



GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

10.01.2025 | 09.30.2026

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LAS ASEGURADORAS

Planes	Aseguradora	Número de Teléfono	Sitio Web	Red	Número de Grupo
Médico	TX Health Benefits Pool	(800) 282-5385	www.txhb.gov	Blue Choice	MSOUTHPO
Dental	Blue Cross Blue Shield of Texas	(800) 521-2227	www.bcbstx.com	BlueCare Dental Advantage	065808
Visión	TX Health Benefits Pool	(866) 804-0982	www.eyemed.com	EyeMed	MSOUTHPO
Vida Básica / Voluntaria y AD&D	Dearborn National	(800) 348-4512	www.DearbornNational.com		G35175
Incapacidad a Corto / Largo Plazo	Dearborn National	(800) 348-4512	www.DearbornNational.com		G35175
Accidentes Enfermedades Críticas Indemnización Hospitalaria	Guardian	(800) 541-7846	www.guardiananytime.com		024030

NUESTRO CORREDOR / SOCIO

SWEB

SHEPARD & WALTON EMPLOYEE BENEFITS

RECLAMACIONES / MEMBRESÍA: 888-423-8755
stxclaims@sweb.com / stxmembership@sweb.com

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

ELEGIBILIDAD Y INSCRIPCIÓN

Elegibilidad e Inscripción

La Ciudad de South Padre Island ofrece a usted y a los miembros elegibles de su familia un programa de beneficios integral y valioso. Le recomendamos tomarse el tiempo para informarse sobre sus opciones y elegir la cobertura que mejor se adapte a usted y a su familia.

El período de inscripción abierta para empleados elegibles será del 1 de agosto al 15 de agosto de 2025. Los planes de beneficios entrarán en vigor el 1 de octubre de 2025.

Las elecciones que realice durante la inscripción abierta entrarán en vigor el 1 de octubre de 2025.

Los nuevos empleados son elegibles para beneficios el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

Cuándo Inscribirse

El período de inscripción abierta será del 1 de agosto al 15 de agosto de 2025. Los beneficios que elija durante la inscripción abierta serán vigentes del 1 de octubre de 2025 al 30 de septiembre de 2026.

Los nuevos empleados de tiempo completo que elijan cobertura serán efectivos a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

Todos los empleados elegibles deben completar su inscripción, ya sea para elegir o rechazar todas las opciones de cobertura.

Cómo Inscribirse

El primer paso es revisar las elecciones de beneficios que tiene actualmente. Verifique su información personal y haga los cambios necesarios si corresponde. Después, elija sus beneficios para el nuevo periodo.

Una vez que haya realizado sus elecciones, no podrá modificarlas hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que experimente un cambio de situación calificado (Evento Calificado).

¿Quién es Elegible?

- Usted es elegible si es un empleado de tiempo completo programado regularmente para trabajar al menos 30 horas por semana.
- Durante el período de inscripción abierta, los empleados pueden hacer cambios o agregar dependientes sin necesidad de proporcionar prueba de asegurabilidad.
- La inscripción abierta aplica a los planes de Médico, Dental, Visión, Incapacidad, Vida, Accidentes, Enfermedades Críticas e Indemnización Hospitalaria.
- Su plan de salud no incluye limitaciones por condiciones médicas preexistentes, por lo tanto, no se requiere un Certificado de Cobertura Acreditado (HIPAA).

Cómo Realizar Cambios

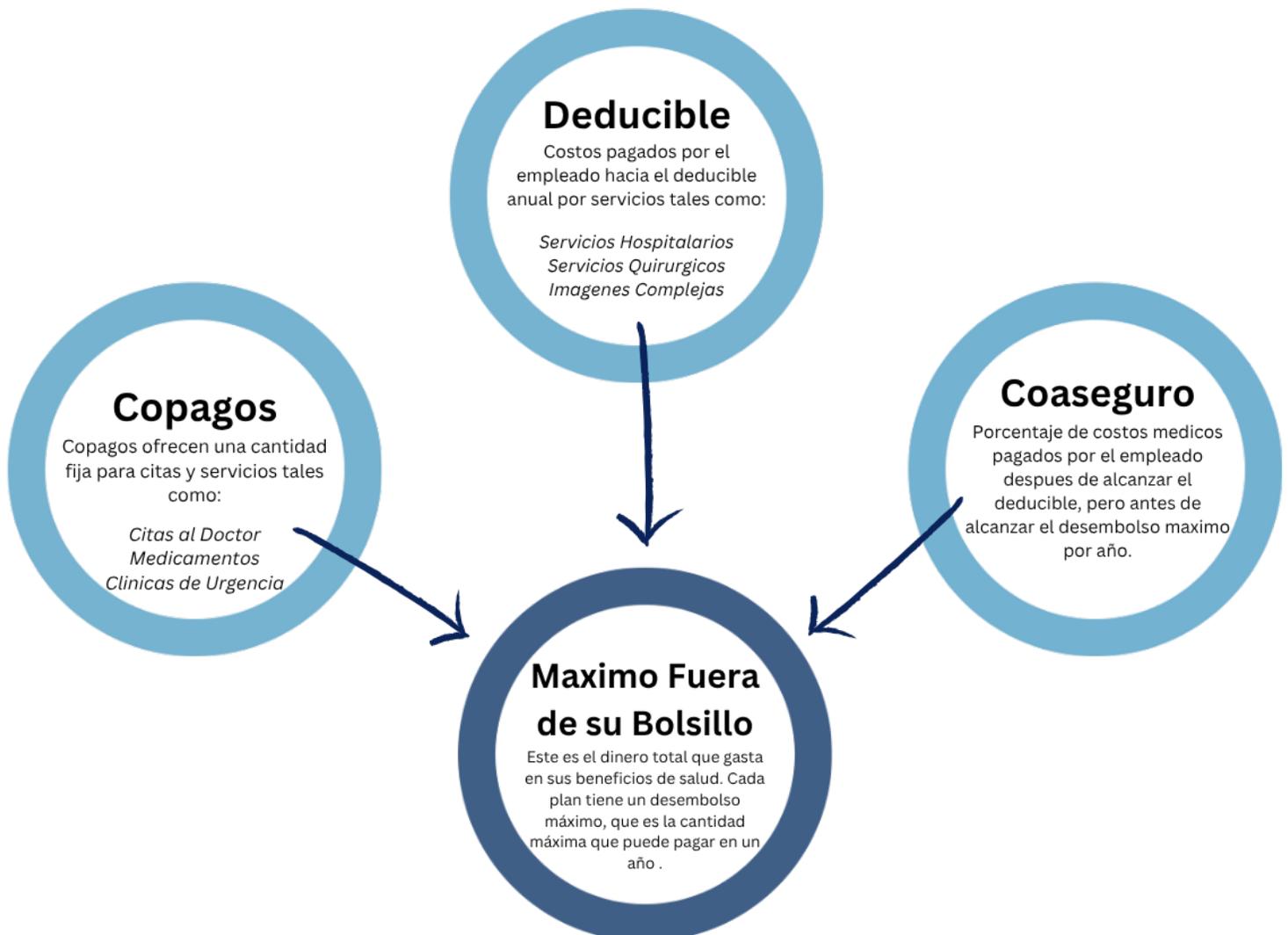
A menos que tenga un cambio de situación calificado (Evento Calificado), no podrá hacer cambios a los beneficios que eligió hasta el próximo período de inscripción abierta.

- Los eventos calificados incluyen:
- Matrimonio, divorcio o separación legal.
- Nacimiento o adopción de un hijo, orden judicial, discapacidad, fallecimiento o que un dependiente alcance el límite de edad (26 años).
- Cambios significativos en el empleo o en la elegibilidad de beneficios del cónyuge.
- Derechos Especiales de Inscripción de HIPAA.
- Fallos, decretos u órdenes judiciales.
- Eventos relacionados con COBRA.
- Derecho a Medicare o Medicaid.

Tome en cuenta que cualquier cambio en su inscripción debe ser presentado dentro de los 30 días posteriores al evento calificado. Comuníquese con su oficina de Recursos Humanos para recibir asistencia.

¿CÓMO SE ACUMULAN SUS BENEFICIOS HACIA SU MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO?

- **Copago** – una cantidad fija que el asegurado debe pagar por cada consulta ambulatoria o receta médica, según lo requiera la aseguradora.
- **Deducible** – la cantidad que debe pagar de su bolsillo antes de que la aseguradora comience a cubrir los gastos según el porcentaje de coseguro.
- **Coseguro** – el porcentaje que el asegurado debe pagar de su bolsillo una vez cubierto el deducible.
- **Año del Plan** – los deducibles, copagos y gastos de bolsillo se calculan con base en el año del plan (de octubre a septiembre).



SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS RECETADOS – TX

La Ciudad de South Padre Island se complace en ofrecer un plan médico a través de TX Health Benefits Pool. Este plan incluye beneficios dentro de la red (In-Network) y fuera de la red (Out-of-Network). Le recomendamos utilizar proveedores dentro de la red para obtener el mayor ahorro posible. Para encontrar un proveedor en su área, visite www.txhb.gov. La póliza de TX ofrece un beneficio de \$150 por bienestar al completar los Desafíos de Bienestar. Para más detalles, consulte su Resumen de Beneficios y Cobertura incluido en su paquete de beneficios.

Copay-750-3k ER Plan

	Dentro de la Red			Fuera de la Red
Consulta Médica	\$30 Copago Médico General \$60 Copago Especialista			Deducible y luego 50% de coseguro
Consultas Virtuales (MD Live)	\$0 Copago			No Aplica
Medicamentos Recetados Venta en Farmacia o Pedido por Correo	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Venta En Farmacia Pedido por Correo
Mantenimiento por Enfermedad Crónica (Genéricos)	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago	No Aplica
Nivel 1 (Genéricos de bajo costo / Algunas marcas)	\$10 Copago	\$20 Copago	\$30 Copago	
Nivel 2 (Marcas comunes / Algunos genéricos de mayor costo)	\$45 Copago	\$90 Copago	\$135 Copago	
Nivel 2 (insulinas)	\$25 Copago	\$50 Copago	\$75 Copago	
Nivel 3 (Marcas no preferidas*)	\$90 Copago	\$180 Copago	\$270 Copago	
Nivel 4 (Especialidad)	\$150 Copago	N/A	N/A	
Nivel 5 (Costo compartido)	\$175 Copago	\$350 Copago	\$175 Copago	
Atención de Urgencia	\$75 Copago			Deducible más 50% Coaseguro
Atención Preventiva	\$0 Copago			Deducible más 50% Coaseguro
Deducible (Año del Plan)	\$750 Individual \$1,500 Familia			\$1,500 Individual \$3,000 Familia
Coseguro (Después del deducible)	20%			50%
Laboratorios y Rayos X	Incluido con Copago			Deducible más 50% Coaseguro
Estudios de Imagen Complejos	Deducible más 20% Coaseguro			Deducible más 50% Coaseguro
Servicios Hospitalarios	Deducible más 20% Coaseguro			Deducible más 50% Coaseguro
Sala de Emergencias (solo instalaciones)	\$500 / Visita, Deducible, más 20% Coaseguro			Igual a dentro de la red
Máximo de por vida	Ilimitado			Ilimitado
Máximo de Gastos de Bolsillo (Año del Plan)	\$3,000 Individual \$6,000 Familia			Ilimitado Individual & Familia
Red	BLUE CHOICE			

Límite de Edad para Dependientes: 26 Years

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

EL COSTO DE SEGURO MEDICO EN 2025-2026

La Ciudad de South Padre Island se complace en ofrecer a sus empleados un plan médico integral y contribuye con \$607.72 mensuales al costo de la prima del empleado. Además, los empleados pueden elegir cubrir a sus dependientes por cuenta propia.

Los montos para el año del plan 2025-2026 se ilustran a continuación.

DEDUCCIONES QUINCENALES DEL EMPLEADO				
	Empleado Sólo	Empleado y Cónyuge	Empleado & Hijo(s)	Empleados y Familia
TX Health Copay-750-3K ER Plan \$750 Deducible	\$0.00	\$307.98	\$225.91	\$587.48
Límite de Edad para Dependientes: 26 Años				



Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

VISITAS VIRTUALES – BLUE CROSS BLUE SHIELD OF TX

VISTAS VIRTUALES CON MD LIVE

Las visitas virtuales lo benefician con MDLIVE (proporcionado a través de la red de BCBSTX) que le permite conectarse de forma remota con un médico certificado por la junta a través de video en línea, aplicación móvil o teléfono, en cualquier momento y en cualquier lugar. Descarga la aplicación y regístrate hoy.

Las visitas virtuales pueden abordar una variedad de problemas de atención que no son de emergencia, que van desde el resfriado y la gripe hasta la conjuntivitis. Incluso es una gran herramienta para problemas de salud conductual. Los médicos de MDLIVE también pueden enviar recetas a farmacias cercanas para muchas afecciones médicas comunes.



MDLIVE[®]

DENTAL – BLUE CROSS BLUE SHIELD OF TX

La Ciudad de South Padre Island ofrece un plan dental que brinda cobertura integral para servicios dentales preventivos, básicos y mayores a través de Blue Cross Blue Shield of Texas. El empleador cubre el costo total del plan dental para los empleados. Los empleados también tienen la opción de cubrir a sus dependientes por cuenta propia. El cuidado dental regular es esencial para mantener una buena salud general y puede ayudar a prevenir problemas más graves y costosos en el futuro. A continuación, encontrará los aspectos destacados del plan y las primas correspondientes. Para más detalles, consulte su paquete de inscripción de beneficios para empleados.

Resumen de Beneficios - D702 – Dentro de la Red

Deducible	\$50 Individual / \$50 Familia			
Se aplica el traspaso de deducible de tres meses				
Cantidad de predeterminación	\$300			
Beneficios máximos pro-año calendario por participante para las categorías I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X No aplica para servicios de ortodoncia	\$1,500			
Servicios de diagnóstico y atención preventiva No se aplica el deducible por año calendario	100%			
Servicios Miscelaneos	80%			
Restaurativos	80%			
Servicios Generales	50%			
Servicios de Endodoncia	50%			
Servicios periodontales	50%			
Sservicios de Cirugia	50%			
Servicios de Coronas, Inlays/Onlays	50%			
Servicios de Prostodoncia	50%			
Servicios de Implantes	50%			
Servicios de Ortodoncia Todas las participantes Beneficio maximo de por vida de \$1,500	50% de la cantidad permitida			
Red	BlueCare Dental Advantage			
	Empleado Sólo	Empleado y Cónyuge	Empleado & Hijo(s)	Empleados y Familiares
Deducción Quincenal	\$0.00	\$17.15	\$20.51	\$39.81

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

VISION – TX HEALTH BENEFITS POOL

La Ciudad de South Padre Island se complace en cubrir el 100% de la prima del empleado para la cobertura de visión a través de TX Health Benefits Pool. Los empleados también tienen la opción de incluir a sus dependientes por cuenta propia. Este beneficio está diseñado para ayudarle a ahorrar en exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto, facilitando así el cuidado de su salud visual. A continuación, encontrará un resumen de los aspectos más destacados del plan y las tarifas de contribución vía nómina. Para obtener todos los detalles sobre lo que incluye el plan, consulte su paquete de inscripción.

SERVICIOS DE CUIDADO DE LA VISIÓN	DENTRO DE LA RED EL MIEMBRO PAGA	FUERA DE LA RED REEMBOLSO
Servicios de examen Examen con dilatación si es necesario Examen de lentes de contacto – adaptación y evaluación	\$0 copago Hasta \$39	Hasta \$65 No Cubierto
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto Adaptación y seguimiento – estándar Adaptación y seguimiento – premium	Hasta \$40 10% de descuento sobre el precio al público	No Cubierto No Cubierto
Armazones	\$0 de copago; 20% de descuento sobre el saldo que exceda la asignación de \$175	Hasta \$125
Lentes plásticos estándar Monofocales Bifocales Trifocales Lenticulares Lente progresivo estándar Lente progresivo premium (Nivel 1–4)	\$10 copago \$10 copago \$10 copago \$10 copago \$65 copago \$95-\$185 copago	Hasta \$30 Hasta \$50 Hasta \$70 Hasta \$70 Hasta \$50 Hasta \$50
Opciones de lentes Recubrimiento antirreflejante – estándar Recubrimiento antirreflejante – premium (Nivel 1–3) Fotocromáticos – sin vidrio Policarbonato – estándar Policarbonato – estándar (menores de 19 años) Recubrimiento resistente a rayaduras – plástico estándar Tinte – sólido y degradado Tratamiento UV Todas las demás opciones de lentes	\$45 \$57-\$85 \$75 \$40 \$0 copago \$15 \$15 \$15 20% off Retail	Hasta \$5 Hasta \$5 N/A N/A Hasta \$5 N/A N/A N/A N/A
Lentes de contacto Convencionales Descartables Medicamente necesarios	\$0 de copago, asignación de \$150, 15% de descuento sobre el saldo que exceda los \$175 \$0 de copago, 100% del saldo que exceda la asignación de \$175 \$0 de copago, cubierto al 100%	Hasta \$125 Hasta \$125 Hasta \$210
Frecuencia – Adultos y niños Exámenes Lentes (para gafas o lentes de contacto) Armazones	Una vez por año del plan Una vez por año del plan Una vez por año del plan	
Otros Cuidado auditivo con la red Amplifon LASIK o PRK con la red US Laser Network	Hasta 64% de descuento en aparatos auditivos; llame al 877-203-0675 15% de descuento sobre el precio al público o 5% de descuento sobre el precio promocional; llame al 800-988-4221	N/A N/A

Red: EyeMed

	Empleado Solo	Empleado y Familia
Deducción Quincenal	\$0.00	\$4.76

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

INCAPACIDAD TEMPORAL VOLUNTARIA – DEARBORN

La Ciudad de South Padre Island ofrece a los empleados la oportunidad de adquirir cobertura de Incapacidad Temporal (STD). Este beneficio proporciona una fuente de ingreso en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. La cobertura de STD puede ayudarle a proteger su estabilidad financiera mientras se enfoca en su recuperación.

Resumen de Beneficios

Período de Eliminación	Día 15 por Accidente / Día 15 por Enfermedad
Porcentaje de Pago del Beneficio	60%
Duración Máxima del Beneficio	Hasta 11 semanas después del período de eliminación
Beneficio Máximo	\$1,000 por Semana



INCAPACIDAD A LARGO PLAZO – DEARBORN

La Ciudad de South Padre Island ofrece cobertura de Incapacidad a Largo Plazo (LTD) pagada por el empleador, para ayudar a proteger sus ingresos en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Este beneficio proporciona una fuente continua de ingreso una vez que finaliza el período de incapacidad temporal, ayudándole a mantener estabilidad financiera durante una recuperación prolongada.

Resumen de Beneficios

Período de Eliminación	90 días
Porcentaje de Pago del Beneficio	60%
Duración Máxima del Beneficio Ocupación Habitual Después de la Ocupación Habitual	24 Meses Hasta los 65 años
Beneficio Máximo	\$5,000 por Meses

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

SEGURO DE VIDA GRUPAL A TÉRMINO Y AD&D – DEARBORN

La Ciudad de South Padre Island proporciona a los empleados elegibles un seguro de vida grupal y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D), cubriendo el costo total de este beneficio. El seguro de vida pagado por el empleador es un beneficio valioso que brinda tranquilidad a los empleados al ofrecer protección financiera para sus seres queridos en caso de una pérdida inesperada. Este beneficio garantiza un nivel básico de cobertura sin costo alguno para el empleado, ayudando a cubrir gastos funerarios, deudas o costos de vida durante un momento difícil.

Resumen de Beneficios

Beneficio de Vida para Empleado Elegible de Tiempo Completo	\$50,000
Reducciones por Edad *El beneficio de vida se reducirá según los porcentajes indicados una vez que el individuo alcance las edades listadas:	35% del monto original a los 70 años 40% del monto original a los 75 años 25% del monto original a los 80 años 15% del monto original a los 85 años 10% del monto original a los 90 años
Incluye Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)	



Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO Y AD&D – DEARBORN

La Ciudad de South Padre Island también ofrece un programa de seguro voluntario de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) a través de Dearborn. Contar con un plan de seguro de vida a término es un paso importante para proteger a sus seres queridos, ya que proporciona seguridad financiera en caso de fallecimiento. Este beneficio puede ayudar a cubrir gastos funerarios, costos de vida continuos y necesidades futuras, como la educación. Los empleados también pueden elegir cobertura para sus dependientes.

Las primas son pagadas en su totalidad por el empleado mediante deducciones quincenales de nómina (consulte la tabla de tarifas para más detalles).

Beneficios de Seguro de Vida Voluntario para Empleados

Maximo Beneficio	\$500,000
Incrementos	\$10,000
Cantidad de Emision de la Garantía*	\$150,000
Muerte Accidental o Desmembramiento	Igual al beneficio de vida

Beneficios de Seguro de Vida Voluntario para Cónyuge

Maximo Beneficio	\$250,000
Incrementos	\$5,000
Cantidad de Emision de la Garantía*	\$25,000
Muerte Accidental o Desmembramiento	Igual al beneficio de vida

Beneficios de Seguro de Vida Voluntario para Hijos

Monto del Beneficio (de 6 meses a 26 años)	\$10,000
Incrementos	\$5,000

Los hijos menores de 6 meses son elegibles para un beneficio de \$100

Reducciones por Edad

(Beneficios de vida para empleado y cónyuge)

Se reduce un 35% al cumplir los 65 años; Se reduce un 15% adicional al cumplir los 70 años

El beneficio de vida se reducirá según los porcentajes indicados una vez que el individuo alcance las edades mencionadas.

*Puede asegurar a hijos solteros económicamente dependientes desde los 14 días de nacidos hasta los 20 años (hasta los 26 años si son estudiantes de tiempo completo).

**Se requiere evidencia de asegurabilidad para montos superiores al Monto de Emisión Garantizada.

***El monto no puede exceder el 50% del beneficio del empleado.

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO Y AD&D – TARIFAS

EDAD ALCANZADA DEL EMPLEADO												
Monto	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
\$10,000	\$0.48	\$0.48	\$0.48	\$0.56	\$0.67	\$0.95	\$1.38	\$2.07	\$3.31	\$4.33	\$6.95	\$11.39
\$20,000	\$0.95	\$0.95	\$0.95	\$1.11	\$1.33	\$1.89	\$2.75	\$4.14	\$6.62	\$8.65	\$13.90	\$22.78
\$30,000	\$1.43	\$1.43	\$1.43	\$1.67	\$2.00	\$2.84	\$4.13	\$6.21	\$9.93	\$12.98	\$20.85	\$34.17
\$40,000	\$1.90	\$1.90	\$1.90	\$2.22	\$2.66	\$3.78	\$5.50	\$8.28	\$13.24	\$17.30	\$27.80	\$45.56
\$50,000	\$2.38	\$2.38	\$2.38	\$2.78	\$3.33	\$4.73	\$6.88	\$10.35	\$16.55	\$21.63	\$34.75	\$56.95
\$60,000	\$2.85	\$2.85	\$2.85	\$3.33	\$3.99	\$5.67	\$8.25	\$12.42	\$19.86	\$25.95	\$41.70	\$68.34
\$70,000	\$3.33	\$3.33	\$3.33	\$3.89	\$4.66	\$6.62	\$9.63	\$14.49	\$23.17	\$30.28	\$48.65	\$79.73
\$80,000	\$3.80	\$3.80	\$3.80	\$4.44	\$5.32	\$7.56	\$11.00	\$16.56	\$26.48	\$34.60	\$55.60	\$91.12
\$90,000	\$4.28	\$4.28	\$4.28	\$5.00	\$5.99	\$8.51	\$12.38	\$18.63	\$29.79	\$38.93	\$62.55	\$102.51
\$100,000	\$4.75	\$4.75	\$4.75	\$5.55	\$6.65	\$9.45	\$13.75	\$20.70	\$33.10	\$43.25	\$69.50	\$113.90
\$110,000	\$5.23	\$5.23	\$5.23	\$6.11	\$7.32	\$10.40	\$15.13	\$22.77	\$36.41	\$47.58	\$76.45	\$125.29
\$120,000	\$5.70	\$5.70	\$5.70	\$6.66	\$7.98	\$11.34	\$16.50	\$24.84	\$39.72	\$51.90	\$83.40	\$136.68
\$130,000	\$6.18	\$6.18	\$6.18	\$7.22	\$8.65	\$12.29	\$17.88	\$26.91	\$43.03	\$56.23	\$90.35	\$148.07
\$140,000	\$6.65	\$6.65	\$6.65	\$7.77	\$9.31	\$13.23	\$19.25	\$28.98	\$46.34	\$60.55	\$97.30	\$159.46
\$150,000	\$7.13	\$7.13	\$7.13	\$8.33	\$9.98	\$14.18	\$20.63	\$31.05	\$49.65	\$64.88	\$104.25	\$170.85
\$200,000	\$9.50	\$9.50	\$9.50	\$11.10	\$13.30	\$18.90	\$27.50	\$41.40	\$66.20	\$86.50	\$139.00	\$227.80
\$250,000	\$11.88	\$11.88	\$11.88	\$13.88	\$16.63	\$23.63	\$34.38	\$51.75	\$82.75	\$108.13	\$173.75	\$284.75
\$300,000	\$14.25	\$14.25	\$14.25	\$16.65	\$19.95	\$28.35	\$41.25	\$62.10	\$99.30	\$129.75	\$208.50	\$341.70
\$350,000	\$16.63	\$16.63	\$16.63	\$19.43	\$23.28	\$33.08	\$48.13	\$72.45	\$115.85	\$151.38	\$243.25	\$398.65
\$400,000	\$19.00	\$19.00	\$19.00	\$22.20	\$26.60	\$37.80	\$55.00	\$82.80	\$132.40	\$173.00	\$278.00	\$455.60
\$450,000	\$21.38	\$21.38	\$21.38	\$24.98	\$29.93	\$42.53	\$61.88	\$93.15	\$148.95	\$194.63	\$312.75	\$512.55
\$500,000	\$23.75	\$23.75	\$23.75	\$27.75	\$33.25	\$47.25	\$68.75	\$103.50	\$165.50	\$216.25	\$347.50	\$569.50

EDAD ALCANZADA DEL CÓNYUGE												
Monto	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
\$5,000	\$0.24	\$0.24	\$0.24	\$0.28	\$0.33	\$0.47	\$0.69	\$1.04	\$1.66	\$2.16	\$3.48	\$5.70
\$10,000	\$0.48	\$0.48	\$0.48	\$0.56	\$0.67	\$0.95	\$1.38	\$2.07	\$3.31	\$4.33	\$6.95	\$11.39
\$15,000	\$0.71	\$0.71	\$0.71	\$0.83	\$1.00	\$1.42	\$2.06	\$3.11	\$4.97	\$6.49	\$10.43	\$17.09
\$20,000	\$0.95	\$0.95	\$0.95	\$1.11	\$1.33	\$1.89	\$2.75	\$4.14	\$6.62	\$8.65	\$13.90	\$22.78
\$25,000	\$1.19	\$1.19	\$1.19	\$1.39	\$1.66	\$2.36	\$3.44	\$5.18	\$8.28	\$10.81	\$17.38	\$28.48
\$30,000	\$1.43	\$1.43	\$1.43	\$1.67	\$2.00	\$2.84	\$4.13	\$6.21	\$9.93	\$12.98	\$20.85	\$34.17
\$35,000	\$1.66	\$1.66	\$1.66	\$1.94	\$2.33	\$3.31	\$4.81	\$7.25	\$11.59	\$15.14	\$24.33	\$39.87
\$40,000	\$1.90	\$1.90	\$1.90	\$2.22	\$2.66	\$3.78	\$5.50	\$8.28	\$13.24	\$17.30	\$27.80	\$45.56
\$45,000	\$2.14	\$2.14	\$2.14	\$2.50	\$2.99	\$4.25	\$6.19	\$9.32	\$14.90	\$19.46	\$31.28	\$51.26
\$50,000	\$2.38	\$2.38	\$2.38	\$2.78	\$3.33	\$4.73	\$6.88	\$10.35	\$16.55	\$21.63	\$34.75	\$56.95
\$55,000	\$2.61	\$2.61	\$2.61	\$3.05	\$3.66	\$5.20	\$7.56	\$11.39	\$18.21	\$23.79	\$38.23	\$62.65
\$60,000	\$2.85	\$2.85	\$2.85	\$3.33	\$3.99	\$5.67	\$8.25	\$12.42	\$19.86	\$25.95	\$41.70	\$68.34
\$65,000	\$3.09	\$3.09	\$3.09	\$3.61	\$4.32	\$6.14	\$8.94	\$13.46	\$21.52	\$28.11	\$45.18	\$74.04
\$70,000	\$3.33	\$3.33	\$3.33	\$3.89	\$4.66	\$6.62	\$9.63	\$14.49	\$23.17	\$30.28	\$48.65	\$79.73
\$75,000	\$3.56	\$3.56	\$3.56	\$4.16	\$4.99	\$7.09	\$10.31	\$15.53	\$24.83	\$32.44	\$52.13	\$85.43
\$100,000	\$4.75	\$4.75	\$4.75	\$5.55	\$6.65	\$9.45	\$13.75	\$20.70	\$33.10	\$43.25	\$69.50	\$113.90
\$125,000	\$5.94	\$5.94	\$5.94	\$6.94	\$8.31	\$11.81	\$17.19	\$25.88	\$41.38	\$54.06	\$86.88	\$142.38
\$150,000	\$7.13	\$7.13	\$7.13	\$8.33	\$9.98	\$14.18	\$20.63	\$31.05	\$49.65	\$64.88	\$104.25	\$170.85
\$175,000	\$8.31	\$8.31	\$8.31	\$9.71	\$11.64	\$16.54	\$24.06	\$36.23	\$57.93	\$75.69	\$121.63	\$199.33
\$200,000	\$9.50	\$9.50	\$9.50	\$11.10	\$13.30	\$18.90	\$27.50	\$41.40	\$66.20	\$86.50	\$139.00	\$227.80
\$225,000	\$10.69	\$10.69	\$10.69	\$12.49	\$14.96	\$21.26	\$30.94	\$46.58	\$74.48	\$97.31	\$156.38	\$256.28
\$250,000	\$11.88	\$11.88	\$11.88	\$13.88	\$16.63	\$23.63	\$34.38	\$51.75	\$82.75	\$108.13	\$173.75	\$284.75

TARIFAS PARA HIJOS	
Monto	Costo
\$10,000	\$1.25

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

ACCIDENTES VOLUNTARIOS – GUARDIAN

Usted hace todo lo posible por mantener a su familia segura, pero los accidentes pueden ocurrir. Es reconfortante saber que cuenta con ayuda para cubrir los costos médicos asociados con lesiones accidentales fuera del trabajo. La Ciudad de South Padre se complace en ofrecer un plan de accidentes a través de Guardian.

Lesiones Cubiertas	Monto del beneficio		
MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO			
Empleado	\$50,000		
Conyuge	\$25,000		
Niño(s)	\$5,000		
Perdida catastrophic	Cuadruplejia, Perdida del habla y la audición (ambos oídos), perdida de la función cognitiva: 100% de AD&D; Hemiplejia y Paraplejia: 50% de AD&D		
Transportista comun	200% of AD&D benefit		
Desastre Comun	200% del beneficio AD&D del cónyuge		
Dsmembramiento – Man, Pie, Vista	Soltero: 50% of AD&D benefit	Multiple: 100% of AD&D benefit	
Desmembramiento: dedo pulgar/índice en la misma mano, cuatro dedos en la mismo pie	25% of AD&D benefit		
Cinturones de seguridad y bolsas de aire	cinturón de seguridad: \$10,000 & bolsas de aire: \$15,000		
Adaptacio razonable a casa o el vehículo	\$2,500		
BENEFICIO DE BIENESTAR – Por Limite de ano	\$50		
Limites de edad de niño(s)	Ninos desde el Nacimiento hasta los 26 anos		
Características			
Tratamiento de la sala de emergencias de accidentes	\$250		
Visita de Seguimiento de Accidente – Medico	\$75 hasta 6 tratamientos		
Ambulancia aerea	\$1,500		
Ambulancia	\$300		
Aparato: silla de reudas, aparato ortopedico para la pierna o la espalda, muletas, andador, bota para camina que se extienda por encima de tobillo o paparto ortopedico para el cuello.	Agenda hasta \$600		
Sangre/Plasma/Plaquetas	\$300		
Quemaduras (Segundo grado/tercer grado)	9 pulgadas cuadradas a 18 pulgadas cuadradas: \$0/\$2,000	18 pulgadas cuadradas a 35 pulgadas cuadradas \$1,000/\$4,000	Mas de 35 pulgadas cuadradas: \$3,000/\$12,000
Quemadura – Injerto de piel	50% del beneficio por quemaduras		
Deporte organizado por ninos: el beneficio se paga si el accidente cubierto ocurrio mientras su hijo cubierto participa en us deporte organizado que esta regido por una organizacio y requiere un registro formal para participar.	Aumento de 25% en las prestaciones por hijo		
Visitas quiropracticas	\$50 por visita hasta 6 visitas		
Coma	\$12,500		
Connociones cerebrales	\$300		
Dislocaciones	Agenda hasta \$7,000		
Examen de diagnostic (Importante)	\$300		
Emergencia Trabajo dental	\$400/corona, \$100/extraccion		
Dolor epidural administracion	\$100, 2 veces por accidente		
Herida de ojo	\$300		
Cuidado Familiar	\$30/dias up to 30 dias		
Fractura	Agenda hasta \$8,000		
Hospital Admision	\$1,500		
Hospitalizacion	\$300/dia - up to 1 ano		
ICU hospitalaria Admision	\$3,000		
Confinamiento en la ICU hospitalaria	\$600/dia - up to 15 dias		
Tratamiento inicial en el consultorio de medico/centro de atención de urgencia	\$125		
Reemplazo articular (cadera/rodilla/hombreo)	\$3,500	\$1,750	\$1,750
Cartilago de la rodilla	\$750		
Laceracion	Agenda hasta \$500		
Alojamiento – El el hospital debe estar a mas de 50 millas de la residencia de asegurado	\$150/dia, hasta 30 dias para la estadia en el hotel de acompanante		
Dispositivo protesico/miembro artificial	1: \$1,000	2 o mas: \$2,000	
Unidad de rehabilitación confinamiento	\$150/dia hasta 15 dias		
Disco roto con reparacion quirúrgica	\$750		
Cirugia	Agenda hasta \$1,500	Hernia: \$300	
Cifugia – Exploratoria o Artroscopica	\$500		
Tendon/ligamento/ manguito rotador	1: \$750	2 or more: \$1,500	
Transporte: el beneficio se paga si tiene que viajar mas de 50millas en us solo sentido para recibir un tratamiento especial en us hospital o centro debido a un accidente cubierto	\$600, 3 veces por accidente		
Rayos X	\$50		
	Empleado Sólo	Empleado y Cónyuge	Empleado & Hijo(s)
Deducción Quincenal	\$8.40	\$13.91	\$14.35
			Empleados y Familiares
			\$19.86

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

ENFERMEDADES CRÍTICAS VOLUNTARIAS – GUARDIAN

El seguro de enfermedades críticas de Guardian paga un beneficio en efectivo en una sola exhibición al momento del diagnóstico de una enfermedad crítica cubierta, ayudando a aliviar sus preocupaciones financieras y emocionales. Usted puede usar este beneficio como desee: para tratamientos, facturas, cuidado infantil, entre otros. Puede elegir el nivel de cobertura desde \$5,000 hasta \$20,000.

Tabla de Beneficios por Enfermedades Críticas

Tabla de Beneficios por Enfermedades Críticas		
Beneficio de bienestar	\$50 por asegurado por año calendario	
Importe de beneficio	Empleado: \$5,000 a \$20,000 en incrementos de \$5,000	
	Cónyuge: \$2,500 a \$10,000 en incrementos de \$2,500 hasta el 50% del beneficio de empleado	
	Niño(s): 25% de la cobertura del empleado	
Emisión garantizada	Empleado: \$20,000	Cónyuge: \$10,000
	1st Ocurrencia	2nd Ocurrencia
Cáncer		
cáncer invasivo	100%	50%
Carcinoma in situ	30%	0%
Tumor cerebral benigno	75%	0%
Vascular		
Ataque la corazón	100%	50%
Carrera	100%	50%
Insuficiencia cardiaca	100%	50%
Arteriosclerosis coronaria	30%	0%
Other		
Falla de órgano	100%	50%
Insuficiencia renal	100%	50%
Consulte los resúmenes de beneficios para conocer las condiciones adicionales cubiertas		



Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

ENFERMEDADES CRÍTICAS VOLUNTARIAS – GUARDIAN

Primas Quincenales del Empleado

****El costo del niño está incluido con la elección del empleado****

Sin Consumo de Tabaco	Volumen	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
	\$5,000	\$1.55	\$1.98	\$3.70	\$7.15	\$12.65	\$23.08
	\$10,000	\$3.10	\$3.95	\$7.40	\$14.30	\$25.30	\$46.15
	\$15,000	\$4.65	\$5.93	\$11.10	\$21.45	\$37.95	\$69.23
	\$20,000	\$6.20	\$7.90	\$14.80	\$28.60	\$50.60	\$92.30

Primas Quincenales del Conyuge

****Importe del beneficio hasta el 50% del beneficio de empleado****

**** La tarifa del conyuge se basa en la edad del empleado ****

Sin Consumo de Tabaco	Volumen	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
	\$2,500	\$0.78	\$0.99	\$1.85	\$3.58	\$6.33	\$11.54
	\$5,000	\$1.55	\$1.98	\$3.70	\$7.15	\$12.65	\$23.08
	\$7,500	\$2.33	\$2.97	\$5.55	\$10.73	\$18.98	\$34.62
	\$10,000	\$3.10	\$3.95	\$7.40	\$14.30	\$25.30	\$46.15



Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA VOLUNTARIA – GUARDIAN

El seguro de Indemnización Hospitalaria de Guardian está diseñado para ofrecer protección financiera a los individuos cubiertos, mediante el pago de un beneficio en caso de hospitalización. Los empleados pueden usar este beneficio para cubrir gastos de bolsillo y facturas adicionales que puedan surgir. Los beneficios por indemnización hospitalaria se pagan en una sola exhibición directamente al empleado, según el monto de cobertura indicado (independientemente del costo real del tratamiento). No se pagarán beneficios por procedimientos ambulatorios.

Este plan también le permite continuar con la cobertura si su relación laboral termina o si la póliza es cancelada y no se reemplaza.

INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA VOLUNTARIA – GUARDIAN

Admisión al hospital/ICU	\$2,000 por admisión, limitado a 1 admisión por asegurado y máximo de 3 admisiones, por año, por familia cubierta.			
Limitaciones de condiciones preexistentes	3 meses antes			
	6 meses de tratamiento gratis			
	12 meses después			
**Una condición preexistente incluye cualquier condición por la cual usted, en el periodo de tiempo especificado antes de la cobertura de este plan, consulto con un médico, recibió tratamiento o tomo medicamentos recetados.				
Restricción de edad	Los solicitantes mayores de 69 años no son elegibles para inscribirse en la cobertura de indemnización hospitalaria			
	Empleado Sólo	Empleado y Cónyuge	Empleado & Hijo(s)	Empleados y Familiares
Deducción Quincenal	\$10.64	\$21.42	\$17.63	\$28.41



Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

AVISO DE HIPAA

Por favor, revíselo cuidadosamente. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) impone numerosos requisitos a los planes de salud de los empleadores con respecto al uso y la divulgación de la información médica individual. Esta información, conocida como información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), incluye prácticamente toda la información de salud de identificación individual en poder de un plan de salud, ya sea recibida por escrito, en un medio electrónico o como comunicación oral. Este aviso describe las prácticas de privacidad del Plan de Beneficios para Empleados (al que se hace referencia en este aviso como el Plan), patrocinado por NatureBest Precut & Produce, LLC, en lo sucesivo denominado el patrocinador del plan. El Plan está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle este aviso de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información de salud. Es importante tener en cuenta que estas reglas se aplican al Plan, no al patrocinador del plan como empleador. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información de salud protegida que es mantenida por y para el Plan para la inscripción, el pago, las reclamaciones y la administración de casos. Si cree que su información médica protegida es incorrecta o está incompleta, puede pedirle al Departamento de Recursos Humanos que modifique la información. Para obtener una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud protegida y cómo puede obtener acceso a la información, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos. Quejas Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja. Para presentar una queja, comuníquese con el administrador del plan.

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov. Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia disponible para el pago de la prima. Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador. Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le llama una oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272). Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2023. Comuníquese con tu estado para obtener más información sobre la elegibilidad. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a penalización por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512. Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebbsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137. Número de control OMB 1210-0137 (vence el 31/01/2026).

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

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Consulte la sección de seguro médico de esta guía para encontrar el deducible y el coseguro que se aplican a usted. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica.

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

ACTO DEL RECIÉN NACIDO

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Este aviso se proporciona para garantizar que comprenda su derecho a solicitar una cobertura de seguro de salud grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura en este momento. **Pérdida de otra cobertura** Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse posteriormente a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe inscribirse dentro de los 30 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador que patrocina esa cobertura deje de contribuir a la otra cobertura). Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad bajo un plan de Medicaid o CHIP, o si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para un subsidio bajo Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Debe notificar dentro de los 60 días después de que usted o su dependiente sean cancelados o se determine que son elegibles para dicha asistencia. **Matrimonio, nacimiento o adopción** Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe inscribirse dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación para la adopción. **Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador de su plan.**

DIVULGACIÓN DE LA LEY NO SURPRISE

City of South Padre Island se compromete a cumplir con la Ley Federal Sin Sorpresas y las regulaciones estatales de TX relacionadas con la facturación sorpresa y la facturación de saldos. Este formulario contiene varias divulgaciones de conformidad con estas leyes.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando usted es un paciente de pago privado o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red, está protegido contra la facturación sorpresa o la facturación de saldos.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando me consulta por sus necesidades de atención médica, especialmente si estoy fuera de la red de su plan de seguro médico, es posible que deba ciertos costos de bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible.

"Fuera de la red" significa que no he firmado un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Como resultado, es posible que se me permita facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que cobro por un servicio. Esto se denomina "facturación de saldo" y puede resultar en una factura más costosa para usted que también podría no contar para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Está protegido contra la facturación sorpresa en determinadas circunstancias:

- Servicios de emergencia. Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito para que se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización. La Ley Sin Sorpresas define qué tipos de servicios entran en estas categorías.
- Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red. Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo. Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden
- El saldo le facturará a menos que dé su consentimiento por escrito. Nunca está obligado a dar su consentimiento. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.
- Pacientes sin seguro o que pagan por cuenta propia. Algunas disposiciones de la Ley Sin Sorpresas son inaplicables a los pacientes que no tienen seguro o que pagan por su cuenta. En cambio, los pacientes sin seguro o que pagan por su cuenta generalmente tienen derecho a una "estimación de buena fe" para los servicios que no son de emergencia.

Nunca está obligado a renunciar a su protección contra la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene estas protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red).
- Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.

Por lo general, su plan de salud debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación de los servicios por adelantado (también conocida como "autorización previa").
- Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
- Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Cuenten cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y su límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, primero comuníquese con el proveedor que le envió la factura y con su plan de salud para obtener una explicación. Si no pueden resolver sus inquietudes o para obtener más información, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (<https://www.coms.gov/nosurprises>) con respecto a la ley federal. Correo electrónico: FederalPPDRQuestions@cms.hhs.gov, o llame al 800-985-3059. O el Departamento de Seguros de Texas <https://www.tdi.texas.gov/consumer/health-complaints.html> Llame a la División de Servicios al Consumidor: 800-252-3439. OMB Control Number: 0938-1401 Expiration Date: 05/31/2025

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Recibirá este aviso anualmente y en otros momentos en el futuro, como antes del próximo período en el que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y si esta cobertura cambia. También puede solicitar una copia.

Por favor, lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con NatureBest Precut & Produce, LLC que opera bajo el nombre comercial de Hacienda Ford, sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso. Si ni usted ni ninguno de sus dependientes cubiertos son elegibles o tienen Medicare, este aviso no se aplica a usted ni a los dependientes, según sea el caso. Sin embargo, aún debe conservar una copia de este aviso en caso de que usted o un dependiente califique para la cobertura de Medicare en el futuro. Tenga en cuenta, sin embargo, que avisos posteriores podrían reemplazar este aviso.

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura a través de un plan de medicamentos recetados de Medicare o un plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. NatureBest Precut & Produce, LLC ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico NatureBest Precut & Produce, LLC, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, siempre y cuando se inscriba dentro de períodos de tiempo específicos.

Puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez. Si decide esperar para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, puede inscribirse más tarde, durante el período de inscripción anual de la Parte D de Medicare. Pero como regla general, si retrasa su inscripción en la Parte D de Medicare, después de ser elegible para inscribirse por primera vez, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una multa).

Debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Consulte el resumen de la descripción del plan para obtener un resumen de la cobertura de medicamentos recetados del plan. Si no tiene una copia, puede obtenerla comunicándose con NatureBest Precut & Produce, LLC, el número de teléfono o la dirección que aparecen al final de esta sección.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y cancelar su cobertura actual de medicamentos recetados de NatureBest Precut & Produce, LLC, que opera bajo el nombre comercial de Hacienda Ford, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura, tendría que volver a inscribirse en el Plan, de conformidad con las reglas de elegibilidad e inscripción del Plan. Debe revisar el resumen de la descripción del plan para determinar si se le permite agregar cobertura y cuándo.

Si cancela o pierde su cobertura actual y no tiene cobertura de medicamentos recetados durante 63 días o más antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual será al menos un 1% más por mes por cada mes que no tuvo cobertura durante el tiempo que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Por ejemplo, si transcurren diecinueve meses sin cobertura, su prima siempre será al menos un 19% más alta de lo que habría sido sin el lapso de cobertura.

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos recetados de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, visite www.medicare.gov, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (consulte su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada, o llame al 800.633.4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048. Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) en línea en www.socialsecurity.gov, o puede llamarlos al 800.772.1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800.325.0778.

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Fecha: October 1, 2025

Nombre de la Entidad/Remitente: City of South Padre

Contacto de la Oficina: Wendi Saldana

, Human Resources Department

Dirección: 4601 Padre Blvd, South Padre Island, TX 78597

Número de Teléfono: (956) 761-8102



Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

AVISOS IMPORTANTES



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado OMB
N.º 1210-0149 (caduca el
31-12-2026)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con Wendy Saldana

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

AVISOS IMPORTANTES

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador City of South Padre Island		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés)	
5. Dirección del empleador 4601 Padre Blvd		6. Número de teléfono del empleador (956)761-8140	
7. Ciudad South Padre Island	8. Estado Texas	9. Código postal 78597	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Wendy Saldana			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico wsaldana@myspi.org	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- Todos los empleados.
 Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

Empleados elegibles trabajando 30 horas o mas por semana.

- En cuanto a los dependientes:

- Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

Conyuges elegibles e hijos elegibles menos de 26 años de edad.

- No ofrecemos cobertura médica.

- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.

PREGUNTAS / RESPUESTAS Y MÁS INFORMACIÓN

¿Hay un período de espera antes de que las condiciones preexistentes estén cubiertas?

Condiciones preexistentes limitaciones no se aplican para el plan de seguro médico de grupo City of South Padre Island a través de TX Health Benefits Pool.

Los pagos de beneficios:

Para los beneficios recibidos en la red, usted es responsable solamente su copago, deducibles y coseguros cantidades. Su proveedor presentará la demanda.

Edad dependiente:

Sus hijos son elegibles para cobertura en su visión dental, médica, y los planes de seguro de vida hasta la edad de 26.

Año calendario deducible/hacia fuera-de-desembolso máximo:

Gastos hacia su deducible y su desembolso máximo se acreditan en una base de año calendario. Un año es el 1 de octubre – 30 de septiembre. Su máximo deducible y desembolso reanuda el 1 de enero cada año, independientemente de los gastos que en el año calendario anterior o cuando se produce su período anual de inscripción abierta. Copago cantidades acumulan hacia el máximo de su propio bolsillo.

SBC y Resúmenes de planes:

Resumen de los documentos de cobertura de beneficios y resúmenes del plan se proporcionan electrónicamente. Una copia impresa está disponible a pedido.

NUESTRO CORREDOR / SOCIO

SWEB

SHEPARD & WALTON EMPLOYEE BENEFITS

RECLAMACIONES / MEMBRESÍA: 888-423-8755
stxclaims@sweb.com / stxmembership@sweb.com

Este libro pone de relieve algunas de las principales características de los programas de beneficios, pero no incluye todas las reglas del plan, características, limitaciones o exclusiones. Los términos de sus planes de beneficios se rigen por los documentos legales, incluyendo los contratos de seguro. Si hay cualquier inconsistencia entre este libro y los documentos legales del plan, los documentos del plan son la autoridad final.




South Padre
ISLAND, TEXAS