



DeKalb County
GEORGIA

Su Guía de beneficios del condado de DeKalb para 2024/2025



Índice

¡Le damos la bienvenida a la inscripción!	1
Novedades para 2024/2025	1
Recursos para miembros de planes médicos.....	2
Aplicaciones para dispositivos móviles disponibles en las tiendas App Store o Google Play	2
Números telefónicos de asesoría.....	2
Atención virtual	2
Recursos para el manejo de la salud	3
Lo que debe saber sobre la inscripción.....	4
Elegibilidad a los beneficios	4
Categorías de cobertura	4
Recargo por cónyuge que trabaja	5
Cobertura para pareja de hecho	5
¿Listo para inscribirse?	6
El proceso de inscripción.....	6
¿Su contratación fue entre el 6 de mayo y el 30 de junio de 2024?	6
Cómo inscribirse.....	6
Acontecimiento de vida calificado	7
Cobertura médica	8
Cobertura de medicamentos recetados.....	9
¡Compre medicamentos genéricos y ahorre dinero!	9
Cuentas de Ahorros de Salud (HSA)	10
HSA: La ventaja tributaria triple.....	10
Cuenta de Gastos Flexibles para Fines Limitados (LPIFSA).....	10
¿Cuál es el monto de las contribuciones que debo hacer?	11
Ejemplos de cómo funcionará su plan HSA.....	12
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA).....	13
Use los fondos o los perderá.....	14
Cobertura dental y de la vista	15
Beneficios dentales	15
Beneficios de la vista.....	15
Más cobertura con los beneficios suplementarios de Aflac	16
Seguro por enfermedad grave.....	16
Seguro por accidente	17
Opciones de cobertura adicionales	18
Seguro básico de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	18
Seguro suplementario de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	18
Seguro de vida universal con atención a largo plazo (LTC).....	18
Seguro por incapacidad.....	19
Tarjeta de transporte público financiada mediante la nómina	20
Seguro legal de ARAG®	21
Enfrente los problemas legales de la vida con más confianza	21
¿Quiere aumentar la protección con una cobertura mayor?.....	21
Sus primas de los empleados de 2024/2025.....	22
Glosario	23
Contactos y recursos.....	24

¡Le damos la bienvenida a la inscripción!

El condado de DeKalb, Georgia, proporciona una selección integral de beneficios que apoyan su salud y bienestar y los de su familia. El condado brinda algunos beneficios sin costo para usted, algunos tiene que pagar usted y los costos de otros beneficios se comparten entre el condado de DeKalb y usted. Una vez que seleccione sus opciones de beneficios, sus elecciones permanecerán vigentes durante el año del plan (del 1 de julio de 2024 hasta el 30 de junio de 2025). DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA, SOLO PUEDE HACER CAMBIOS EN LA COBERTURA DEBIDO A UN ACONTECIMIENTO DE VIDA CALIFICADO EN UN PLAZO DE 30 DÍAS DE TRANSCURRIDO EL EVENTO. CONSULTE LA LISTA DE ACONTECIMIENTOS DE VIDA QUE SE ENCUENTRA EN LA PÁGINA 7 PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN.

Si desea conocer más acerca de las opciones de beneficios disponibles para usted, comuníquese con los representantes del servicio telefónico de atención al cliente que están disponibles durante el período de la inscripción abierta (del 6 al 20 de mayo de 2024) al **877-294-5605**.

SU ÚNICA FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS:

yourdekalbbenefits.com

Ingrese a este sitio web para explorar sus opciones de beneficios y obtener más información sobre cómo estos planes pueden ayudar a cuidar su salud física y financiera. El sitio está disponible durante la inscripción abierta y todo el año, así que asegúrese de ingresar con frecuencia para consultar las actualizaciones importantes, como las últimas novedades y eventos sobre bienestar.

Novedades para 2024/2025

- Las contribuciones que el empleado haga a la nómina para la cobertura médica no aumentarán.
- Nuestros planes médicos ofrecerán montos máximos de bolsillo más bajos.
- Para cumplir con las regulaciones del IRS, aumentará el deducible del plan Blue Open Access HSA.
- Además, CVS Caremark será el nuevo proveedor de medicamentos recetados para el plan Blue Open Access HSA. Si este cambio le genera algún inconveniente, esté pendiente de su buzón, ya que recibirá información adicional de parte de CVS Caremark.



Recursos para miembros de planes médicos

Para ayudarle a aprovechar al máximo su plan médico, Anthem y Kaiser ofrecen a los miembros muchos recursos para la administración de la salud.

Aplicaciones para dispositivos móviles disponibles en las tiendas App Store o Google Play

Aplicación Sydney de Anthem



Sydney funciona como una guía de salud personal, brinda respuestas a preguntas y lo conecta con los recursos adecuados en el momento oportuno. Sydney le ayuda a:

- buscar atención y consultar costos;
- revisar todos los beneficios y ver sus reclamaciones;
- ver y usar las tarjetas de identificación (ID) digitales.

Aplicación de Kaiser Permanente



- Envíe un correo electrónico a su médico o a Servicio a los Miembros si tiene preguntas que no son urgentes.
- Administre citas y vea información sobre consultas pasadas.
- Vuelva a surtir medicamentos recetados.
- Consulte sus antecedentes de salud, como alergias, vacunas y la mayoría de los resultados de análisis de laboratorio.

Números telefónicos de asesoría

NurseLine (línea de enfermería) 24/7 de Anthem

Los miembros del plan pueden hablar con personal de enfermería registrado sobre su salud en cualquier momento del día o de la noche. Los miembros también pueden recibir asesoría sobre dónde acudir para recibir atención. Llame al **888-724-BLUE (2583)**.

Asesoría en atención 24/7 de Kaiser

Los miembros del plan pueden obtener asesoría médica y guía sobre cuidados en el momento de parte de un proveedor de Kaiser Permanente llamando al **404-365-0966**.

Atención virtual

LiveHealth Online de Anthem

Los miembros del plan que usen LiveHealth Online pueden hacer consultas privadas por video en cualquier momento y lugar. Un médico matriculado evaluará su afección, le indicará un plan de tratamiento y enviará una receta a su farmacia si es necesario. Regístrese en es.livehealthonline.com o descargue la aplicación.

Consultas telefónicas y por video de Kaiser

Las consultas telefónicas y por video están disponibles para los miembros del plan como maneras convenientes de recibir atención desde el hogar o mientras están de viaje para atender una amplia variedad de situaciones de urgencia en el mismo día o hacer consultas de rutina planificadas. Llame al **404-365-0966** para hacer una cita.



Centro de salud para empleados

Los empleados y jubilados anticipados del condado que estén inscritos en un plan médico de Anthem pueden acudir al centro de salud para empleados del condado de DeKalb, a cargo de Everside Health. Este centro ofrece atención virtual y presencial, además de acceso a profesionales clínicos y servicios de atención médica primaria las 24 horas, los 7 días de la semana, que incluyen:

- Exámenes físicos anuales y vacunas
- Tratamiento de afecciones crónicas
- Medicina familiar
- Valoraciones de salud mental
- Análisis de laboratorio en el centro
- Medicamentos genéricos seleccionados sin costo
- Cuidado de personas enfermas y atención de urgencia

Acudir al centro de salud para empleados permite ahorrar costos en comparación con recibir atención tradicional de un profesional en la comunidad, según el plan médico de Anthem que tenga y el tipo de atención que reciba. Visite yourdekalbbenefits.com para obtener más información.

Recursos para el manejo de la salud

Transformación del cuidado de la diabetes y la hipertensión

Si se inscribe en el plan Blue Open Access POS o Blue Open Access HMO, es elegible en forma automática para el programa Transformación del Cuidado de la Diabetes y la Hipertensión (Transform Diabetes Care and Hypertension) a través de CVS Caremark, que se lanzó a comienzos de este año.

El programa le proporciona un medidor de glucosa en la sangre y suministros, y un baumanómetro (tensiómetro para medir la presión arterial) para el hogar sin costo para usted. Si usted (o un dependiente cubierto) tiene un diagnóstico de diabetes, puede recibir un mensaje de un educador en diabetes certificado. Estos profesionales son enfermeros o dietistas titulados, y colaborarán con usted para ayudarle a supervisar y controlar la diabetes.

Si tiene preguntas sobre el programa Transformación del Cuidado de la Diabetes y la Hipertensión, llame a Caremark al **800-378-0772**.

Servicio de conserjería para la atención del cáncer de Anthem

Un diagnóstico de cáncer puede cambiarle la vida y resultar abrumador. Si le diagnostican cáncer y está inscrito en cualquier plan de Anthem (Blue Open Access POS, Blue Open Access HMO o Blue Open Access HSA), tiene acceso al servicio de conserjería para la atención del cáncer.

El servicio de conserjería para la atención del cáncer proporciona:

- **Guía:** las conexiones adecuadas para cada momento, desde el diagnóstico hasta la recuperación.
- **Innovación:** tecnología para generar un impacto transformador en los resultados, como la plataforma de telesalud Tytocare.
- **Asociaciones:** colaboraciones con expertos en cáncer destacados, instituciones de clase mundial y centros de excelencia.

Si tiene preguntas sobre el servicio de conserjería para la atención del cáncer, llame a Anthem al número que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación.

Atención integral de afecciones crónicas proporcionada por Kaiser Permanente

El enfoque integrado y centrado en el paciente de Kaiser Permanente para la atención de la salud y los programas de manejo de enfermedades brinda apoyo a los miembros que tienen afecciones crónicas, como asma, cáncer, depresión, diabetes, hipertensión, control del peso y muchas otras.

Si tiene preguntas sobre las afecciones crónicas, llame a Kaiser al **888-251-6733** o visite kp.org/espanol.

Kaiser también ofrece asesoría de bienestar para dejar de consumir tabaco, controlar el peso, alimentarse de manera saludable y reducir el estrés. Llame al **866-862-4295** o visite kp.org/wellnesscoaching.

Lo que debe saber sobre la inscripción

★ RECORDATORIO IMPORTANTE: Este año la inscripción es pasiva, lo que significa que sus beneficios de cobertura médica, dental y de la vista, seguro de vida, cobertura por incapacidad a corto plazo, los beneficios suplementarios de Aflac y las elecciones de seguro legal continuarán durante el próximo año del plan a partir del 1 de julio. Sin embargo, las elecciones de la Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) o Transit One se deben hacer en forma manual. Usted DEBE iniciar sesión en CV-360, hacer una elección activa e ingresar la cantidad de su contribución anual para tener una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondos de la tarjeta de transporte público. **¡SUS ELECCIONES DE CONTRIBUCIÓN ACTUALES PARA ESTAS COBERTURAS NO SE TRANSFERIRÁN!**

Estos son algunos de los aspectos básicos sobre sus beneficios del condado de DeKalb, que incluyen los requisitos de elegibilidad y sus opciones de cobertura.

Elegibilidad a los beneficios

Para ser elegible para los beneficios, debe ser un empleado permanente que trabaja 20 horas o más por semana. Los empleados temporales no son elegibles. Los dependientes elegibles incluyen:

- su cónyuge o pareja de hecho según lo reconoce la ley estatal o federal;
- sus hijos o los de su cónyuge o pareja de hecho, incluidos los hijos naturales, hijos adoptivos, hijos recién nacidos, adoptados legalmente y los hijos que el plan haya determinado que están cubiertos por una orden de manutención y de gastos médicos calificados de menores según lo defina la ley estatal correspondiente; y
- los hijos que estén bajo su tutela o la de su cónyuge o pareja de hecho o según lo requiera la ley. (Usted debe entregar al equipo de beneficios para los empleados una copia de los documentos legales que le asignen la tutela de los dependientes nuevos).

Todos los hijos inscritos continuarán estando cubiertos hasta el final del mes en el que cumplan los 26 años de edad. La cobertura podría continuar después de ese límite de edad según ciertas circunstancias. Revise el *Resumen de las Descripciones del Plan (Summary Plan Descriptions)*, disponible en yourdekalbbenefits.com, para obtener más información.

Nota: Es posible que deba proporcionar un comprobante de continuación de la elegibilidad para cualquier hijo inscrito. Si no proporciona esta información, podría cancelarse la cobertura de un hijo.

Categorías de cobertura

Puede seleccionar uno de los siguientes niveles de cobertura:

- **Empleado:** cobertura para usted solamente
- **Empleado + 1 dependiente:** cobertura para usted y su cónyuge/pareja de hecho o un hijo elegible
- **Empleado + familia:** cobertura para usted y dos o más dependientes (cónyuge/pareja de hecho o hijos)

Nota: Puede elegir diferentes niveles de cobertura para obtener beneficios distintos.

¿Es un empleado nuevo?

Tiene 30 días naturales (incluida su fecha de contratación) para hacer sus elecciones iniciales de beneficios. Si no hace una elección inicial, no se le permitirá inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que ocurra un acontecimiento de vida calificado. Consulte la página 7 para obtener más información sobre los acontecimientos de vida calificados.

Recargo por cónyuge que trabaja

Si su cónyuge o pareja de hecho es empleado y elegible para una cobertura médica en 2024/2025 a través de su patrón y decide inscribirse en la cobertura médica del condado de DeKalb, usted tendrá que pagar un recargo de \$75 al mes.

¿Por qué se aplica un recargo por cónyuge que trabaja?

En el condado de DeKalb, consideramos que les ofrecemos a nuestros empleados opciones de planes médicos de gran calidad y bajo costo. Este recargo se aplicará solo si usted decide incluir a su cónyuge o pareja de hecho en la cobertura de una de las opciones de planes médicos del condado de DeKalb y él o ella es elegible para otra cobertura. Este recargo nos permite continuar proporcionando las opciones de planes de alta calidad y de costo más bajo para usted y su familia, y al mismo tiempo administrar nuestros gastos.



Cobertura para pareja de hecho

Para los fines de este plan, una pareja de hecho debe ser tratada de la misma manera que un cónyuge, y un hijo de la pareja de hecho, un hijo adoptivo o un hijo que esté bajo la tutela de la pareja de hecho debe ser tratado de la misma manera que cualquier otro hijo.

Cualquier ley federal o estatal que se aplique a un miembro que sea un cónyuge o hijo incluido en este plan también se debe aplicar a una pareja de hecho o al hijo de una pareja de hecho que sea miembro de este plan. Esto incluye, entre otros, a la ley COBRA, la Ley de Licencias Familiares y Médicas (Family and Medical Leave Act, FMLA) y la coordinación de beneficios (*coordination of benefits, COB*). La cobertura de una pareja de hecho o del hijo de una pareja de hecho finaliza en la fecha de disolución de la unión de hecho.

Para solicitar la cobertura como parejas de hecho, el empleado elegible y la pareja de hecho deben completar y firmar una declaración jurada de pareja de hecho además de hacer los cambios en la inscripción en línea y deben cumplir con todos los criterios estipulados en la declaración jurada. Las firmas se deben autenticar mediante acta notarial. El plan se reserva el derecho de tomar la última decisión para determinar la elegibilidad de la pareja de hecho.

Usted y su pareja de hecho deben presentar un formulario de declaración de unión de hecho preciso y completo, y cumplir con todos los requisitos que se incluyen en este formulario. La continuación de la elegibilidad depende de la precisión actual de este formulario. La elegibilidad de la pareja de hecho finaliza en la fecha en que esta deja de cumplir todos los requisitos incluidos en este formulario.

¿Cuál es la definición de pareja de hecho o de unión de hecho?

Pareja de hecho o unión de hecho es una persona del mismo sexo que es la única pareja de hecho del empleado elegible y lo ha sido durante 12 meses o más. Él o ella debe ser mentalmente capaz y no puede tener un vínculo de sangre más cercano con el empleado elegible de lo que permita la ley estatal para el matrimonio. Además, la pareja de hecho no puede estar casada con nadie más y es interdependiente financieramente con el empleado elegible.

¿Listo para inscribirse?

Una vez que haya revisado sus materiales sobre los beneficios, que incluye su Guía de beneficios y la información disponible en yourdekalbbenefits.com, y haya hablado sobre sus opciones con sus familiares (si es necesario), la inscripción en línea es simple y conveniente.



El proceso de inscripción

La inscripción abierta para los beneficios de 2024/2025 es del 6 al 20 de mayo de 2024. La inscripción de este año es pasiva, lo que significa que algunas de sus elecciones de beneficios actuales continuarán durante el próximo año del plan a partir del 1 de julio. Si desea hacer algún cambio, debe iniciar sesión en CV-360. Para tener una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondos en la tarjeta de transporte público en 2024/2025, debe inscribirse en una cobertura y elegir contribuciones nuevas.

¿Su contratación fue entre el 6 de mayo y el 30 de junio de 2024?

DEBE INSCRIBIRSE DOS VECES. Debe hacer sus elecciones de empleado nuevo a través de CV-360 para obtener cobertura a partir del 30 de junio de 2024. Además, debe completar sus elecciones de la inscripción abierta a través del sistema CV-360 para la cobertura que comienza el 1 de julio de 2024. Sus beneficios de cobertura médica, dental y de la vista, seguro de vida, cobertura por incapacidad a corto plazo, los beneficios suplementarios de Aflac y las elecciones de seguro legal continuarán durante el año del plan 2024/2025. Sin embargo, usted DEBE hacer una elección activa e ingresar la cantidad de su contribución anual para tener una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondos de la tarjeta de transporte público disponible a partir del 1 de julio de 2024. Consulte a su coordinador de nómina o de personal para obtener las instrucciones de la inscripción.

Cómo inscribirse

1. **Reúna la información adecuada.** Debe tener lista su información personal, la de su dependiente y beneficiario. Necesitará los nombres completos, las fechas de nacimiento y los números del Seguro Social (SSN). La información personal que proporcione es confidencial y solo se utilizará a los fines de los beneficios.
2. **Inicie sesión en CV-360 para inscribirse.** Siga las indicaciones para finalizar el proceso de inscripción. Por lo general, toma entre 10 y 15 minutos.
 - Si cuenta con un correo electrónico del condado, haga clic en este enlace para obtener las instrucciones de inicio de sesión: https://www.dekalbcountyga.gov/sites/default/files/users/user3566/CV360%20Login%20Guidance%20for%20AD%20Users_v3.1.pdf.
 - Si no cuenta con un correo electrónico del condado, haga clic en este enlace para obtener las instrucciones de inicio de sesión: <https://www.dekalbcountyga.gov/sites/default/files/users/user3566/CV360%20Login%20Guide%20for%20Non-County%20Accounts.pdf>.

Si tiene algún problema con los enlaces anteriores, comuníquese al **404-371-2363** o envíe un ticket al sitio web del servicio de ayuda técnica: <https://helpdesk.dekalbcountyga.gov/>.

3. **¿Tiene alguna pregunta?** Durante el período de inscripción abierta (del 6 al 20 de mayo de 2024), puede comunicarse con un representante del servicio telefónico de atención al cliente al **877-294-5605**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este, para obtener asistencia o para que le ayuden a completar sus elecciones de inscripción.

Consejos útiles

- Los representantes del servicio telefónico de atención al cliente están disponibles para responder las preguntas que pueda tener, ayudarle a registrar formalmente sus elecciones o cancelar sus beneficios.
- No necesita inscribirse activamente en una cobertura médica, dental o de la vista, seguro de vida, cobertura por incapacidad a corto plazo, beneficios suplementarios de Aflac y seguro legal, a menos que quiera hacer cambios en sus elecciones actuales para estos beneficios.
- Usted DEBE hacer una elección activa e ingresar la cantidad de su contribución anual para tener una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondos de la tarjeta de transporte público disponibles a partir del 1 de julio de 2024. **¡Sus elecciones de contribución anuales para estas coberturas no se transferirán!**
- Para ser elegible para los beneficios, debe ser un empleado permanente que trabaja 20 horas o más por semana.

Acontecimiento de vida calificado

La inscripción abierta es su única oportunidad de inscribirse para hacer cambios en sus elecciones de beneficios para el año, a menos que tenga un acontecimiento de vida calificado, como:

- cambio de estatus, como matrimonio, divorcio, muerte, nacimiento de un hijo o adopción;
- cambio de categoría de empleo;
- obtención o pérdida de cobertura.

Si tiene un acontecimiento de vida calificado y quiere hacer cambios, inscríbese en línea y envíe una prueba de ese acontecimiento de vida al equipo de beneficios para los empleados en un plazo de 30 días de haber ocurrido el acontecimiento. Todos los acontecimientos de vida calificados requieren aprobación antes de entrar en vigencia. Si no se recibe la documentación, no se procesarán los cambios en la elección.



Nota: Si tiene un acontecimiento de vida calificado entre el 6 de mayo y el 30 de junio de 2024, debe inscribirse **DOS VECES**. Sus elecciones del acontecimiento de vida calificado y de la inscripción abierta deben completarse a través del sistema CV-360. Sus beneficios de cobertura médica, dental y de la vista, seguro de vida, cobertura por incapacidad a corto plazo, los beneficios suplementarios de Aflac y las elecciones de seguro legal continuarán durante el año del plan 2024/2025. Sin embargo, usted DEBE hacer una elección activa e ingresar la cantidad de su contribución anual para tener una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA), Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o fondos de la tarjeta de transporte público disponibles a partir del 1 de julio de 2024. Consulte a su coordinador de nómina o de personal para obtener las instrucciones de la inscripción.



Si tiene preguntas o para recibir asistencia:

Durante la inscripción abierta (del 6 al 20 de mayo de 2024), llame al **877-294-5605**.

Cobertura médica

La cobertura médica está administrada por Anthem o Kaiser Permanente.

Durante muchos años, las características de nuestros planes médicos permanecieron sin cambios o mejoraron. Consulte los ajustes de los montos máximos de bolsillo y del deducible, así como los beneficios disponibles para cada plan, en la tabla a continuación. Asegúrese de tener en cuenta si su cobertura actual aún cubre sus necesidades para el próximo año del plan.

Descripción general de beneficios	Blue Open Access POS		Blue Open Access HMO	Blue Open Access HSA		Kaiser HMO	Kaiser HSA
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red ²	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Deducible de atención médica/medicamentos recetados Individual / familiar	\$750 / \$1,500	\$1,500 / \$3,000	\$500 / \$1,500	\$1,600 / \$3,200	\$3,200 / \$6,400	\$350 / \$1,050	\$1,800 / \$5,400
Máximo de bolsillo del año del plan Individual / familiar	\$4,500 / \$9,000	\$7,500 / \$15,000	\$6,900 / \$13,800	\$5,200 / \$10,400	\$10,400 / \$20,800	\$6,900 / \$13,800	\$5,000 / \$10,000
Máximo de por vida	Ilimitado		Ilimitado	Ilimitado		Ilimitado	Ilimitado
Coseguro	20 % ¹	40 % ¹	10 % ¹	20 % ¹	40 % ¹	10 % ¹	30 %
Cuidado preventivo							
Médico de atención primaria	Sin cargo	40 % ¹	Sin cargo	Sin cargo	40 % ¹	Sin cargo	Sin cargo
Especialista	Sin cargo	40 % ¹	Sin cargo	Sin cargo	40 % ¹	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de médico							
Médico de atención primaria	Copago de \$25	40 % ¹	Copago de \$25	20 % ¹	40 % ¹	Copago de \$25	30 % ¹
Especialista	Copago de \$40	40 % ¹	Copago de \$40	20 % ¹	40 % ¹	Copago de \$40	30 % ¹
Servicios de emergencias							
Copago de hospital	Copago de \$300, luego 20 % ¹	Copago de \$300, luego 40 % ¹	Copago de \$250 + deducible, luego 10 % ¹	20 % ¹	40 % ¹	Copago de \$250 + deducible, luego 10 % ¹	30 % ¹
Copago de sala de emergencia	Copago de \$300 + deducible, luego 20 % ¹	Niveles de emergencia dentro de la red. Si no es una emergencia, se paga un coseguro después del deducible.	Copago de \$300 + deducible, luego 10 % ¹	20 % ¹	40 % ¹	Copago de \$300	30 % ¹
Urgencias	Copago de \$75 + deducible, luego 20 % ¹		Copago de \$75 + deducible, luego 10 % ¹	20 % ¹	40 % ¹	Copago de \$50	30 % ¹
Ambulancia	20 % ¹		10 % ¹	20 % ¹	40 % ¹	Copago de \$150	30 % ¹
Análisis de laboratorio, radiografías y servicios de hospital							
Análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico	Copago de \$25 o \$40	40 % ¹	Copago de \$25 o \$40 ¹	20 % ¹	40 % ¹	100 % cubierto	30 % ¹
Maternidad	20 % ¹	40 % ¹	Primera consulta \$25, luego 100 % cubierto	20 % ¹	40 % ¹	Copago de \$40 en la primera consulta, luego 100 % cubierto	30 % ¹
Internación hospitalaria	\$300 por ingreso, luego el 20 % ¹	\$300 por ingreso, luego el 40 % ¹	Deducible + 10 % ¹	20 % ¹	40 % ¹	Deducible + 10 % ¹	30 % ¹
Servicios de médicos en el hospital	20 % ¹	40 % ¹	Deducible + 10 % ¹	20 % ¹	40 % ¹	Deducible + 10 % ¹	30 % ¹
Paciente ambulatorio en hospital	20 % ¹	40 % ¹	Deducible + 10 % ¹	20 % ¹	40 % ¹	Deducible + 10 % ¹	30 % ¹

¹ Después de que se haya alcanzado el deducible.

² Se requiere una aprobación previa para los servicios fuera de la red.

Cobertura de medicamentos recetados

La cobertura de medicamentos recetados se proporciona automáticamente cuando se inscribe en una de las opciones de planes médicos del condado de DeKalb. La cobertura para todos los planes entrará en vigencia el 1 de julio de 2024 y la proporcionará CVS Caremark. Si usted se ve afectado por este cambio, pronto recibirá información adicional directamente de CVS Caremark. El siguiente cuadro muestra lo que pagará por los medicamentos recetados, según el plan que elija.

Medicamentos recetados	Blue Open Access POS Proveedor: CVS Caremark		Blue Open Access HMO Proveedor: CVS Caremark	Kaiser HMO Proveedor: Kaiser
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red ¹	Dentro de la red
Farmacia minorista (suministro de 30 días)				
Medicamentos genéricos	Copago de \$15	No están cubiertos	Copago de \$15	Copago de \$15
Medicamentos de formulario	30 % (\$40 mín./\$100 máx.)	No están cubiertos	30 % (\$40 mín./\$100 máx.)	30 % (\$40 mín./\$100 máx.)
Medicamentos fuera del formulario	40 % (\$80 mín./\$120 máx.)	No están cubiertos	40 % (\$80 mín./\$120 máx.)	40 % (\$80 mín./\$180 máx.)
Medicamentos de especialidad	30 % (\$100 máx.)	No están cubiertos	30 % (\$100 máx.)	Se aplicará un coseguro o copago a los medicamentos genéricos, de formulario o fuera del formulario correspondientes.
Pedidos por correo (suministro de 90 días)				
Medicamentos genéricos	Copago de \$30	No están cubiertos	Copago de \$30	Copago de \$30
Medicamentos de formulario	30 % (\$80 mín./\$200 máx.)	No están cubiertos	30 % (\$80 mín./\$200 máx.)	30 % (\$80 mín./\$200 máx.)
Medicamentos fuera del formulario	40 % (\$160 mín./\$240 máx.)	No están cubiertos	40 % (\$160 mín./\$240 máx.)	40 % (\$180 mín./\$360 máx.)
Medicamentos de especialidad	No están cubiertos	No están cubiertos	No están cubiertos	Se aplicará un coseguro o copago a los medicamentos genéricos, de formulario o fuera del formulario correspondientes.

¹ Se requiere una aprobación previa para los servicios fuera de la red.

Medicamentos recetados	Blue Open Access HSA Proveedor: CVS Caremark	Kaiser HSA Proveedor: Kaiser
	Dentro de la red / fuera de la red ²	Dentro de la red
Farmacia minorista (suministro de 30 días)		
Medicamentos genéricos	Copago de \$10, después de alcanzar el deducible	Copago de \$15, después de alcanzar el deducible
Medicamentos de formulario	Copago de \$30, después de alcanzar el deducible	30 % (\$40 mín./\$100 máx.), después de alcanzar el deducible
Medicamentos fuera del formulario	Copago de \$50, después de alcanzar el deducible	40 % (\$80 mín./\$180 máx.), después de alcanzar el deducible
Medicamentos de especialidad	30 % (\$100 máx.), después de alcanzar el deducible	Después de alcanzar el deducible, se aplicará un coseguro o copago a los medicamentos genéricos, de formulario o fuera del formulario correspondientes.
Pedidos por correo (suministro de 90 días)		
Medicamentos genéricos	Copago de \$20, después de alcanzar el deducible	Copago de \$30, después de alcanzar el deducible
Medicamentos de formulario	Copago de \$60, después de alcanzar el deducible	30 % (\$80 mín./\$200 máx.), después de alcanzar el deducible
Medicamentos fuera del formulario	Copago de \$100, después de alcanzar el deducible	40 % (\$180 mín./\$360 máx.), después de alcanzar el deducible
Medicamentos de especialidad	No están cubiertos	Después de alcanzar el deducible, se aplicará un coseguro o copago a los medicamentos genéricos, de formulario o fuera del formulario correspondientes.

² Pagará el costo completo en la farmacia y presentará una reclamación para el reembolso.

¡Compre medicamentos genéricos y ahorre dinero!

Siempre pregúntele a su médico si hay disponible un medicamento genérico, ya que son menos costosos que los medicamentos de marca y son igual de eficaces.

Quizás quiera considerar la posibilidad de inscribirse en un plan médico con una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) o inscribirse en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) si no está inscrito en el plan Blue Open Access HSA o el plan Kaiser HSA. Las HSA y FSA le permiten apartar dinero antes de la deducción de impuestos para cubrir gastos elegibles, como medicamentos recetados.

Cuentas de Ahorros de Salud (HSA)



Las HSA le permiten apartar dinero antes de la deducción de impuestos de su cheque de sueldo para ayudar a pagar gastos calificados. Debido a las ventajas tributarias, el IRS limita la cantidad que usted puede contribuir a una HSA. En 2024, la cantidad máxima que puede contribuir a su HSA es de \$4,150 (empleado) o \$8,300 (familia).

Dado que su cobertura de beneficios abarca dos años naturales, el dinero que elija contribuir a su HSA durante la inscripción abierta este año también se trasladará al próximo año natural.

En la siguiente tabla se indica de qué manera el condado de DeKalb ayudará a hacer contribuciones a su HSA si usted selecciona el plan Blue Open Access HSA o el plan Kaiser HSA. El condado de DeKalb hará estas contribuciones en dos pagos iguales: la mitad en julio y la otra mitad en enero.

Contribución del condado de DeKalb a su Cuenta de Ahorros de Salud ¹		
Plan	Blue Open Access HSA	Kaiser HSA
Empleado	\$750	\$750
Empleado + 1 dependiente	\$1,500	\$1,500
Empleado + familia	\$1,500	\$1,500

¹ Usted debe inscribirse activamente en el plan Blue Open Access HSA o en el plan Kaiser HSA para hacer contribuciones a una Cuenta de Ahorro para la Salud en 2024/2025.

HSA: La ventaja tributaria triple

La HSA le permite ahorrar en impuestos de tres maneras. Cuando deposita dinero, ingresa libre de impuestos; cuando invierte su dinero, puede aumentar exento de impuestos; cuando retira su dinero para pagar gastos médicos elegibles, ese dinero está exento de impuestos. Es por eso que recibe el nombre de “ventaja tributaria triple”.

Las HSA tienen algunas ventajas más: sus fondos se transfieren y su cuenta es transferible. Cada año, usted puede hacer contribuciones exentas de impuestos a su Cuenta de Ahorros de Salud hasta el límite impuesto por el IRS. Tiene la opción de usar el dinero para pagar gastos médicos elegibles o ahorrarlo para gastos elegibles futuros. Además, independientemente de si permanece en el condado de DeKalb, el dinero de su cuenta es transferible.

Cuenta de Gastos Flexibles para Fines Limitados (LPFSA)

Si está inscrito en el plan Blue Open Access HSA o en el plan Kaiser HSA, se abre automáticamente una Cuenta de Ahorros de Salud. Una LPFSA (administrada por WageWorks) le permitirá obtener los beneficios de una FSA regular; sin embargo, puede usar este plan para pagar solo ciertos gastos dentales y de la vista. Esta es una oportunidad para usar el plan de LPFSA si necesitará uno o los dos servicios durante el próximo año del plan y así ahorrar el dinero de su HSA. **Recuerde que cualquier tipo de FSA es un plan cuyos fondos se pierden si no los usa, mientras que los saldos de la HSA se transfieren de un año a otro.**

¿Cuál es el monto de las contribuciones que debo hacer?

Si decide participar en una HSA para 2024/2025, tendrá que decidir el monto de las contribuciones que hará. Esta cantidad dependerá de sus gastos anticipados y del presupuesto para el próximo año. Además, deberá tener en cuenta los límites anuales del IRS para hacer sus contribuciones. Este año, usted y el condado de DeKalb pueden hacer contribuciones combinadas de hasta \$4,150 para la cobertura individual y \$8,300 para la cobertura familiar. Además, si tiene 55 años de edad o más y no está inscrito en Medicare, puede hacer contribuciones de hasta \$1,000 adicionales a su cuenta de HSA, que se conocen como contribuciones de igualación.

Gastos elegibles y no elegibles

Visite irs.gov/publications/p502 para revisar la lista de gastos médicos elegibles y no elegibles. Esta lista no incluye todos los gastos. Recuerde que el IRS puede modificar ocasionalmente su lista de gastos elegibles. Se deben seguir los lineamientos del IRS. Como siempre, consulte a su asesor fiscal si necesita información específica sobre impuestos.

Restricciones

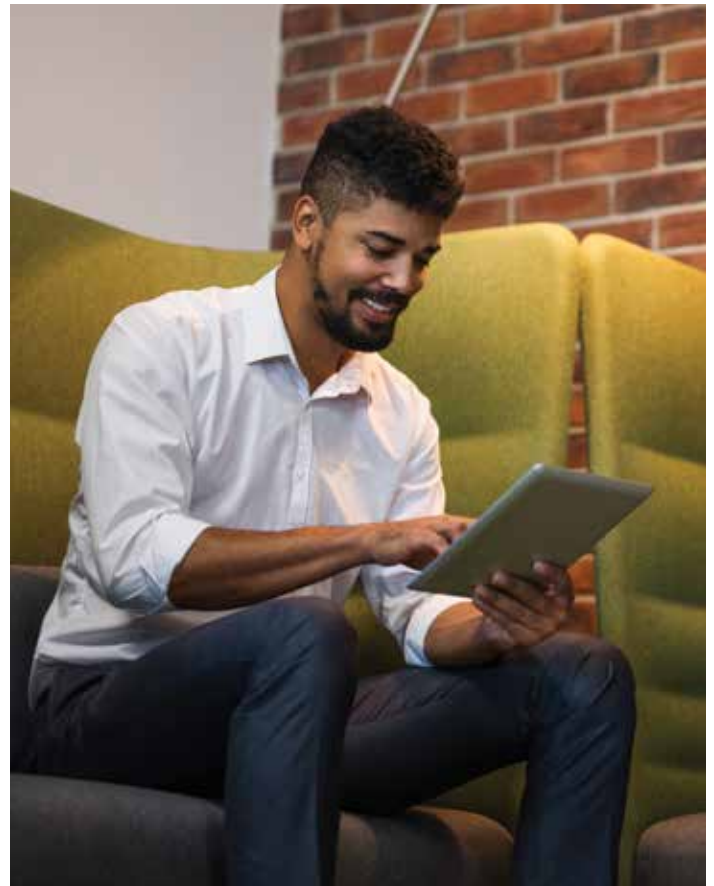
Las HSA también tienen restricciones. Estas restricciones no evitan que usted se inscriba en el plan, solo impiden que reciba contribuciones (de usted y del condado):

- No puede figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- No puede estar inscrito en una Cuenta de Gastos Flexibles a través de otro patrón.
- No puede tener ningún otro plan médico, incluidas las partes A, B C o D de Medicare.
- No puede tener la cobertura del plan médico de su cónyuge, a menos que él o ella también tengan la cobertura de un plan HSA.

Nota: Si actualmente está inscrito en una FSA y quiere inscribirse en el plan médico HSA (con la HSA), debe usar todos los fondos de su FSA para el 30 de junio de 2024, sin importar el período de gracia. Según los lineamientos del IRS, no se pueden hacer contribuciones a su HSA durante los primeros cuatro meses del año del plan si tiene un saldo en su FSA del año del plan anterior. Además, una vez que estas contribuciones están disponibles, no puede usarlas para pagar gastos que haya tenido durante los primeros cuatro meses del año del plan.

Recursos adicionales

Si desea obtener ayuda adicional, llame al servicio de atención al cliente para hablar sobre sus opciones con un representante. Los miembros del plan Blue Open Access HSA pueden visitar healthequity.com/ed/hsalearn y hacer clic en "Tools & Forms" (Herramientas y formularios) para acceder a una calculadora de HSA que puede ayudarle a determinar cuánto contribuir a una HSA. Los miembros del plan Kaiser HSA pueden visitar www.visualcalc.com/products/kphsacontrib.html para usar una calculadora de HSA.



Ejemplos de cómo funcionará su plan HSA

Cobertura individual

- El límite de la HSA del año natural 2024 es de \$4,150.
- El condado de DeKalb hace una contribución de \$750 en dos pagos (\$375 en julio de 2024 y \$375 en enero de 2025).

Actualmente, Sarah hace una contribución de \$200 por cheque de sueldo a su HSA.

Las contribuciones que recibió en su HSA de enero a junio de 2024 fueron \$375 (contribución del condado de DeKalb) + \$2,400 (contribución de Sarah) = \$2,775.

Con la cantidad máxima de \$4,150 del año 2024 y el primer pago de la contribución de \$375 que hace el condado de DeKalb, ella puede hacer una contribución de \$83.33 por periodo de pago desde julio de 2024 hasta junio de 2025 para llegar al límite de su HSA. Sarah puede aprovechar el límite de 2024 a partir de julio de 2024.

Observe que ella tendrá la misma contribución bisemanal de \$83.33 durante la primera mitad del año 2025, al igual que en la segunda mitad del año 2024, ya que no puede cambiar su elección fuera del período de la inscripción abierta.

Cobertura familiar

- El límite de la HSA del año natural 2024 es \$8,300.
- El condado de DeKalb hace una contribución de \$1,500 en dos pagos (\$750 en julio de 2024 y \$750 en enero de 2025).

Actualmente, John hace una contribución de \$300 por cheque de sueldo a su HSA.

Las contribuciones que recibió en su HSA de enero a junio de 2024 fueron \$750 (contribución del condado de DeKalb) + \$3,600 (contribución de John) = \$4,350.

Con la cantidad máxima de \$8,300 del año 2024 y el primer pago de la contribución de \$750 que hace el condado de DeKalb, él puede hacer una contribución de \$266.67 por período de pago desde julio de 2024 hasta junio de 2025 para llegar al límite de su HSA. Él puede aprovechar el límite de 2024 a partir de julio de 2024.

Observe que él tendrá la misma contribución bisemanal de \$266.67 durante la primera mitad del año 2025, al igual que en la segunda mitad del año 2024, ya que no puede cambiar su elección fuera del período de la inscripción abierta.

Nota: Estos ejemplos se basan en los empleados que continúan con las mismas elecciones que hicieron durante todo el año del plan. Cualquier cambio afectará la cantidad de dinero total que contribuyó en lo que respecta a los límites de HSA del año natural. Si un empleado cambia de una cobertura individual a una familiar que entra en vigencia el 1 de julio de 2024, él o ella usará \$8,300 para calcular el límite. Consulte el ejemplo de cobertura de grupo familiar arriba para calcular el límite.



Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)



Las FSA le permiten apartar dinero antes de la deducción de impuestos de su cheque de sueldo para ayudar a pagar gastos calificados. Debido a las ventajas tributarias, el IRS limita la cantidad que usted puede contribuir. En 2024, la cantidad máxima de contribución que puede hacer a la FSA para Atención Médica es de \$3,200, y la cantidad máxima de contribución que puede hacer a la FSA para Cuidado de Dependientes es de \$5,000. **Debe inscribirse activamente en la cobertura para 2024/2025 incluso si ya hace contribuciones a una cuenta.**

Las FSA, administradas por HealthEquity, le permiten apartar dinero para gastos importantes y le ayudan a reducir sus impuestos sobre la renta al mismo tiempo. El condado de DeKalb ofrece una FSA para Atención Médica y una FSA para Cuidado de Dependientes. Estas cuentas le permiten apartar dinero antes de la deducción de impuestos para pagar ciertos gastos de atención médica de su bolsillo o gastos de atención de dependientes.

- Reembolso de atención médica: \$3,200 cantidad máxima anual.
- Reembolso de cuidado de dependientes: \$5,000 cantidad máxima anual (\$2,500 si está casado y declaran impuestos por separado).
- Cubre copagos (solo FSA para Atención Médica), deducibles (solo FSA para Atención Médica), gastos de ortodoncia (solo FSA para Atención Médica), cuidados diurnos (solo FSA para Cuidado de Dependientes), guardería o jardín de niños (solo FSA para Cuidado de Dependientes), cuidado de adultos mayores (solo FSA para Cuidado de Dependientes), entre otros.
- Consulte las publicaciones [502](#) y [503](#) del IRS para obtener una lista completa de gastos cubiertos.



Si está inscrito en el plan Blue Open Access HSA o en el plan Kaiser HSA y hace contribuciones a una cuenta HSA, no puede hacer contribuciones a una FSA para Atención Médica con Fines Generales. En estas situaciones, su única opción es hacer contribuciones a una FSA para fines limitados. El motivo es que las reglas del IRS establecen que usted no puede tener una HSA y una FSA para Atención Médica con Fines Generales, ya que en las dos cuentas se usan los fondos para pagar gastos médicos. Una FSA para fines limitados le permite continuar haciendo contribuciones a una HSA. Usted maximiza sus ahorros y beneficios tributarios al restringir su reembolso de FSA a gastos de atención dental y de la vista únicamente. Si desea obtener más información, consulte la página 9, comuníquese con un representante del servicio telefónico de atención al cliente o con HealthEquity.

Use los fondos o los perderá

Recuerde calcular sus gastos cuidadosamente cuando haga sus elecciones de la Cuenta de Gastos Flexibles. Las regulaciones del IRS exigen que usted renuncie al dinero que queda en su cuenta después de la fecha de presentación de las reclamaciones. Esto se conoce como la disposición de que si no se usa el dinero, se pierde.

Dado que nuestros beneficios abarcan dos años naturales, el condado de DeKalb ha incorporado un período de gracia en nuestra FSA. Esto significa que usted puede incurrir en gastos adicionales hasta el 15 de septiembre de 2025. Si utiliza su tarjeta durante este período de gracia, primero debe retirar esos fondos. Si tiene que presentar una reclamación impresa para obtener el reembolso, debe enviarla a WageWorks hasta el 28 de septiembre de 2025.

Nota: Si su salario es de \$150,000 o más para el año del plan 2024/2025, puede hacer contribuciones de hasta \$3,850 a la FSA de Cuidado de Dependientes.

HSA vs. FSA: ¿Cuál es la mejor opción para usted?

La Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) y la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) son dos maneras que usted tiene para apartar dinero antes de la deducción de impuestos de su cheque de sueldo y utilizarlo para pagar gastos médicos calificados. La diferencia más notable entre estos dos tipos de cuentas es de qué manera y cuándo puede usar este dinero. Una HSA es una cuenta de ahorros mientras que una FSA es una cuenta de gastos.

- La FSA tiene una característica de que si no utiliza los fondos, los pierde: debe usar el dinero que contribuya de su cheque de sueldo para pagar gastos médicos hasta el 30 de junio de cada año.
- La HSA es una manera de ahorrar año tras año: puede ahorrar su dinero y usarlo ahora o ahorrarlo para pagar gastos médicos en el futuro. El dinero siempre le pertenecerá. Usted debe estar inscrito en el plan Blue Open Access HSA o en el plan Kaiser HSA para abrir una HSA.

Si es miembro del plan Blue Open Access HSA o del plan Kaiser HSA y hace contribuciones a una HSA, por lo general no puede hacer contribuciones a una FSA para Atención Médica.



Cobertura dental y de la vista

Su salud dental y de la vista son otros componentes importantes de su bienestar general. El condado de DeKalb ofrece opciones de cobertura dental y de la vista asequibles y de gran calidad.

Beneficios dentales

El condado de DeKalb ofrece una selección de planes dentales que cubren chequeos de rutina y servicios adicionales necesarios para su salud dental. Para buscar un proveedor de United Concordia en su área, visite www.unitedconcordia.com.

Descripción general de beneficios	Opción de cobertura alta (High)	Opción de cobertura baja (Low)
Máximo anual	\$2,000	\$1,000
Deducible anual¹ – Individual / familiar por persona	\$50 / \$150	\$50 / \$150
Cuidado preventivo / diagnóstico	100 %	100 %
Procedimientos básicos	80 %	75 %
Procedimientos mayores	60 %	50 %
Ortodoncia (todos los participantes del plan)		
Deducible	\$0	N/A
Coseguro	50 %	N/A
Máximo de por vida	\$3,000	N/A

¹ No se aplica el deducible a los servicios preventivos.

EyeMed Freedom Pass

Escoja los armazones para anteojos disponibles – cualquier marca y precio – y gaste \$0 de su bolsillo si los compra en Sears Optical o Target con el:

CÓDIGO DE OFERTA: 755288

Beneficios de la vista

Como parte de mantener su salud general, los exámenes rutinarios de los ojos deben programarse en forma regular. El dinero que paga es proporcional al excelente servicio que recibe de su beneficio de EyeMed cuando acude a un proveedor dentro de la red. Para buscar un proveedor de EyeMed en su área, visite www.eyemedvisioncare.com.

Descripción general de beneficios	Opción de cobertura alta (High)		Opción de cobertura baja (Low)	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes (cada 12 meses)	Copago de \$15	Hasta \$35	Copago de \$20	Hasta \$35
Opciones de exámenes²				
Adaptación de lentes de contacto estándar y seguimiento	100 %	Hasta \$40	100 %	Hasta \$40
Adaptación de lentes de contacto premium y seguimiento	Descuento del 10 % del precio minorista, hasta \$40	Hasta \$40	Descuento del 10 % del precio minorista, hasta \$40	Hasta \$40
Armazones para anteojos (cada 12 meses)	Copago de \$15, hasta \$150 + 20 % de descuento sobre el saldo restante si se superan los \$150 asignados	Hasta \$75	Copago de \$20, hasta \$130 + 20 % de descuento sobre el saldo restante si se superan los \$130 asignados	Hasta \$65
Lentes de plástico estándar (cada 12 meses)				
Monofocales	Copago de \$15	Hasta \$40	Copago de \$20	Hasta \$40
Bifocales	Copago de \$15	Hasta \$60	Copago de \$20	Hasta \$60
Trifocales	Copago de \$15	Hasta \$80	Copago de \$20	Hasta \$80
Lentes de contacto (cada 12 meses)³				
Convencionales	Asignación de \$170	Hasta \$150	Asignación de \$125	Hasta \$125
Desechables	Asignación de \$170	Hasta \$150	Asignación de \$125	Hasta \$125
Médicamente necesario	Pago total	Hasta \$210	Pago total	Hasta \$210

² Adaptación de lentes estándar: lentes de contacto esféricos transparentes en caso de reemplazo previsto o por desgaste convencional. Adaptación de lentes premium: todos los diseños, materiales y adaptación especiales de lentes que no sean lentes de contacto estándar.

³ La asignación para lentes de contacto cubre solamente los materiales.

Más cobertura con los beneficios suplementarios de Aflac

Además de la protección que proporciona el plan médico, puede inscribirse en los beneficios médicos suplementarios para obtener cobertura adicional y más tranquilidad. Nos asociamos con Aflac para ofrecer estos beneficios voluntarios, que pagarán beneficios en efectivo si ocurren las enfermedades o lesiones cubiertas, o en caso de fallecimiento. Según el nivel de protección adicional que elija, puede inscribirse en uno, dos, o todos estos beneficios.

Seguro por enfermedad grave*

El seguro por enfermedad grave le paga una suma global si le diagnostican una enfermedad grave cubierta, no tiene que quedar incapacitado ni tener una enfermedad terminal. El pago se suma a los beneficios que usted pueda ser elegible para recibir de otra cobertura de seguro.

Estas son algunas de las características de la cobertura:

- Puede elegir una cobertura equivalente a \$10,000, \$20,000 o \$30,000.
- Los beneficios se le pagan directamente a usted (a menos que se asigne algo diferente).
- Usted puede usar el dinero de la manera que escoja, como pagar gastos médicos de su bolsillo, un tratamiento que no está cubierto por su plan médico, traslado, cuotas de hipoteca o contratar ayuda doméstica.
- Puede incluir en la cobertura a su cónyuge o pareja de hecho por una cantidad equivalente al 50 % del monto de su cobertura.
- Si tiene hijos, cada hijo dependiente elegible está cubierto en forma automática por una cantidad equivalente al 50 % del monto de su cobertura; esta cobertura se proporciona sin costo adicional. La cobertura para los hijos finaliza cuando se pagan por completo los beneficios de la última persona adulta asegurada.
- No se harán preguntas de salud ni exámenes físicos para comprar la cobertura.
- El costo de la cobertura se paga mediante deducciones de nómina.

¿Cómo funciona el seguro por enfermedad grave?

Si le diagnostican una enfermedad que está cubierta, recibirá un pago por una suma global para esa enfermedad, entre las que se incluyen:

- Ataque cardíaco (infarto de miocardio)
- Insuficiencia renal terminal
- Cáncer
- Trasplante de órganos principales
- Accidente cerebrovascular

Para obtener más información sobre este plan, visite Aflac en www.aflacgroupinsurance.com o llame al 800-433-3036.

Beneficios adicionales

Si se inscribe en un seguro por enfermedad grave, automáticamente contará con las coberturas que se describen a continuación:

- **Beneficio por la aparición de una enfermedad adicional:** si cobra todos los beneficios por una enfermedad grave y posteriormente le diagnostican una de las otras enfermedades cubiertas, recibirá todos los beneficios por segunda vez por la enfermedad adicional, siempre que haya un intervalo de seis meses entre las fechas de diagnóstico de las enfermedades y la nueva enfermedad grave no haya sido causada por (o se derive de) una enfermedad grave anterior por la que ya se han pagado beneficios.
- **Beneficio por recaída:** si cobra todos los beneficios por una afección cubierta y posteriormente le diagnostican la misma afección, recibirá otro beneficio completo, siempre que haya un intervalo de al menos 12 meses entre las fechas de diagnóstico, o bien –en el caso del cáncer– siempre que la recaída ocurra después de 12 meses de no recibir tratamiento.
- **Beneficios de exámenes de salud:** usted y su cónyuge o pareja de hecho recibirán hasta \$50 por año para hacerse pruebas de detección cubiertas, como una mamografía, una colonoscopia o una prueba de Papanicolaou.

Aflac cubre las pruebas de detección de COVID-19 como una reclamación elegible de examen de detección médico. Seleccione "Examen biométrico" como el examen que se realizó cuando complete el formulario de reclamación.

* La cancelación de la cobertura de cualquier producto de Aflac requiere que se complete el formulario de solicitud de servicio de Aflac www.aflacgroupinsurance.com/docs/customer-service/servicerequest_aflac.pdf. Asegúrese de completar su información en la parte superior, seguido de la sección 6 (cancelación/cambio de cobertura).

Seguro por accidente*

El seguro por accidente le paga beneficios cuando se lesiona a causa de un accidente cubierto. En el caso de las lesiones y accidentes, el plan cubre una amplia variedad de servicios, como:

- beneficio por desmembramiento;
- beneficios de transporte y alojamiento;
- beneficio de tratamiento en sala de emergencia;
- beneficio en unidad de rehabilitación y
- cobertura para ciertas afecciones graves, por ejemplo, coma y parálisis.

Usted tiene dos opciones al momento de elegir el seguro de accidentes: el plan de cobertura alta (High) o el plan de cobertura baja (Low). Los beneficios que reciba dependerán de sus tratamientos y lesiones; sin embargo, el plan High paga beneficios más altos que el plan Low. También puede elegir la cobertura para su cónyuge/pareja de hecho o hijos dependientes.

Estas son algunas de las características de la cobertura:

- Los beneficios se le pagan directamente a usted (a menos que se asigne algo diferente).
- Usted puede usar el dinero de la manera que escoja, como pagar gastos médicos de su bolsillo.
- Los beneficios se pagan para las lesiones o accidentes cubiertos que ocurran en el trabajo o fuera de él.
- No se harán preguntas de salud ni exámenes físicos para comprar la cobertura.
- El costo de la cobertura se paga mediante deducciones de nómina.

Aflac cubre la vacuna contra el COVID-19 como un beneficio de bienestar. Seleccione "vacunación" cuando complete el formulario de reclamaciones.

* La cancelación de la cobertura de cualquier producto de Aflac requiere que se complete el formulario de solicitud de servicio de Aflac www.aflacgroupinsurance.com/docs/customer-service/servicerequest_aflac.pdf. Asegúrese de completar su información en la parte superior, seguido de la sección 6 (cancelación/cambio de cobertura).

¿Cómo funciona el seguro por accidente?

El seguro por accidente paga un beneficio, independientemente de los demás beneficios que reciba de otros programas de seguros. La cantidad del beneficio se basa en el plan que usted elija, el tratamiento y los servicios que reciba o el tipo de lesión cubierta. Puede recibir beneficios para un traslado en ambulancia, el uso de la sala de emergencias, una cirugía, anestesia, suturas (puntos) y yesos.

A continuación, se incluyen los beneficios más comunes que paga el seguro por accidente. Si desea obtener información adicional sobre este plan, consulte los folletos de Aflac, visite Aflac en www.aflacgroupinsurance.com o llame al 800-433-3036.

	Plan de cobertura alta (High)	Plan de cobertura baja (Low)
Ingreso en hospital (una vez por año natural)	\$1,000	\$750
Fisioterapia (hasta seis tratamientos de fisioterapia recetados por un médico por accidente cubierto)	\$50	\$35
Consulta de seguimiento después del accidente (hasta seis tratamientos [uno por día] por accidente cubierto)	\$50	\$50
Tratamiento en sala de emergencia (solamente una vez por período de 24 horas y solo una vez por accidente cubierto)	\$200	\$125
Luxación	Hasta \$3,000	Hasta \$2,500
Fractura	Hasta \$4,000	Hasta \$3,000

Nota: La persona asegurada debe haber recibido un tratamiento inicial en un plazo de 72 horas de transcurrido el accidente.



Opciones de cobertura adicionales

Su familia depende de sus ingresos para llevar su estilo de vida hoy y en el futuro. Es por eso que el condado de DeKalb ofrece seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y seguro por incapacidad, de modo que pueda estar preparado si ocurre lo peor.

El condado de DeKalb ofrece una cartera completa de seguro de vida administrada por The Hartford.

Seguro básico de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

El condado de DeKalb cubre el costo total del seguro básico de vida y AD&D descrito a continuación. No tiene que hacer nada para recibir esta cobertura.

Seguro de vida: el beneficio equivale a 2.25 veces (1.125 veces para los empleados de tiempo parcial que trabajan entre 20 y 39 horas semanales) sus ingresos básicos anuales, redondeados al millar superior, sujetos a un máximo de \$250,000 (\$125,000 para los empleados de tiempo parcial).

Muerte accidental y desmembramiento (AD&D): si se lesiona gravemente o pierde la vida en un accidente, será elegible para un beneficio que equivale al seguro básico de vida. Usted está inscrito automáticamente en este plan.

Seguro de vida para dependientes: beneficio fijo de \$5,000. Este beneficio lo paga el condado de DeKalb, y usted está automáticamente inscrito en este plan.

Seguro suplementario de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

La tarifa del seguro suplementario de vida y AD&D depende de su edad. Consulte la página 22 para conocer su tarifa específica.

• Empleado:

- **Seguro suplementario de vida:** una, dos, tres o cuatro veces sus ganancias básicas anuales (redondeadas al millar superior) hasta un beneficio máximo de \$1,000,000 (\$500,000 para los empleados de tiempo parcial). La emisión garantizada es tres veces sus ingresos anuales hasta un máximo de \$100,000. Las cantidades superiores a la emisión garantizada requerirán que se haga pruebas médicas o conteste un cuestionario médico.

- **Seguro suplementario de AD&D:** la cantidad del beneficio equivaldrá a su cobertura de vida suplementaria. Usted está inscrito automáticamente en este plan si se inscribe en el seguro de vida suplementario.

• Cónyuge:

- **Seguro suplementario de vida y AD&D:** incrementos de \$10,000 del beneficio de seguro suplementario de vida; un beneficio máximo de \$100,000. Emisión garantizada de \$20,000. Las cantidades superiores a la emisión garantizada requerirán que se haga pruebas médicas o conteste un cuestionario médico.

• Hijo(s):

- **Seguro de vida y AD&D para dependientes:** también puede comprar el seguro suplementario de vida para sus hijos dependientes. Todas las cantidades son emisión garantizada durante la inscripción inicial y no requieren una Evidencia de Asegurabilidad (EOI); beneficio fijo de \$5,000.

Nota: Si NO eligió una cobertura suplementaria de vida y AD&D (empleado o cónyuge/pareja de hecho) durante la inscripción pasada y ahora quiere participar, se le exigirá que presente una EOI.

Seguro de vida universal con atención a largo plazo (LTC)

El seguro de vida universal con atención a largo plazo (LTC) que proporciona Transamerica, ayuda a pagar los gastos de su atención si le diagnostican una afección debilitante. También proporciona protección si necesita acceder a un préstamo, o para la cobertura de seguro de vida para sus dependientes. La cobertura está disponible para usted, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos.

Nota: Tendrá la oportunidad para inscribirse en la cobertura LTC en octubre. Esté pendiente para recibir información adicional antes del próximo período de inscripción.

Seguro por incapacidad*

A continuación, se brinda una descripción general del plan de incapacidad a corto plazo del condado de DeKalb administrado por Aflac. Este plan ofrece una sustitución del ingreso si sufre una incapacidad. Este es otro nivel importante de protección para su seguridad financiera a largo plazo.

Incapacidad a corto plazo (STD)

Tiene la opción de inscribirse en un plan STD de grupo. Puede ayudar a brindarle tranquilidad si ocurre una enfermedad o lesión inesperadas (debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo). Proporciona beneficios mensuales en efectivo para ayudarle a reemplazar su ingreso si no puede trabajar. Los beneficios comienzan el primer día después del período de eliminación (espera), cuando la incapacidad es total y no puede trabajar. Se aplica una limitación por afecciones médicas preexistentes.¹

- La sustitución máxima de ingreso es el 20 %, el 40 % o el 60 % del salario básico anual (opción de nivel de empleado). La emisión garantizada está disponible en beneficios mensuales de hasta \$4,000. La cantidad mínima del beneficio es \$300. El beneficio máximo es la cantidad de beneficio que coincide con la sustitución de ingresos elegida, sin superar los \$6,000 en beneficios mensuales. Si se escogen las cantidades del beneficio que están entre \$4,000 y \$6,000 por mes, será necesario hacer preguntas de salud.
- **Se debe consultar a un médico en un plazo de 72 horas de haber tenido la lesión o la enfermedad para que se apruebe una reclamación.**
- Elección del período de beneficios: 12 o 24 meses
- Período de eliminación: 30 días
- El embarazo se cubre como cualquier otra enfermedad siempre que cumpla con la definición de incapacidad total.

IMPORTANTE: Si elige un plan STD y si recibe un aumento de salario, eso no aumentará automáticamente su cobertura. Debe seguir estos pasos:

1. Comuníquese con el equipo de beneficios para empleados para informarles que le gustaría aumentar la cantidad de su STD porque ha recibido un aumento de salario.
2. El equipo de beneficios para empleados le informará cuándo iniciar sesión en el sistema y completar el aumento en la cantidad de STD.
3. Asegúrese de enviar el formulario al finalizar, de lo contrario el aumento en la cantidad de STD no entrará en vigor.

La cobertura de Aflac descrita aquí está sujeta a las limitaciones, exclusiones, definiciones y cláusulas del plan. Si desea obtener información detallada, consulte los folletos de los planes, ya que este documento tiene como fin proporcionar resúmenes generales de la cobertura. Estas descripciones generales están sujetas a los términos, las condiciones y las limitaciones de los planes.

El seguro por accidente, enfermedad grave e incapacidad a corto plazo está cubierto por Continental American Insurance Company (CAIC), una compañía que forma parte de la familia Aflac. CAIC no tiene la certificación para ofrecer sus servicios en Nueva York, Guam, Puerto Rico o Virgin Islands.

AGC07786 IV(3/15)



* La cancelación de la cobertura de cualquier producto de Aflac requiere que se complete el formulario de solicitud de servicio de Aflac www.aflacgroupinsurance.com/docs/customer-service/servicerequest_aflac.pdf. Asegúrese de completar su información en la parte superior, seguido de la sección 6 (cancelación/cambio de cobertura).

¹ Este plan no paga beneficios por una incapacidad que comience 12 meses después de su fecha de entrada en vigencia y que se origine por una afección médica preexistente. Usted tiene una afección médica preexistente si ha recibido tratamiento médico, consultas, atención o servicios, incluidas medidas de diagnóstico, o si tomó medicamentos recetados en un plazo de 12 meses antes de que su cobertura haya entrado en vigencia. Se otorgará un crédito a los titulares actuales de certificados de incapacidad a corto plazo.

Tarjeta de transporte público financiada mediante la nómina

La tarjeta de transporte público financiada mediante la nómina es un beneficio antes de la deducción de impuestos que se usa para pagar el transporte público como parte de su traslado diario al trabajo. Al usar este beneficio, puede guardar dinero extra cada mes y hacer que el traslado a su trabajo sea más conveniente y accesible.

Primero se deducen los costos de su beneficio de transporte y luego usted paga impuestos por el resto. ¡Esto significa que usted no paga impuestos sobre el dinero que utiliza para pagar gastos de transporte calificados!

Puede hacer contribuciones de hasta \$315 por mes a su tarjeta de transporte público. Podrá usar el dinero de su tarjeta para pagar gastos de transporte público, como el autobús, el metro o

el tren que utiliza para viajar al trabajo, además de los pases de transporte público como:

- un pase;
- un token;
- una tarjeta de transporte urbano;
- un cupón; o
- un artículo similar que autorice a una persona a trasladarse en servicios de transporte masivo o proporcionados por una persona que transporta gente por un salario o contrato en un vehículo con capacidad para al menos seis (6) personas adultas, sin incluir al conductor.



Seguro legal de ARAG®

El seguro legal de ARAG puede ayudarle a abordar situaciones de la vida diaria, como los boletos de transporte o la compra de una casa. Por tan solo **\$12.00 al mes para UltimateAdvisor Base** o **\$20.50 al mes para UltimateAdvisor Plus™**, puede inscribirse en cualquier plan y tener acceso a una red nacional de abogados que pueden ofrecer asesoría, revisar documentos o representarle, en caso de ser necesario. Además, cuando trabaja con un abogado de la red, usted no tiene que pagar sus honorarios para la mayoría de los asuntos cubiertos.

Enfrente los problemas legales de la vida con más confianza

Cuando se encuentra ante situaciones de la vida que pueden generar problemas legales o financieros, puede contar con una amplia variedad de beneficios y servicios para protegerle y resolver lo siguiente:

- problemas de protección del consumidor y contra el fraude;
- planificación de testamentos y herencias;
- asuntos de bienes raíces;
- derecho familiar;
- reclamaciones de daños civiles (defensa);
- asuntos penales;
- asuntos de deudas;
- conflicto con un arrendador;
- beneficios gubernamentales;
- corte de reclamos menores;
- problemas de impuestos;
- asuntos de tráfico; y
- servicios por robo de identidad.

Para obtener información completa sobre la cobertura de los planes, llame al **800-247-4184** para hablar con un especialista de atención al cliente de ARAG o visite ARAGLegalCenter.com.

¿Quiere aumentar la protección con una cobertura mayor?

Con el seguro legal UltimateAdvisor Plus™, no solo recibe todos los beneficios que ofrece UltimateAdvisor, sino que también puede contar con beneficios adicionales, más protección legal y más cobertura integral, como:

- asuntos relacionados con la pensión alimenticia, la manutención o la custodia de un hijo;
- otros servicios legales en la oficina (para asuntos que no están excluidos, pero que no tienen cobertura);
- protección contra el robo de identidad que ofrece monitoreo del crédito, seguro de \$1 millón por robo de identidad y más;*
- servicios de asesoría y educación financiera, que ofrecen acceso a un asesor de crédito, un plan de administración de deuda, herramientas y calculadoras en línea y más;
- servicios de cuidador, con acceso a servicios de abogados de la red, expertos en cuidado de adultos mayores y recursos en línea; y
- servicios fiscales que brindan acceso a un especialista en impuestos profesional que puede brindar orientación sobre la presentación de impuestos, asesoría sobre las notificaciones y auditorías del IRS, explicación sobre cambios en las leyes tributarias y preparación de declaraciones de impuestos.**

* La elegibilidad, la cobertura, las limitaciones y las exclusiones se rigen por un documento de cobertura independiente. Consulte el resumen del plan sobre el robo de identidad para obtener información detallada.

** Cada preparación de impuestos (federal o estatal) tiene un costo de \$50. La preparación de impuestos se limita a las declaraciones que incluyen los formularios 1040, 1040A o 1040EZ, incluido el Anexo A (Deducciones detalladas), Anexo B (Intereses y dividendos ordinarios) y Anexo D (Ganancias o pérdidas patrimoniales). Las declaraciones que tengan anexos adicionales se prepararán y facturarán a una tarifa de \$60 por hora.

¿Cuánto puede ahorrar?

Problemas legales comunes	Tarifas sin ARAG ¹	Tarifas con ARAG ²
Problemas en el cobro de deudas	\$2,443	\$0
Conflicto con un vecino	\$2,870	\$0
Compra/venta de una casa	\$2,253	\$0
Redacción de testamento	\$1,546	\$0

¹ El costo promedio para un empleado sin seguro legal se basa en la cantidad promedio de horas de abogado para las reclamaciones de ARAG que se hicieron en 2017 o 2018 y se pagaron el 31 de diciembre de 2019, multiplicado por \$368 por hora. \$368 es la tarifa promedio por hora de un abogado de EE. UU. que tenga de 11 a 15 años de experiencia según *The Survey of Law Firm Economics: 2018 Edition, The National Law Journal y ALM Legal Intelligence*, octubre de 2018.

² Los honorarios de los abogados están cubiertos al 100% cuando se consulta a un abogado de la red de ARAG para la mayoría de los asuntos cubiertos.

©ARAG North America, Inc.

Sus primas de los empleados de 2024/2025

Planes médicos Primas bisemanales de 2024/2025			
	Empleado solamente	Empleado + 1 dependiente	Empleado + familia
Opciones de planes médicos Blue Open Access			
Blue Open Access POS	\$81.06	\$209.96	\$251.30
Blue Open Access HMO	\$98.44	\$254.96	\$305.16
Blue Open Access HSA	\$30.26	\$78.37	\$93.79
Opciones de Kaiser Permanente			
Kaiser HMO	\$64.32	\$166.65	\$199.12
Kaiser HSA	\$25.38	\$65.64	\$78.43

Planes dentales Primas bisemanales de 2024/2025	Opción de cobertura alta (High)			Opción de cobertura baja (Low)		
	Empleado solamente	Empleado + 1 dependiente	Empleado + familia	Empleado solamente	Empleado + 1 dependiente	Empleado + familia
United Concordia Dental	\$4.90	\$9.79	\$14.68	\$3.50	\$6.82	\$8.75

Planes de la vista Primas bisemanales de 2024/2025	Opción de cobertura alta (High)			Opción de cobertura baja (Low)		
	Empleado solamente	Empleado + 1 dependiente	Empleado + familia	Empleado solamente	Empleado + 1 dependiente	Empleado + familia
EyeMed Vision	\$2.63	\$5.00	\$7.34	\$1.63	\$3.09	\$4.54

Seguro suplementario de vida y de muerte accidental y AD&D para empleado/cónyuge/pareja de hecho	
Edad (la tarifa cambia el día de su cumpleaños)	Tarifas mensuales por cada \$1,000 de cobertura para 2024/2025
Menos de 30	\$.10
30 - 34	\$.11
35 - 39	\$.14
40 - 44	\$.17
45 - 49	\$.22
50 - 54	\$.35
55 - 59	\$.62
60 - 64	\$.78
65 - 69	\$ 1.44
Más de 70	\$ 2.29

Glosario

A continuación se incluye una lista de los términos más importantes que se usaron en esta guía.

Coinsurance (coseguro): después de que usted alcance su deducible, el plan comenzará a pagar un coseguro para gastos médicos. El coseguro es la parte de los costos de un servicio cubierto que le corresponde a usted. Se calcula como un porcentaje de los gastos médicos por el servicio.

Copay (copago): tarifa fija predeterminada que una persona paga por servicios de atención médica, además de lo que cubre el seguro.

Covered Dependents (dependientes cubiertos): sus dependientes elegibles a quienes ha inscrito en la cobertura con una o más de las opciones de planes del condado de DeKalb.

Generic Drug (medicamento genérico): un medicamento que es equivalente farmacéutico y bioequivalente de otro medicamento que habitualmente los profesionales farmacéuticos reconocen por la marca comercial. Un medicamento es equivalente farmacéutico de otro si contiene las cantidades del mismo principio activo en la misma formulación. Un medicamento es bioequivalente a otro si tiene biodisponibilidad demostrada y comparable cuando se somete a pruebas en condiciones similares.

HMO (Health Maintenance Organization) (organización de mantenimiento de la salud, HMO): representa a los planes de seguro prepagados en los que las personas o sus patrones pagan una tarifa mensual fija por los servicios en lugar de un cargo separado por cada consulta o servicio. Las tarifas mensuales permanecen iguales, independientemente de los tipos o niveles de servicios que se proporcionen. Los servicios los brindan médicos que son empleados de la HMO o tienen un contrato con esta organización. Las HMO varían en su diseño. Según el tipo de HMO, los servicios pueden brindarse en un centro o en el consultorio del médico.

HSA (Health Savings Account) (Cuenta de Ahorros de Salud, HSA): combina el seguro de salud con deducible alto con una cuenta de ahorros que incluye beneficios fiscales. El dinero que se encuentra en la cuenta de ahorros puede ayudar a pagar el deducible. Una vez que se alcanza el deducible, el seguro comienza a pagar. El dinero que quede en la cuenta de ahorros genera intereses y lo puede conservar.

In-Network (dentro de la red): proveedores o centros de atención médica que son parte de la red de proveedores del plan de salud y con el que han negociado un descuento. Las personas aseguradas por lo general pagan menos cuando acuden a un proveedor dentro de la red.

Out-of-Network (fuera de la red): médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que no se consideran participantes en un plan de seguro. Según el plan que escoja, es posible que los gastos por los servicios que proporcionen profesionales fuera de la red no estén cubiertos o estén cubiertos solo en parte por el seguro.

Plan Year Deductible (deducible del año del plan): cantidad de gastos cubiertos que usted paga antes de que el plan comience a pagar la mayoría de los beneficios médicos. (Los servicios preventivos están cubiertos al 100 %). Una vez que alcanza el deducible, usted y el condado de DeKalb comparten el costo de los gastos médicos, lo que también se conoce como coseguro.

Plan Year Out-of-Pocket Maximum (máximo de bolsillo del año del plan): es la cantidad máxima que usted y sus dependientes cubiertos tienen que pagar cada año del plan por sus gastos cubiertos antes de que el plan pague el 100 % de los gastos cubiertos. El máximo de bolsillo del año del plan incluye los deducibles, copagos o coseguros.

POS (Point of Service) (punto de servicio): como miembro de un plan POS, quizás deba elegir un médico de atención primaria que luego hará derivaciones a especialistas en la red de proveedores preferidos de la empresa de seguro médico. La atención que presten los proveedores que no son de la red por lo general tendrá un mayor costo de su bolsillo y puede no estar cubierta en su totalidad.

Contactos y recursos

A continuación, se incluye una lista de los contactos y recursos para ayudarle a responder las preguntas que pueda tener ahora y durante el año.

Tipo de beneficio	Con quién comunicarse	Teléfono	Sitio web/Correo electrónico
Información general sobre los beneficios de los empleados	Daphne Horton	404-371-4972	dhorton@dekalbcountyga.gov
	Carolyn Johnson	404-371-4990	cajohnson1@dekalbcountyga.gov
	Princess Starr	404-371-2659	pmstarr@dekalbcountyga.gov
	Representantes de atención al cliente (durante la inscripción abierta, del 6 al 20 de mayo de 2024)	877-294-5605	N/A
Planes médicos			
Anthem	Anthem	HSA: 855-889-5682 HMO & POS: 855-397-9269	www.anthem.com
Kaiser Permanente	Kaiser Permanente	404-261-2590	http://my.kp.org/dekalbcounty
Medicamentos recetados			
CVS Caremark	CVS Caremark	888-766-8525 (servicio al cliente) 800-364-6331 (servicio de ayuda de la farmacia)	www.caremark.com
Planes dentales y de la vista			
Planes dentales	United Concordia	866-851-7564	www.unitedconcordia.com/dental-insurance
Planes de la vista	EyeMed	866-723-0514 ID del plan de la opción de cobertura alta (High): 9730599 ID del plan de la opción de cobertura baja (Low): 9730656	www.eyemedvisioncare.com
Otros beneficios			
Seguro legal	ARAG	800-247-4184	www.ARAGLegalCenter.com
Seguro por enfermedad grave/accidente/incapacidad a corto plazo	Aflac	800-433-3036	www.aflacgroupinsurance.com
Seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	The Hartford	800-523-2233 Servicio de atención al cliente para presentar reclamaciones: 888-563-1124 Número de póliza: 395165	www.thehartford.com
Seguro de vida universal con atención a largo plazo	Transamerica	888-763-7474	www.transamerica.com
Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)	Blue Open Access HSA: HealthEquity	877-713-7712	www.healthequity.com
	Kaiser HSA: Kaiser	877-761-3399	www.kp.org/healthpayment
Tarjeta de transporte público financiada mediante la nómina Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) (DCFSA) FSA para fines limitados	HealthEquity	866-242-3458 La referencia de la cuenta es el condado de DeKalb 63672	healthequity.com/wageworks

