$725                            | \$545                            | \$455                            |
| Empleado y Familia  | \$1,400                          | \$1,153                          | \$1,035                          |

(1) El máximo de gastos de bolsillo se basa en el cargo máximo permisible que permite el proveedor. La información anterior es un resumen únicamente. Por favor, consulte con su Evidencia de Cobertura para los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan.

## PLAN MÉDICO

| ASPECTOS DEL PLAN HDHP  | PLAN HCH HD                  |
|---|------------------------------|
|   | <b>Solo Dentro de la Red</b> |
| Deducible Anual del Año del Plan                                    |                              |
| Individual  | \$6,000                      |
| Familiar  | \$12,000                     |
| Máximo de Gastos de Bolsillo del Año del Plan (1)                   |                              |
| Individual  | \$7,500                      |
| Familiar  | \$15,000                     |
| Servicios Profesionales   |                              |
| Médico de Cuidado Primario (PCP)                                    | 70% después del deducible    |
| Especialista  | 70% después del deducible    |
| Visitas Virtuales   | Sin Cargo                    |
| Examen de Cuidado Preventivo  | Sin Cargo                    |
| Rayos X y Diagnóstico de Laboratorio                                | 70% después del deducible    |
| Diagnóstico Complejo (RM/TC)  | 70% después del deducible    |
| Terapia, incluyendo Física, Ocupacional y del Habla                 | 70% después del deducible    |
| Servicios Hospitalarios   |                              |
| Hospitalización   | 70% después del deducible    |
| Cirugía Ambulatoria   | 70% después del deducible    |
| Sala de Emergencias   | 70% después del deducible    |
| Cuidado Urgente   | 70% después del deducible    |
| Cuidado de Maternidad   |                              |
| Servicios Médicos (prenatales o postnatales)                        | 70% después del deducible    |
| Servicios Hospitalarios   | 70% después del deducible    |
| Salud Mental y Abuso de Sustancias                                  |                              |
| Hospitalización   | 70% después del deducible    |
| Ambulatorio   | 70% después del deducible    |
| Medicamentos con Receta al Detalle (suministro de 30 días)          |                              |
| Genérico  | 70% después del deducible    |
| Marca Preferida   | 70% después del deducible    |
| Marca No Preferida  | 70% después del deducible    |
| De Especialidad   | 70% después del deducible    |
| Orden por Correo de Medicamentos con Receta (suministro de 90 días) | 70% después del deducible    |
| <b>Primas Mensuales de los Empleados</b>                            | <b>Plan HD HCH</b>           |
| Empleado Únicamente   | \$40                         |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica                                 | \$611                        |
| Empleado y Niño(s)  | \$411                        |
| Empleado y Familia  | \$970                        |

(1) El máximo de gastos de bolsillo se basa en el cargo máximo permisible que permite el proveedor.  
La información anterior es un resumen únicamente. Por favor, consulte con su Evidencia de Cobertura para los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan.

## PLAN MÉDICO

### PRIMAS MÉDICAS

| NIVEL DE COBERTURA                  | DEDUCCIÓN DE NÓMINA DE PAGO |
|-------------------------------------|-----------------------------|
|                                     | Mensual                     |
| <b>Plan Alto de BCBS</b>            |                             |
| Empleado Únicamente                 | \$260                       |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica | \$925                       |
| Empleado y Niño(s)                  | \$725                       |
| Empleado y Familia                  | \$1,400                     |
| <b>Plan Bajo de HCH</b>             |                             |
| Empleado Únicamente                 | \$130                       |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica | \$761                       |
| Empleado y Niño(s)                  | \$545                       |
| Empleado y Familia                  | \$1,153                     |
| <b>Plan HMO de BCBS</b>             |                             |
| Empleado Únicamente                 | \$89                        |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica | \$669                       |
| Empleado y Niño(s)                  | \$455                       |
| Empleado y Familia                  | \$1,035                     |
| <b>Plan HD HCH</b>                  |                             |
| Empleado Únicamente                 | \$40                        |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica | \$611                       |
| Empleado y Niño(s)                  | \$411                       |
| Empleado y Familia                  | \$970                       |

## PLAN MÉDICO

### VISITAS VIRTUALES

Con MDLIVE, el médico siempre está presente. Reciba atención no urgente 24/7 de un médico certificado por teléfono, video en línea o aplicación móvil, desde la privacidad y comodidad de su hogar.

No se arriesgue a salas de espera abarrotadas, facturas caras de cuidado urgente o de sala de emergencias, ni a esperar semanas para ver a un médico, cuando usted puede hablar con un médico de Visitas Virtuales en solo unos minutos. Incluso pueden enviar una receta a su farmacia local.

Las Visitas Virtuales, patrocinadas por MDLIVE y brindadas por BlueCross BlueShield y Healthcare Highways, son una alternativa conveniente para el tratamiento de más de 80 condiciones de salud, incluyendo:

- Alergias
- Resfriado/Gripe
- Fiebre
- Dolores de Cabeza
- Infecciones sinusales
- Náuseas

Se pueden realizar Visitas Virtuales con terapeutas de salud conductual licenciados con cita previa. Obtenga cuidado virtual para:

- Ansiedad
- Depresión
- Manejo del estrés

Cómo funcionan las Visitas Virtuales

- Conecte – Acceda donde la aplicación móvil, video en línea o servicio telefónico esté disponible.
- Interactúe – Consulta en tiempo real con el doctor o terapeuta contratado de forma independiente y certificado por la junta.
- Diagnóstico – Se envían las recetas a una farmacia de su elección cuando sea apropiado.

BlueCross BlueShield y Healthcare Highways ofrecen visitas virtuales a través de MDLIVE; sin embargo, la creación de una cuenta para cada proveedor se realiza de forma diferente. Una vez que haya seleccionado su plan médico, consulte la información de la cuenta correspondiente a continuación.

| <b>ACTIVE SU CUENTA MDLIVE DE BCBS</b>   | <b>ACTIVE SU CUENTA MDLIVE DE HCH</b>   |
|--|---|
| Llame a MDLIVE al 888-680-8646<br>Vaya a <a href="http://www.mdlive.com/bcbstx">www.mdlive.com/bcbstx</a><br>Envíe el texto BCBSTX al número 635-483<br>Descargue la aplicación MDLIVE | Llame a MDLIVE al 855-848-8813<br>Vaya a <a href="http://www.mdlive.com/hch">www.mdlive.com/hch</a><br>Descargue la aplicación MDLIVE |

## AHORRO DE IMPUESTOS

### CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA)

#### ¿Qué es?

Al inscribirse en el plan de salud HD de HCH, usted tendrá acceso a una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA, por sus siglas en inglés "Health Savings Account"), el cual brinda ventajas de impuestos y pueden ser usados para pagar gastos de cuidado de salud calificados, tal como su deducible y otros gastos de bolsillo.

#### ¿Cuáles son los beneficios?

Administrado por Gulf Coast Educators Federal Credit Union, una HAS acumula fondos que pueden ser usados para pagar los gastos de cuidado de salud actuales y futuros.

- Usted Puede contribuir a su HSA antes de impuestos, para propósitos de impuestos federales, o puede contribuir después de impuestos y aceptar la deducción en su declaración de impuestos.
- Los fondos de la HSA pueden crecer sin impuestos, sujetos a la ley estatal.
- Una HSA reduce sus ingresos gravables de impuestos y puede permitirle hacer retiros libres de impuestos de la cuenta cuando paga por gastos de cuidado de salud calificados (la regulaciones fiscales varían según el estado).
- Como usted es el dueño de la HSA, no existen disposiciones de "Úselo o Piérdalo", por lo que los fondos no usados de la HSA se acumulan año tras año y pueden usarse para reembolsar futuros gastos de bolsillo elegibles.
- Si usted decide contribuir fondos, PflSD igualará su contribución dólar por dólar hasta **\$300 anuales o \$25 al mes**.
- Dado que es dueño de la cuenta HSA, el dinero en su cuenta es suyo para quedárselo en el caso que deje el Distrito.

#### ¿Cómo puedo calificar para un HSA?

El IRS tiene lineamientos en relación a quien califica para un HSA. Usted es considerado elegible si:

- Usted está cubierto por un plan médico calificado.
- Usted no está inscrito en un seguro de salud no calificado fuera del plan EPO HDHP de Pflugerville ISD.
- Usted no está inscrito en Medicare.
- A usted no se le declara como dependiente en la declaración impuestos de otra persona.
- Usted no está inscrito en una Cuenta Flexible de Gastos de Cuidado de Salud generales (FSA de Salud) ni en un Acuerdo de Reembolso de Salud general (HRA, por su siglas en inglés "Health Reimbursement Arrangement").

#### ¿Cómo puedo tener acceso a mi cuenta?

Una vez el HSA esté activado, usted puede administrar su cuenta en cualquier momento al visitar la página [www.gcefcu.org/hsa](http://www.gcefcu.org/hsa). Si surgen preguntas en relación a la activación de su cuenta, contacte a Gulf Coast Educators Federal Credit Union o la página visite [www.gcefcu.org/hsa](http://www.gcefcu.org/hsa). Consulte con su asesor de impuestos para obtener información o asesoramiento fiscal.

| ¿Qué Debe Saber Sobre Su Cuenta de Ahorros de Salud? |                          |                                  |   |   |  |
|--|--------------------------|----------------------------------|---|---|--|
| HSA  | Usted es dueño de su HSA | Su dinero se acumula año con año | Usted puede elegir cuanto contribuir (aplican montos máximos) | Cotejado con un plan de salud de alto deducible | Usted recibe una triple ventaja en impuestos |

## AHORRO DE IMPUESTOS

### Algunas reglas que usted necesita conocer:

- En el 2026, el límite máximo de contribución es de \$4,400 para los individuos y \$8,750 para familias, lo que incluye las contribuciones combinadas de empleados y del empleador.
- Si usted tiene 55 años o más, usted puede contribuir una contribución adicional para ponerse al día de \$1,000 al año.
- Es importante monitorear sus contribuciones para evitar superar el límite del IRS, ya que las contribuciones que excedan el límite del IRS están sujetas a tarifas estándar del impuesto sobre la renta, más un impuesto especial del 6%.
- Hay una penalización del 20% por usar fondos de la HSA en gastos de cuidado de salud no calificados si tiene menos de 65 años. Para más detalles sobre qué se consideran gastos de cuidado de salud calificados, visite la página <https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-502>.
- Puede que usted no pueda contribuir a su HSA si tiene derecho a Medicare. Sin embargo, los fondos acumulados antes de obtener Medicare pueden usarse para reembolsar sus gastos médicos calificados.
- Usted no puede contribuir a su HSA si usted está cubierto por algún plan de beneficios médicos que no sea un plan médico con alto deducible calificado por HSA (por ejemplo, el plan médico que no es HDHP de un cónyuge, un FSA de Cuidado de Salud de propósito general o Medicare). Sin embargo, usted puede que esté cubierto por un FSA de Cuidado de Salud de Propósito Limitado.
- Normalmente, la cantidad máxima que un empleado es elegible en contribuir a un HSA por año calendario se basa en una porción **prorrateada** del número de meses que el empleado es elegible para contribuir a un HSA. Por ejemplo, un empleado normalmente puede ser capaz de contribuir 4/12 del límite anual máximo en su primer año de inscripción en el plan HSA, si el empleado se une por primera vez al plan HSA el 1 de Septiembre. Sin embargo, a un empleado se le permite contribuir con la cantidad máxima anual, independientemente del número de meses en que él/ella haya sido elegible para contribuir a un HSA en el primer año, si él/ella es elegible para contribuir a un HSA el 1 de Diciembre del primer año y sigue siendo elegible para contribuir a un HSA hasta el 31 de Diciembre del año siguiente (es decir, durante todo el año siguiente).

|         |   |
|---------|---|
| CONSEJO | <b>¿Cómo administro mi HSA?</b>   |
|         | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>La forma más conveniente de pagar los gastos calificados es usar la tarjeta de débito</b></li><li>• <b>Usted también puede usar su propio dinero o una tarjeta de crédito personal y reembolsarse a usted mismo a través de su cuenta HSA en línea</b></li><li>• <b>Se le recomienda que mantenga los recibos de compras bajo HSA en caso de que alguna vez sea auditado por el IRS</b></li><li>• <b>Consulte el estatus de sus reclamos y consulte el saldo de su HSA en <a href="http://www.gcefcu.org/hsa">www.gcefcu.org/hsa</a></b></li></ul> |

## AHORRO DE IMPUESTOS

### CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Una cuenta de gastos flexible le permite usar dólares antes de impuestos para cubrir gastos de cuidado de salud y de cuidado de dependientes elegibles. Comenzando en el 2026, Pflugerville ISD ofrecerá este beneficio a través de Wex. Aquí se encuentran varios tipos de cuentas FSA que ayudan a reducir sus ingresos sujetos a impuestos al pagar gastos elegibles para usted mismo, su cónyuge y sus dependientes elegibles, tal como se detalla a continuación:

| TIPO DE FSA                    | DETALLE  |
|--------------------------------|--|
| FSA de Cuidado de Salud        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede reembolsar los gastos de cuidado de salud elegibles no cubiertos por su seguro médico, dental y de visión.</li> <li>• La contribución máxima para el 2026 es de \$3,300</li> </ul>  |
| FSA de Propósito Limitado      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opción para los empleados inscritos en un plan elegible de Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)</li> <li>• Use este FSA para reembolsar gastos de cuidado preventivo, dental y de visión elegibles</li> <li>• La contribución máxima para el 2026 es de \$3,300</li> </ul>                  |
| FSA de Cuidado de Dependientes | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede usarse para pagar cuidado infantil calificado y/o cuidadores para un familiar discapacitado en el hogar quienes no pueden cuidarse por sí mismos</li> <li>• La contribución máxima para el 2026 es de \$7,500 o \$3,750 si está casado y están declarando por separado</li> </ul> |

#### ¿Cuáles son los beneficios?

- ¡Sus ingresos sujetos a impuestos se reducen y sus ingresos netos disponibles aumentan!
- Ahorre dinero mientras se mantiene a usted y a su familia saludables

#### ¿Cómo lo uso?

Usted debe inscribirse en el programa FSA dentro de los 30 días siguientes de su fecha de contratación o durante la inscripción anual abierta. En este momento, usted debe establecer una cantidad anual de contribución dentro del límite máximo. Una vez inscrito, usted tendrá acceso en línea para ver su saldo FSA, comprobar el estado del reembolso y más. Visite la página [www.wexinc.com](http://www.wexinc.com) para tener acceso al portal en línea de Wex.

#### Algunas reglas que usted necesita conocer:

- Usted no será capaz de actualizar sus elecciones bajo la FSA durante el año a menos que usted un evento calificante, así que es importante estimar sus gastos y elegir cuidadosamente la cantidad que usted quiere contribuir.
- Aunque el año del plan corre desde el 1 de Enero del 2026 al 31 de Diciembre del 2026, el plan permite un periodo anual de expiración hasta el 30 de Marzo del 2027, lo que le permite solicitar el reembolso de cualquier gasto incurrido durante el año del plan (del 1 de Enero del 2026 al 31 de Diciembre del 2026)

| Cómo Usar su Cuenta de Gastos Flexible |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| FSA                                    | Determine su uso de cuidado de salud estimado | Establezca deducciones (antes de impuestos) de su cheque de pago | Use la tarjeta de débito de la FSA o presente los recibos por gastos elegibles | ¡Úselo o Piérdalo!<br>Los fondos FSA no se acumulan para el próximo año |

## DENTAL Y VISIÓN

### PLAN DENTAL

#### Su Plan Dental PPO

Este año, usted y sus dependientes elegibles tienen la oportunidad de inscribirse en un plan dental ofrecido por “The Standard”.

#### Usando el Plan

Los planes dentales PfISD están diseñados para darle la libertad de recibir cuidado dental de cualquier dentista licenciado de su elección. Usted recibirá el nivel más alto de beneficio del plan si usted elige a un dentista dentro de la red en lugar de uno fuera de la red que no ha aceptado brindar servicios a la tarifa negociada. Además, no se requieren formularios de reclamos cuando se usan dentistas dentro de la red.

#### Usos de “The Standard”

Para ver un resumen completo del plan, visite la página [www.pfisdbenefits.com](http://www.pfisdbenefits.com)

| ASPECTOS DEL PLAN            | PLANES DENTALES |              |              |
|------------------------------|-----------------|--------------|--------------|
|                              | Alto            | Medio        | Bajo         |
| Deducible del Año Calendario |                 |              |              |
| Individual                   | \$50            | \$50         | \$50         |
| Familiar                     | N/A             | N/A          | \$150        |
| Máximo Anual                 | \$2,000         | \$1,250      | \$1,250      |
| Preventivo                   | 100%            | 100%         | 100%         |
| Servicios Básicos            | 80%             | 80%          | 80%          |
| Servicios Mayores            | 50%             | 50%          | No Cubierto  |
| Servicios de Ortodoncia      | 50%             | 50%          | No Cubierto  |
| Adulto                       | Cubierto        | No Cubierto  | No Cubierto  |
| Hijo hasta los 26 años       | Cubierto        | Cubierto     | No Cubierto  |
| Máximo de Por Vida           | \$1,500         | \$1,500      | No Cubierto  |
| Reembolso Fuera de la Red    | Percentil 80    | Percentil 80 | Percentil 80 |

La información anterior es solo un resumen. Por favor refiérase a su Evidencia de Cobertura para los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan.

|         |  |
|---------|--|
| CONSEJO | <b>Encuentre a su Dentista Favorito</b>  |
|         | Al usar su plan Dental PPO, usted recibirá servicios de proveedores dentales tanto dentro fuera de su red de seguros. Sin embargo, usted recibirá mejor cobertura cuando use un dentista dentro de la red. Para determinar si su dentista está dentro o fuera de su red de seguros vaya a <a href="http://www.standard.com/dental">www.standard.com/dental</a> , elija “Buscar a un Proveedor” y seleccione “Buscar la Red Dental”. Su red es la “Ameritas Classic Network”. |

## DENTAL Y VISIÓN

### Acumulación Máxima Dental

**Guarde sus Dólares por Reclamos Sin Utilizar para cuando más lo necesite.**

Para los empleados inscritos en el Plan Dental Alto PPO – The Standard transferirá una parte de su máximo anual no utilizado a su Cuenta de Acumulación Máxima (MRA, por su siglas en inglés “Maximum Rollover Account”) personal. Si usted alcanza su Máximo Anual del Plan en años futuros, usted puede usar el dinero de su MRA. Para calificar para un MRA, debes tener un reclamo pagado (no solo una visita) y no haber superado el umbral de reclamos pagados durante el año de beneficios. Su MRA no puede superar el límite del MRA. Usted puede ver su estado de cuenta anual de MRA detallando su cuenta y la de sus dependientes en [www.thestandard.com](http://www.thestandard.com).

|             | MÁXIMO ANUAL DEL PLAN        | UMBRAL   | ACUMULACIÓN MÁXIMA ANUAL   | LÍMITE DE CUENTA DE ACUMULACIÓN MÁXIMA                              |
|-------------|------------------------------|--|--|---|
| Descripción | Máximo reembolso de reclamos | Monto de reclamos que determina la elegibilidad de acumulación | Dólares adicionales agregados al Monto Máximo Anual del Plan para años futuros | Montos máximos en dólares totales agregados al Monto Anual del Plan |
| Plan Alto   | \$2,000                      | \$750  | \$400  | \$1,200   |

Así es como funcionan los beneficios:

- **AÑO UNO:** Jane comienza con un Máximo Anual del Plan de \$2,000 en el Plan Dental Alto. Ella presenta \$500 en reclamos dentales. Dado que ella no alcanzó el umbral de \$800, recibe una acumulación de \$400 que se aplicará al Año Dos.
- **AÑO DOS:** Jane ahora tiene un Máximo Anual del Plan aumentado de \$2,400. Este año, ella presenta \$50 en reclamos y recibe una acumulación adicional de \$400 agregado a su Máximo Anual del Plan.
- **AÑO TRES:** Jane ahora tiene un Máximo Anual del Plan aumentado de \$2,800. Este año, presenta \$2,000 dólares en reclamos. Todos los reclamos se pagan debido a la cantidad acumulada en su Cuenta de Acumulación Máxima.
- **AÑO CUATRO:** El Máximo Anual del Plan de Jane es de \$2,800 (Máximo Anual del Plan de \$2,000 + \$800 restantes en su Cuenta de Acumulación Máxima).

### PRIMAS DENTALES

| NIVEL DE COBERTURA                  | DEDUCCIÓN DE NÓMINA DE PAGO |            |           |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|
|                                     | Mensual                     |            |           |
|                                     | Plan Bajo                   | Plan Medio | Plan Alto |
| Planes Dentales de The Standard     |                             |            |           |
| Empleado Únicamente                 | \$30.68                     | \$37.12    | \$56.32   |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica | \$61.88                     | \$74.16    | \$125.12  |
| Empleado y Niño(s)                  | \$51.88                     | \$100.08   | \$113.52  |
| Empleado y Familia                  | \$79.56                     | \$137.16   | \$161.48  |

## DENTAL Y VISIÓN

### PLAN DE VISIÓN

#### Su Plan de Visión

La cobertura es ofrecida por VSP como un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés de "Preferred Provider Organization").

#### Usando el Plan

Tal como en una PPO tradicional, usted puede aprovechar el nivel más alto de beneficio recibiendo servicios de proveedores y doctores de visión dentro de la red. Usted solo será responsable de un copago al momento de su servicio. Sin embargo, si usted recibe servicios de un doctor fuera de la red, usted paga por todos los gastos en el momento del servicio y presentas una reclamo para el reembolso hasta la cantidad permitida.

Por favor tenga en cuenta que Visión de VSP no brinda tarjetas de identificación. En el consultorio del proveedor, su número de seguro social servirá como su identificación

Para ver un resumen del plan completo, visite la página <https://www.pfisdbenefits.com/>

Para encontrar un proveedor dentro de la red, por favor vaya a [www.vsp.com](http://www.vsp.com)

| ASPECTOS DEL PLAN  | VISIÓN PPO DE VSP                      |                           |
|--|--|---------------------------|
|  | Dentro de la Red                       | Reembolso Fuera de la Red |
| Examen – Una vez por cada año del plan                         | \$10                                   | Hasta \$45                |
| Lentes – Cada 12 meses   | \$25                                   | Ver a Continuación        |
| Sencillo   | 100% después del copago                | Hasta \$40                |
| Bifocal  | 100% después del copago                | Hasta \$60                |
| Trifocal   | 100% después del copago                | Hasta \$80                |
| Marcos de Lentes – Cada 12 meses                               | Asignación de \$175 + 20% de descuento | Hasta \$50                |
| Lentes de Contacto – Cada 12 meses en lugar de lentes y marcos |  |                           |
| Necesario Médico   | 100%                                   | Hasta \$210               |
| Cosmético  | Asignación de \$175                    | Hasta \$150               |

### PRIMAS DE VISIÓN

| NIVEL DE COBERTURA                  | DEDUCCIÓN DE NÓMINA DE PAGO |
|-------------------------------------|-----------------------------|
|                                     | Mensual                     |
| Plan de Visión de VSP               |                             |
| Empleado Únicamente                 | \$7.12                      |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica | \$12.82                     |
| Empleado y Niño(s)                  | \$13.58                     |
| Empleado y Familia                  | \$20.34                     |

## VIDA Y DISCAPACIDAD

### PLAN DE VIDA VOLUNTARIO Y AD&D

#### Proteja a sus seres queridos

En el caso de su muerte, el Seguro de Vida le brindará a sus miembros de familia u otros beneficiarios con protección y seguridad financiera. Además, si su muerte es el resultado de un accidente o si queda desmembrado, puede aplicarse su cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D, por su siglas en inglés "Accidental Death & Dismemberment").

#### Su Cobertura

Todos los empleados a tiempo completo tienen un beneficio básico de vida y de AD&D de \$10,000 que es pagado por el distrito. Usted puede elegir el adquirir una cobertura voluntaria adicional para usted y sus dependientes:

- El seguro de Vida Voluntario para Empleados puede elegirse en incrementos de \$10,000 hasta 5 veces el salario o un máximo de \$500,000. La cantidad de la garantía de emisión es de \$200,000\*. Las elecciones por encima de esta cantidad requieren Evidencia de Asegurabilidad\*\*.
- El seguro de Vida Voluntario para Cónyuges puede elegirse en incrementos de \$5,000 hasta \$100,000, sin exceder la elección del empleado. El monto de la garantía de emisión es de \$50,000. Las elecciones por encima de esta cantidad requieren Evidencia de Asegurabilidad\*. La tarifa se basa en la edad del Empleado.
- El seguro de Vida Voluntario para Hijos puede elegirse por un monto de \$10,000 dólares y no puede superar el 100% del beneficio de vida del empleado.

A los 65 años, el monto de los beneficios se reducirá al 65% de la elección original para el empleado y cónyuge.

\* Las inscripciones de nuevas contrataciones pueden elegir hasta la cantidad de garantía de emisión sin brindar Evidencia de Asegurabilidad. Las nuevas inscripciones o aumentos en volumen a inscripciones existentes requerirán completar el formulario de Evidencia de Asegurabilidad.

\*\* El formulario de Evidencia de Asegurabilidad puede encontrarse en [www.standard.com/mybenefits/mhs\\_ho.html](http://www.standard.com/mybenefits/mhs_ho.html) o contacte a la oficina de Beneficios.

|                |  |
|----------------|--|
| <b>CONSEJO</b> | <b>¡Requerido! ¿Tiene a sus Beneficiarios Actualizados al Día?</b>   |
|                | <p>Los beneficiarios son individuos o entidades que usted elige para recibir beneficios de su política.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Usted puede cambiar su designación de beneficiario en cualquier momento.</li><li>• Usted puede designar a un único beneficiario o a varios beneficiarios para recibir el pago en el porcentaje asignado.</li><li>• Para seleccionar o cambiar a su beneficiario, contacte al Equipo de Beneficios en el correo <a href="mailto:benefits@pfisd.net">benefits@pfisd.net</a>.</li></ul> |

## VIDA Y DISCAPACIDAD

### PLAN DE DISCAPACIDAD VOLUNTARIO

#### Protección adicional de ingresos

Si usted experimenta una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo que le impide trabajar, la cobertura por discapacidad actúa como un reemplazo a sus ingresos para proteger activos importantes y ayudarlo a continuar con cierto nivel de ingresos.

#### Su cobertura

*Si usted quiere cambiar su póliza actual durante la inscripción abierta, usted puede aumentar el nivel de su beneficio hasta \$300 al mes hasta el máximo permitido o bajar un nivel en el periodo de espera de su beneficio.*

Los beneficios que se delimitan a continuación son suministrados de forma voluntaria por The Standard:

- Usted puede elegir los siguientes periodos de eliminación (Accidente/Enfermedad):
  - 0/3 días
  - 14/14 días
  - 30/30 días
  - 60/60 días
  - 90/90 días
  - 180/180 días
- Usted puede elegir un monto de beneficio mínimo de \$200 hasta el menor de \$8,000 o dos tercios de sus ingresos.
- El periodo de beneficio máximo es de 3 años por enfermedad o hasta los 65 años en caso de accidente.

\*Para condiciones preexistentes, los beneficios solo están disponibles durante los primeros 90 días de discapacidad. Una condición preexistente es cualquier condición para la que usted haya recibido tratamiento o cuidado médico dentro de los 90 días después de que se vuelva efectiva. Después de 12 meses de cobertura continua, la condición ya no se considera preexistente.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>CONSEJO</b> | <b>Considere Esto</b>   |
|                | <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo se verá su situación financiera si usted es incapaz de trabajar por unas cuantas semanas o meses debido a una enfermedad o lesión inesperada?</li><li>• ¿Qué tan preparado se siente para manejar sus gastos si usted tuviera que tomarse tiempo fuera de su trabajo de forma inesperada?</li><li>• ¿Qué tan importante es para usted el tener una red de seguridad en caso de usted no pueda trabajar por un corto periodo de tiempo?</li><li>• ¿Qué es lo que significa la paz mental para usted cuando se trata de proteger sus ingresos durante los problemas de salud inesperados?</li></ul> |

**BENEFICIOS VOLUNTARIOS EN EL SITIO DE TRABAJO**

**Cerrando la Brecha**

Si usted experimenta una lesión o enfermedad, las pólizas por Accidentes, Enfermedad Crítica Indemnización Hospitalaria pueden ayudarle a complementar su otra cobertura de seguro y a compensar los gastos médicos de bolsillo. Estas pólizas están diseñadas para mejorar su cobertura médica subyacente, no para reemplazarla. Una póliza de Vida Entera garantiza la seguridad financiera en caso de su muerte. Para ver un resumen completo del plan, visite la página [www.pfisdbenefits.com](http://www.pfisdbenefits.com)

| <b>SUS PLANES</b>                   | <b>GENERALIDADES DE LA COBERTURA</b>  |
|-------------------------------------|---|
| Accidente                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El seguro de accidentes está diseñado para ayudar a cubrir las brechas de los deducibles y los gastos diarios con un beneficio en efectivo por lesiones inesperadas.</li> <li>• Se pagan beneficios por cosas como visitas a cuidado urgente, tratamiento en la sala de emergencias, admisión hospitalaria y confinamiento, ambulancia y radiografías.</li> <li>• Usted puede elegir entre una opción de un plan bueno, mejor o el mejor.</li> <li>• Usted también puede recibir beneficios por hacerse un examen de bienestar.</li> </ul>   |
| Enfermedad Crítica                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El seguro de enfermedades críticas puede cubrir los gastos que no son cubiertos por el seguro tradicional. Este tipo de póliza compensa a los titulares de pólizas con un pago único tras ser diagnosticado con una enfermedad específica, tal como un paro cardíaco, cáncer o un infarto.</li> <li>• Usted puede adquirir un beneficio de \$10,000, \$15,000 o \$25,000 para usted mismo, así como cobertura para su cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes.</li> <li>• Usted también puede recibir beneficios por hacerse un examen de bienestar.</li> </ul>   |
| Indemnización Hospitalaria          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El seguro de Indemnización Hospitalaria es un plan que le paga beneficios cuando usted es admitido o confinado en un hospital, ya sea por razones planeadas o no planeadas, o para otros servicios médicos.</li> <li>• Cigna pagará \$500, \$1,000 o \$1,500 al día dependiendo del plan que usted elija.</li> <li>• Usted también puede recibir beneficios por hacerse un examen de bienestar.</li> </ul>   |
| Vida Entera                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El seguro de vida entera es una póliza permanente ofrecida por Trustmark, la cual le garantiza una protección para sus seres queridos que dura toda la vida.</li> <li>• La póliza de Trustmark también incluye un beneficio para Cuidados a Largo Plazo, en el que usted puede acceder a su beneficio mientras vive para cuidado de salud en el hogar, vivienda asistida o cuidado en un asilo de ancianos.</li> </ul>   |
| Protección de Identidad de Allstate | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El beneficio de protección de identidad de Allstate protege una amplia variedad de amenazas de identidad, incluyendo reportes de crédito, monitorización de la “dark web”, transacciones financieras e interacciones en redes sociales. Este beneficio trae paz mental mientras se navega por el mundo tecnológico en el que vivimos hoy.</li> <li>• En caso de fraude, la póliza de seguro contra robo de identidad de \$1 millón de dólares de Allstate le reembolsará a usted.</li> <li>• Las características del plan incluyen comprobar su puntuación de salud de identidad, monitorear su puntuación de crédito y reportar fraudes en TransUnion, recibir alertas financieras y de identidad en tiempo real, y la habilidad de protegerse a usted mismo y a su familia.</li> </ul> |

## TRABAJO/VIDA

### ACCIDENTES

| ASPECTOS DEL PLAN                                  | PLAN BAJO           | PLAN MEDIO           | PLAN ALTO            |
|--|---------------------|----------------------|----------------------|
| Accidentes   |                     |                      |                      |
| Tratamiento en Sala de Emergencias                 | \$100               | \$200                | \$300                |
| Visita al Consultorio del Médico                   | \$50                | \$100                | \$150                |
| Examen Diagnóstico                                 | \$10                | \$50                 | \$50                 |
| Ambulancia (Terrestre/Aérea)                       | \$200 / \$800       | \$300 / \$1,200      | \$400 / \$1,600      |
| Admisión Hospitalaria                              | \$500               | \$1,000              | \$1,500              |
| Estadía Hospitalaria                               | \$100               | \$200                | \$300                |
| Estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos        | \$200               | \$400                | \$600                |
| Fracturas y Dislocaciones                          | \$50 - \$4,000      | \$100 - \$8,000      | \$150 - \$10,000     |
| Visita de Seguimiento en el Consultorio del Médico | \$50                | \$75                 | \$125                |
| Visita de Seguimiento por Terapia Física           | \$25                | \$50                 | \$75                 |
| Laceraciones                                       | \$50 - \$400        | \$100 - \$600        | \$150 - \$800        |
| Contusión cerebral                                 | \$200               | \$400                | \$600                |
| Coma   | \$5,000             | \$10,000             | \$15,000             |
| Muerte Accidental*                                 | \$25,000 - \$75,000 | \$50,000 - \$100,000 | \$75,000 - \$100,000 |
| Desmembramiento Accidental*                        | \$1,000 - \$20,000  | \$2,000 - \$30,000   | \$3,000 - \$40,000   |
| <b>Beneficio por Bienestar</b>                     | <b>\$75</b>         | <b>\$100</b>         | <b>\$100</b>         |

\*Los montos que se muestran son para cobertura del empleado. El beneficio para Cónyuge e Hijos son 50% y 25% del beneficio que se muestra, respectivamente.

### INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

| ASPECTOS DEL PLAN                             | PLAN BAJO                         | PLAN MEDIO                        | PLAN ALTO                         |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Indemnización Hospitalaria                    |                                   |                                   |                                   |
| Admisión Hospitalaria*                        | \$500                             | \$1,000                           | \$1,500                           |
| Estadía Hospitalaria**                        | \$100 por día, 30 días máximo     | \$200 por día, 30 días máximo     | \$200 por día, 30 días máximo     |
| Estadía Hospitalaria en la UCI**              | \$200 por día, 30 días máximo     | \$400 por día, 30 días máximo     | \$400 por día, 30 días máximo     |
| Admisión Hospitalaria por Condición Crónica** | \$50 por día, 1 día máximo        | \$100 por día, 1 día máximo       | \$100 por día, 1 día máximo       |
| Estadía por Observación en el Hospital***     | \$100 por periodo de 24 horas     | \$200 por periodo de 24 horas     | \$200 por periodo de 24 horas     |
| Cuidado a Recién Nacidos                      | \$200 por admisión, \$100 por día | \$200 por admisión, \$100 por día | \$200 por admisión, \$100 por día |
| <b>Beneficio de Bienestar</b>                 | <b>\$100</b>                      | <b>\$110</b>                      | <b>\$100</b>                      |

\*Beneficio limitado a una vez por cada 365 días

\*\*Beneficio limitado a una vez cada 90 días

\*\*\*Aplica un periodo de eliminación de 24 horas; limitado a 72 horas

| Indemnización Hospitalaria          | Baja    | Media   | Alta    |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|
| Empleado Únicamente                 | \$12.44 | \$21.96 | \$25.87 |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica | \$22.43 | \$39.92 | \$46.96 |
| Empleado y Niño(s)                  | \$23.22 | \$39.88 | \$46.13 |
| Empleado y Familia                  | \$33.21 | \$57.84 | \$67.25 |

## TRABAJO/VIDA

### ENFERMEDADES CRÍTICAS

| ASPECTOS DEL PLAN                 | PLAN BAJO                      | PLAN MEDIO | PLAN ALTO |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------|-----------|
| Enfermedades Críticas             |                                |            |           |
| Monto del Beneficio del Empleado  | \$10,000                       | \$15,000   | \$25,000  |
| Monto del Beneficio del Cónyuge   | \$5,000                        | \$7,500    | \$12,500  |
| Monto del Beneficio para Hijos    | \$5,000                        | \$7,500    | \$12,500  |
| Límite de Vida Máximo             | 5 veces el beneficio           |            |           |
| Condiciones Cubiertas:            | <i>Beneficio / Recurrencia</i> |            |           |
| Cancer Invasivo                   | 100% / 100%                    |            |           |
| Carcinoma in Situ                 | 25% / 25%                      |            |           |
| Paro Cardíaco                     | 100% / 100%                    |            |           |
| Infarto                           | 100% / 100%                    |            |           |
| Enfermedad de Arterias Coronarias | 25% / 25%                      |            |           |
| Enfermedad de Alzheimer Avanzada  | 25% / No Disponible            |            |           |
| Esclerosis Lateral Amiotrófica    | 25% / No Disponible            |            |           |
| Enfermedad de Parkinson           | 25% / No Disponible            |            |           |
| Esclerosis Múltiple               | 25% / No Disponible            |            |           |
| Tumor Cerebral benigno            | 100% / 100%                    |            |           |
| Ceguera                           | 100% / No Disponible           |            |           |
| Coma                              | 100% / 25%                     |            |           |
| Enfermedad Renal en Fase Terminal | 100% / 100%                    |            |           |
| Falla Mayor de Órganos            | 100% / 100%                    |            |           |
| Parálisis                         | 100% / 100%                    |            |           |
| Pérdida de la Audición            | 100% / No Disponible           |            |           |
| Pérdida del Habla                 | 100% / No Disponible           |            |           |
| Lupus Sistémico                   | 25% / 25%                      |            |           |
| Esclerosis Sistémica              | 25% / 25%                      |            |           |
| Cáncer en la Piel                 | \$250 de por vida              |            |           |
| Cáncer de Segunda Opinión         | \$500 de por vida              |            |           |
| Beneficio de Bienestar            | \$100                          |            |           |

### VIDA ENTERA CON CUIDADO A LARGO PLAZO

| ASPECTOS DEL PLAN   |  |
|---|--|
| Detalles de Vida Entera   |  |
| Monto de Cobertura para el Empleado                               | Hasta \$300,000  |
| Monto de Cobertura para el Cónyuge                                | Hasta \$300,000  |
| Monto de Cobertura para los Hijos                                 | Hasta \$10,000   |
| Beneficios por Muerte Acelerados por Enfermedades terminales      | 75% del beneficio hasta \$225,000  |
| Beneficios de Muerte Acelerados por Cuidados a Largo Plazo (LTC)* | 4% del beneficio pagadero cada mes por 25 meses<br>El miembro debe ser incapaz de realizar 2 de 6 actividades del diario vivir o tener una discapacidad cognitiva y recibir servicios de cuidado a largo plazo |
| Restauración de Beneficios por Muerte                             | Restaura su cobertura por el 100% si los beneficios se redujeron con un beneficio por muerte acelerada por cuidado a largo plazo.  |

## TRABAJO/VIDA

### PROTECCIÓN DE IDENTIDAD DE ALLSTATE

| Detalles de Protección de Identidad                                | Plan Pro             | Plan Pro Plus |
|--|----------------------|---------------|
| Protección de Seguros  | Mínimo de \$1 millón |               |
| Beneficio de Restauración de Identidad                             | Incluido             |               |
| Protección de Billetera Perdida                                    | Incluido             |               |
| Monitoreo de Dirección IP  | Incluido             |               |
| Monitoreo de Crédito y Alertas de Actividad de Cuentas Bancarias   | Incluido             |               |
| Monitoreo de las Tres Oficinas de Reportes de Crédito (Tri-Bureau) | No Incluido          | Incluido      |
| Monitoreo de Redes Sociales  | No Incluido          | Incluido      |
| Reembolso de Fondos Robados en el 401(k) y HSA                     | No Incluido          | Incluido      |
| <b>Tarifas</b>   |                      |               |
| Por Persona / Mes  | \$6.95               | \$8.95        |
| Por Familia / Mes  | \$12.95              | \$16.95       |

La información anterior es un resumen únicamente. Por favor, consulte el documento de su plan para detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del plan.

### PROGRAMA DE ASISTENCIA A EMPLEADOS (EAP)

Pflugerville ISD entiende que usted y sus familiares podrían experimentar una variedad de retos personales o relacionados con el trabajo. A través del EAP de Optum, usted tiene acceso a recursos, información y asesoramiento totalmente confidenciales y sin ningún costo para usted.

| COMPONENTE DEL PROGRAMA  | DETALLES DE COBERTURA   |   |
|--------------------------|---|---|
| Quiénes lo pueden usar   | Todos los empleados   |   |
| Los Temas Pueden Incluir | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado infantil</li> <li>Cuidado de personas de tercera edad</li> <li>Servicios legales</li> <li>Robo de identidad</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas matrimoniales, de relaciones of familiares</li> <li>Asesoramiento por duelo</li> <li>Abuso de sustancias y recuperación</li> <li>Apoyo financiero e Información al consumidor</li> </ul> |
| Número de Sesiones       | Cinco (5) sesiones presenciales gratuitas al año por miembro por incidente  |   |

| ¿Cómo Tener Acceso? |   |
|---------------------|---|
| CONSEJO             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Por Teléfono: 866-248-4094</li> <li>En Línea: <a href="http://www.liveandworkwell.com">www.liveandworkwell.com</a></li> <li>Contraseña del sitio web: pfsid</li> </ul> |

## TRABAJO/VIDA

### SEGURO DE MASCOTAS

Puedes obtener acceso a seguros para mascotas con MetLife a una tarifa reducida para empleados del Pflugerville ISD. El seguro para mascotas puede ayudarte a reembolsarlo a usted por gastos veterinarios inesperados de su mascota. Usted puede inscribirse y cambiar su cobertura a lo largo del año según cambien sus necesidades. Las tarifas se basan en el plan que elabore para su mascota, así como en la edad, raza y ubicación del hogar de la mascota.

Usted puede inscribirse visitando la página visitando [www.metlife.com/getpetquote](http://www.metlife.com/getpetquote) y seleccionando a Pflugerville ISD como su empleador o llamando al número 1-800-GET-MET8.

Esté atento a más información de MetLife sobre cuándo abrirán las inscripciones en Enero.

| ASPECTOS DEL PLAN   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>Aspectos del Plan de Seguro de Mascotas</b>                |                                      |
| Tipos de planes disponibles                                   | Accidentes, Bienestar, Integral      |
| Opciones de deducible anual                                   | \$0 - \$2,500                        |
| Opciones de reembolso   | 50% - 100%                           |
| Limpiezas dentales  | Incluidos en los planes de bienestar |
| No hay un límite de edad superior o restricciones de raza     |                                      |
| Notificación en tiempo real de mascota extraviada             |                                      |
| Incluye beneficios por muerte                                 |                                      |
| Las condiciones preexistentes están limitadas                 |                                      |
| Los registros de la póliza se pueden ver en línea             |                                      |
| Acceso 24/7 a servicios de mensajería y telesalud veterinaria |                                      |

## TARIFAS

### DESGLOSE DE LOS COSTOS

#### DISCAPACIDAD VOLUNTARIA

| Periodo de Eliminación            | Monto del Beneficio                      | Costo Mensual por casa \$100 |
|-----------------------------------|--|------------------------------|
| 0 accidentes / 3 enfermedades     | \$200 - \$8,000 o 66.66% de los ingresos | \$2.80                       |
| 14 accidentes / 14 enfermedades   | \$200 - \$8,000 o 66.66% de los ingresos | \$2.19                       |
| 30 accidentes / 30 enfermedades   | \$200 - \$8,000 o 66.66% de los ingresos | \$1.61                       |
| 60 accidentes / 60 enfermedades   | \$200 - \$8,000 o 66.66% de los ingresos | \$1.40                       |
| 90 accidentes / 90 enfermedades   | \$200 - \$8,000 o 66.66% de los ingresos | \$1.24                       |
| 180 accidentes / 180 enfermedades | \$200 - \$8,000 o 66.66% de los ingresos | \$1.17                       |

Cálculo de su Costo por Discapacidad:

$$\frac{\text{Tarifa}}{\text{Monto del Beneficio}} \times 100 = \text{Tarifa Mensual}$$

#### VIDA/AD&D VOLUNTARIO

| Edad                             | Empleado | Cónyuge |
|----------------------------------|----------|---------|
| <25                              | \$0.048  | \$0.048 |
| 25-29                            | \$0.048  | \$0.048 |
| 30-34                            | \$0.057  | \$0.057 |
| 35-39                            | \$0.076  | \$0.076 |
| 40-44                            | \$0.094  | \$0.094 |
| 45-49                            | \$0.150  | \$0.150 |
| 50-54                            | \$0.250  | \$0.250 |
| 55-59                            | \$0.443  | \$0.443 |
| 60-64                            | \$0.457  | \$0.457 |
| 65-69                            | \$0.997  | \$0.997 |
| 70-74                            | \$0.997  | \$0.997 |
| 75-79                            | \$0.997  | \$0.997 |
| Tarifa de Hijos por cada \$1,000 |          | \$0.215 |

Calculando el Costo de Vida/AD&D Voluntario:

$$\frac{\text{Tarifa}}{\text{Monto del Beneficio}} \times 1,000 = \text{Tarifa Mensual}$$

## TARIFAS

### DESGLOSE DE LOS COSTOS

#### ACCIDENTES

| Indemnización Hospitalaria          | Baja    | Media   | Alta    |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|
| Empleado Únicamente                 | \$7.29  | \$13.28 | \$16.73 |
| Empleado y Cónyuge/Pareja Doméstica | \$10.81 | \$19.84 | \$26.23 |
| Empleado y Niño(s)                  | \$13.81 | \$25.37 | \$32.37 |
| Empleado y Familia                  | \$17.79 | \$32.66 | \$41.89 |

#### PLAN BAJO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS GI: \$10,000

| Costo por cada \$1,000 | Empleado            |                  | Empleado y Cónyuge  |                  | Empleado e Hijos    |                  | Empleado y Familia  |                  |
|------------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------|
|                        | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco) | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco) | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco) | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco) |
| <25                    | \$0.562             | \$0.623          | \$0.936             | \$1.048          | \$0.979             | \$1.040          | \$1.368             | \$1.465          |
| 25-29                  | \$0.659             | \$0.792          | \$1.087             | \$1.278          | \$1.076             | \$1.206          | \$1.505             | \$1.703          |
| 30-34                  | \$0.839             | \$1.098          | \$1.361             | \$1.746          | \$1.256             | \$1.523          | \$1.778             | \$2.189          |
| 35-39                  | \$1.069             | \$1.613          | \$0.936             | \$2.556          | \$1.487             | \$2.030          | \$2.124             | \$2.970          |
| 40-44                  | \$1.332             | \$2.171          | \$2.156             | \$3.474          | \$1.757             | \$2.592          | \$2.574             | \$3.892          |
| 45-49                  | \$1.692             | \$2.970          | \$2.772             | \$4.842          | \$2.117             | \$3.388          | \$3.190             | \$5.256          |
| 50-54                  | \$2.095             | \$3.740          | \$3.488             | \$6.149          | \$2.502             | \$4.158          | \$3.902             | \$6.566          |
| 55-59                  | \$2.574             | \$4.554          | \$4.349             | \$7.632          | \$2.992             | \$4.990          | \$4.752             | \$8.050          |
| 60-64                  | \$2.988             | \$5.170          | \$5.108             | \$8.741          | \$3.406             | \$5.587          | \$5.526             | \$9.155          |
| 65-69                  | \$3.366             | \$5.558          | \$5.645             | \$9.119          | \$3.780             | \$5.976          | \$6.062             | \$9.536          |
| 70-74                  | \$3.607             | \$5.530          | \$5.738             | \$8.748          | \$4.025             | \$5.947          | \$6.156             | \$9.171          |
| 75-79                  | \$4.046             | \$5.850          | \$6.822             | \$9.634          | \$4.464             | \$6.268          | \$7.240             | \$10.04          |
| 80-84                  | \$4.630             | \$6.739          | \$7.834             | \$11.07          | \$5.040             | \$7.157          | \$8.251             | \$11.49          |
| 85+                    | \$5.346             | \$6.502          | \$8.978             | \$10.80          | \$5.760             | \$6.919          | \$9.392             | \$11.22          |

Calculando el Costo por Enfermedades Críticas:

$$\frac{\text{Tarifa}}{\text{Monto del Beneficio Del Empleado Bajo = \$10,000 Medio = \$10,000 Alto = \$25,000}} \times 1,000 = \text{Tarifa Mensual}$$

## TARIFAS

### PLAN MEDIO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS GI: \$15,000

| Costo por cada \$1,000 | Empleado |                     | Empleado y Cónyuge |                     | Empleado e Hijos |                     | Empleado y Familia |                     |
|------------------------|----------|---------------------|--------------------|---------------------|------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
|                        | Edad     | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco)   | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco) | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco)   | No Fumador (Tabaco) |
| <25                    | \$0.843  | \$0.935             | \$1.404            | \$1.572             | \$1.469          | \$1.560             | \$2.052            | \$2.198             |
| 25-29                  | \$0.989  | \$1.188             | \$1.631            | \$1.917             | \$1.614          | \$1.809             | \$2.258            | \$2.555             |
| 30-34                  | \$1.259  | \$1.647             | \$2.042            | \$2.619             | \$1.884          | \$2.285             | \$2.667            | \$3.284             |
| 35-39                  | \$1.604  | \$2.420             | \$1.404            | \$3.834             | \$2.231          | \$3.045             | \$3.186            | \$4.455             |
| 40-44                  | \$1.998  | \$3.257             | \$3.234            | \$5.211             | \$2.636          | \$3.888             | \$3.861            | \$5.838             |
| 45-49                  | \$2.538  | \$4.455             | \$4.158            | \$7.263             | \$3.176          | \$5.082             | \$4.785            | \$7.884             |
| 50-54                  | \$3.143  | \$5.610             | \$5.232            | \$9.224             | \$3.753          | \$6.237             | \$5.853            | \$9.849             |
| 55-59                  | \$3.861  | \$6.831             | \$6.524            | \$11.44             | \$4.488          | \$7.485             | \$7.128            | \$12.07             |
| 60-64                  | \$4.482  | \$7.755             | \$7.662            | \$13.11             | \$5.109          | \$8.381             | \$8.289            | \$13.73             |
| 65-69                  | \$5.049  | \$8.337             | \$8.468            | \$13.67             | \$5.670          | \$8.964             | \$9.093            | \$14.30             |
| 70-74                  | \$5.411  | \$8.295             | \$8.607            | \$13.12             | \$6.038          | \$8.921             | \$9.234            | \$13.75             |
| 75-79                  | \$6.069  | \$8.775             | \$10.23            | \$14.45             | \$6.696          | \$9.402             | \$10.08            | \$15.06             |
| 80-84                  | \$6.945  | \$10.10             | \$11.75            | \$16.61             | \$7.560          | \$10.73             | \$12.37            | \$17.24             |
| 85+                    | \$8.019  | \$9.753             | \$13.46            | \$16.20             | \$8.640          | \$10.37             | \$14.08            | \$16.83             |

### PLAN ALTO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS GI: \$25,000

| Costo por cada \$1,000 | Empleado |                     | Empleado y Cónyuge |                     | Empleado e Hijos |                     | Empleado y Familia |                     |
|------------------------|----------|---------------------|--------------------|---------------------|------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
|                        | Edad     | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco)   | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco) | No Fumador (Tabaco) | Fumador (Tabaco)   | No Fumador (Tabaco) |
| <25                    | \$1.405  | \$1.558             | \$2.340            | \$2.620             | \$2.448          | \$2.600             | \$2.448            | \$2.600             |
| 25-29                  | \$1.648  | \$1.980             | \$2.718            | \$3.195             | \$2.690          | \$3.015             | \$2.690            | \$3.015             |
| 30-34                  | \$2.098  | \$2.745             | \$3.403            | \$4.365             | \$3.140          | \$3.808             | \$3.140            | \$3.808             |
| 35-39                  | \$2.673  | \$4.033             | \$2.340            | \$6.390             | \$3.718          | \$5.075             | \$3.718            | \$5.075             |
| 40-44                  | \$3.330  | \$5.428             | \$5.390            | \$8.685             | \$4.393          | \$6.480             | \$4.393            | \$6.480             |
| 45-49                  | \$4.230  | \$7.425             | \$6.930            | \$12.10             | \$5.293          | \$8.470             | \$5.293            | \$8.470             |
| 50-54                  | \$5.238  | \$9.350             | \$8.720            | \$15.37             | \$6.255          | \$10.39             | \$6.255            | \$10.39             |
| 55-59                  | \$6.435  | \$11.38             | \$10.87            | \$19.08             | \$7.480          | \$12.47             | \$7.480            | \$12.47             |
| 60-64                  | \$7.470  | \$12.92             | \$12.77            | \$21.85             | \$8.515          | \$13.96             | \$8.515            | \$13.96             |
| 65-69                  | \$8.415  | \$13.89             | \$14.11            | \$22.79             | \$9.450          | \$14.94             | \$9.450            | \$14.94             |
| 70-74                  | \$9.018  | \$13.82             | \$14.34            | \$21.87             | \$10.63          | \$14.86             | \$10.63            | \$14.86             |
| 75-79                  | \$10.11  | \$14.62             | \$17.05            | \$24.08             | \$11.16          | \$15.67             | \$11.16            | \$15.67             |
| 80-84                  | \$11.57  | \$16.84             | \$19.58            | \$27.69             | \$12.60          | \$17.89             | \$12.60            | \$17.89             |
| 85+                    | \$13.36  | \$16.25             | \$22.44            | \$27.01             | \$14.40          | \$17.29             | \$14.40            | \$17.29             |

## RECURSOS

### SOPORTE A LOS MIEMBROS

Comprender sus opciones de beneficios para empleados puede ser confuso y complicado. El Centro de Servicios de Beneficios a través de la Marsh & McLennan Agency ofrece respuestas e información al alcance de su mano.

#### Usted No Está Solo

#### Opciones de plan, copagos y deducibles...

Planear para las necesidades de salud y bienestar suyas y de su familia puede ser una tarea abrumadora. El Centro de Servicios de Beneficios es su recurso para orientarlo a la hora de navegar su plan de beneficios, desde la inscripción abierta hasta el manejo de los muchos cambios de la vida.

#### A Tan Solo una Llamada o un Clic

Hay soporte bilingüe disponible para los miembros de Lunes a Viernes, desde las 8:00 a.m. – 6:00 p.m. Hora Central.

- Número gratuito: (855) 550-9885
- PIN: 1083
- Correo electrónico: [PflugervilleISD@MarshMMA.com](mailto:PflugervilleISD@MarshMMA.com)

#### Recursos Dedicados de Beneficios

Como un beneficio patrocinado por la compañía, el Centro de Servicio de Beneficios le ofrece acceso directo a profesionales de seguros quienes se dedican a conocer sus opciones del plan a detalle. Ya sea un nuevo empleado buscando información sobre cómo continuar su cobertura, o sus necesidades de seguros están cambiando, lo más seguro es que usted tendrá preguntas sobre las opciones y programas de su plan.

|                |   |
|----------------|---|
| <b>CONSEJO</b> | <b>El Centro de Servicio de Beneficios puede ayudarlo con:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Preguntas generales de los beneficios</li><li>• Encontrar un proveedor o instalaciones de la red</li><li>• Revisar facturas</li><li>• Asistencia con reclamos</li></ul>  |
|                | <b>Contacte la Oficina de Beneficios y Licencias de PflISD para:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Verificación de elegibilidad</li><li>• Procesar eventos de vida calificantes</li><li>• Disponible de 8:00 a.m. – 5:00 p.m.</li><li>• Teléfono: (512) 594-0026</li><li>• Correo electrónico: <a href="mailto:benefits@pflisd.net">benefits@pflisd.net</a></li></ul> |

## One Pass Select

### Construya su propia condición física

One Pass Select® tiene la misión de hacer que la condición física sea divertida y atractiva para todos. Le podemos ayudar a alcanzar sus metas de condición física a tiempo, mientras que encuentra nuevas pasiones a lo largo del camino. Usted puede inscribirse en One Pass Select el 01 de Septiembre del 2025.

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>En el gimnasio</b><br>Elija de nuestra larga red a nivel nacional de marcas de gimnasio y estudios de condición física local. Use cualquier gimnasio en la red y crear una rutina solo para usted. | <b>En el hogar</b><br>Haga ejercicio en casa con clases de condición física en vivo o bajo demanda en línea. Intente nuestro constructor de ejercicios para obtener rutinas creadas solo para usted, sin importar cuál es su nivel de condición física e intereses. | <b>En la cocina</b><br>Consiga que los abarrotes y esenciales para el hogar se entreguen en su casa. Le facilitamos planear para todo lo que usted necesita para poder disfrutar meriendas deliciosas y nutritivas. |
|---|---|---|

### Empiece con One Pass Select el 01 de Septiembre del 2025

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Clásico</b><br><b>\$34/mes</b><br>Más de 12,000 ubicaciones de gimnasio          | <b>Estándar</b><br><b>\$69/mes</b><br>Más de 14,000 gimnasios y ubicaciones premium | [QR CODE]<br>Conozca más<br><a href="http://www.OnePassSelect.com">www.OnePassSelect.com</a> |
| <b>Premium</b><br><b>\$109/mes</b><br>Más de 16,000 gimnasios y ubicaciones premium | <b>Elite</b><br><b>\$249/mes</b><br>Más de 20,000 gimnasios y ubicaciones premium   |  |

Puede aplicar una tarifa de inscripción.

O empiece con el plan digital únicamente por \$10/Mes.

Los niveles Clásico y superiores vienen con la entrega de abarrotes y esenciales para el hogar sin ningún costo extra.

## RECURSOS

### DIRECTORIO Y RECURSOS

| INFORMACIÓN EN RELACIÓN A:  | # DE GRUPO / PÓLIZA | INFORMACIÓN DE CONTACTO      |   |
|---|---------------------|------------------------------|---|
| Inscripción y Elegibilidad  |                     |                              |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Oficina de Beneficios</li> <li>Proveedor de Inscripción: SMBO</li> </ul>   |                     | 512-594-0026<br>877-282-0808 | benefits@pfisd.net<br>www.pfisdbenefits.com   |
| Centro de Servicios de Beneficios   |                     |                              |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Preguntas generales de beneficios</li> <li>Encontrando un proveedor o instalación dentro de la red</li> <li>Revisar facturas</li> <li>Asistencia con reclamos</li> </ul> |                     | 855-550-9885<br>·PIN: 1083   | PflugervilleISD@MarshMMA.com                  |
| Cobertura Médica  |                     |                              |   |
| BlueCross BlueShield  | 323154              | 877-262-3037                 | www.bcbstx.com                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Planes Altos y HMO</li> </ul>  | HCH1008             | 833-841-6703                 | www.healthcarehighways.com                    |
| Healthcare Highways   |                     |                              |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Planes Bajos y HD</li> </ul>   |                     |                              |   |
| Cobertura Dental  |                     |                              |   |
| Standard  | 649561              | 800.547.9515                 | www.standard.com                              |
| Cobertura de Visión   |                     |                              |   |
| VSP   | 40149702            | 800-877-7195                 | www.vsp.com                                   |
| Vida, AD&D y Discapacidad   |                     |                              |   |
| The Standard  | 649561              | 800-628-8600<br>800-368-1135 | www.standard.com                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Vida / AD&amp;D Voluntario</li> <li>Discapacidad</li> </ul>  |                     |                              |   |
| Farmacia  |                     |                              |   |
| RxBenefits (Beneficios de Recetas)  |                     | 1-800-334-8134               | www.member.rxbenefits.com<br>www.caremark.com |
| Cuenta de Ahorros de Salud  |                     |                              |   |
| Gulf Coast Educators<br>Federal Credit Union  |                     | 281-487-9333                 | www.gcefcu.org                                |
| Cuenta de Gastos Flexible   |                     |                              |   |
| Wex   |                     | 1-866-451-3399               | www.wexinc.com                                |
| Programa de Asistencia a Empleados  |                     |                              |   |
| Optum   |                     | 866-248-4094                 | www.liveandworkwell.com<br>Código: pfisd      |
| Accidentes  |                     |                              |   |
| Cigna   | AI961211            | 800-754-3207                 | www.cigna.com                                 |
| Enfermedad Crítica  |                     |                              |   |
| Cigna   | CI961164            | 800-754-3207                 | www.cigna.com                                 |
| Indemnización Hospitalaria  |                     |                              |   |
| Cigna   | HC960547            | 800-754-3207                 | www.cigna.com                                 |
| Vida Entera   |                     |                              |   |
| Trustmark   |                     | 800-918-8877                 | TrustmarkVB.com                               |
| Protección de Identidad   |                     |                              |   |
| Allstate  |                     | 1-800-789-2720               | www.infoarmor.com                             |
| Asesor de Planes de Jubilación  |                     |                              |   |
| TCG Group Holdings  |                     | 1-800-943-9179               | www.tcgservices.com                           |
| Membresía de Gimnasio   |                     |                              |   |
| OnePass Select  |                     | 877-515-9364                 | www.OnePassSelect.com                         |

