



USD 265
Goddard
Public Schools



2025
Guía De
Beneficios
Para
Empleados



Bienvenido A Su Guía De Beneficios 2025

Carta A Los Empleados.....	1
Información Importante	
- Inscripción Abierta.....	2
- Acontecimientos Vitales Calificantes	2
- Quién Es Elegible	2
- Reforma Sanitaria	3
- Resumen De Beneficios Y Cobertura	3
- Descargo De Responsabilidad	3
Instrucciones Para La Inscripción En Línea.....	4
Consejos Para Ahorrar Dinero En Sanidad	5
Información Médica	
- Planes Médicos	6
- Servicios Preventivos	7
- Flexaccess	10
- Azul365	11
- Aliméntese Para Mejorar Su Salud.....	12
- Su Salud Nos Importa	13
- Reciba Atención 24 /7	14
- Bienvenido A Blueaccess	15
- Cuentas De Ahorro Sanitario	16
- Preguntas Y Respuestas Sobre El Ahorro Sanitario	17
- Plan Dental.....	18
Planes De Visión Voluntarios	19-20
Plan Cafetería	21-23
Seguro Voluntario De Vida Y AD&D	26
Planes Voluntarios De Incapacidad A Corto Plazo	27
Plan Voluntario De Enfermedad Crítica	30
Plan Voluntario De Accidentes	31
Plan De Asistencia Al Empleado	32-33
Plan De Jubilación 403(b).....	34
Folleto BAC.....	40
Avisos.....	41-49
Información De Contacto	50



El USD 265 Goddard ofrece una amplia gama de beneficios a sus empleados y a las personas a su cargo. Le animamos a que evalúe detenidamente sus necesidades y las de su familia antes de inscribirse o rechazar la participación en cualquiera de los planes de beneficios. Esta Guía de beneficios contiene una visión general de algunos elementos de los planes de beneficios para empleados que patrocinamos.

Esta Guía pretende ofrecer un resumen de las principales características de nuestro paquete de beneficios. Es mucho más breve y menos técnica que los documentos legales y los contratos que rigen nuestros beneficios. Hemos hecho todo lo posible para que esta información sea exacta; no obstante, en caso de discrepancia, regirán las disposiciones de los documentos legales del plan y los certificados de seguro. La información sobre nuestros beneficios también está disponible en nuestra página web de beneficios: <http://c2mb.aig.com/usd265goddard/home/>. Cada plan de beneficios puede ser modificado o rescindido a discreción exclusiva de USD 265 Goddard. Nada de lo contenido en esta guía de beneficios pretende garantizar el empleo de ningún empleado.

Si no se inscribe en la primera oportunidad, es posible que no pueda hacerlo hasta el siguiente periodo Anual de inscripción abierta. Dado que sus primas se pagan a través de un Plan De Cafetería de la Sección 125, no podrá finalizar la cobertura hasta el final del Año del plan, a menos que cese en su empleo o si tiene un evento familiar calificado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nuestro asesor de beneficios: Arthur J. Gallagher & Co. en el (316) 977-9779.

Noviembre De 2024

Estimados Empleados De Usd #265 Goddard:



Usted es una parte valiosa e integral del éxito continuado de nuestra escuela. Reconocemos la importancia de la seguridad financiera de su familia y nos esforzaremos continuamente por ofrecerle un paquete completo de beneficios.

Este folleto está diseñado para ofrecer una visión general de nuestros planes de beneficios. Los beneficios ofrecidas incluyen seguro médico, dental, oftalmológico, de vida voluntario y AD&D, incapacidad voluntaria a corto plazo, cuentas de gastos flexibles (médicos y de atención a dependientes), accidentes y enfermedades críticas y un programa de asistencia al empleado. Espero que este folleto le resulte útil y que participe en los beneficios en la mayor medida posible.

El distrito trabaja de nuevo con Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS). El distrito ha trabajado con nuestros asesores de beneficios en Gallagher junto con BCBSKS para manejar el aumento haciendo algunos ajustes al plan. Por favor, lea la parte de Opciones Médicas y Dentales del manual para más información.

En cuanto a las otras opciones de seguro, en la mayoría de los casos no hubo aumento de la prima este Año. Esto incluye las diversas pólizas de vida/accidentes a través de Mutual of Omaha.

Todas los beneficios ofrecidas son "a la carta" -- usted tiene la posibilidad de escoger los beneficios que mejor se adapten a sus necesidades y a las de su familia. Si tiene alguna pregunta sobre estos planes, póngase en contacto con Gallagher Benefit Services llamando al (316) 977-9779.

Atentamente,

Doug Maxwell

Doug Maxwell
Director Financiero

Si tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 Meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte las páginas 45 - 46 para obtener más detalles.

Información Importante

Inscripción Abierta

La Afiliación Abierta es la única ocasión al Año en la que puede iniciar, suspender o modificar sus elecciones de beneficios. Cualquier solicitud posterior a la Afiliación Abierta para cambiar sus elecciones de beneficios y quién está asegurado debe deberse a un Evento De Vida Calificado cubierto.

Inscripción Abierta En 2025

Del 21 De Octubre Al 4 De Noviembre De 2024



Eventos De Vida Calificados

Después de su fecha inicial de elegibilidad y fuera del periodo Anual de inscripción abierta, sólo podrá cambiar su elección de beneficios y dependientes cubiertos dentro de los 30 Días siguientes a un acontecimiento vital que cumpla los requisitos, incluido:

- Nacimiento o adopción de un Hijo a cargo;
- Matrimonio, separación legal, anulación o divorcio;
- Fallecimiento del Cónyuge y/o persona a cargo;
- Pérdida de derecho del dependiente;
- Cese o inicio del empleo del Cónyuge con cobertura sanitaria ofrecida o inscripción abierta;
- Elegibilidad del empleado o de su Cónyuge para Medicare



Debe notificarlo a Recursos Humanos en un plazo de 30 Días a partir de un acontecimiento que cumpla los requisitos para realizar cambios después de la fecha inicial de elegibilidad.

¿Quién Es Elegible ?

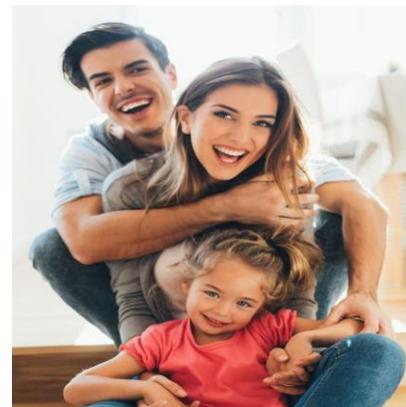
Empleado

Todos los empleados en activo y a tiempo completo que trabajen 30 horas o más a la Semana tienen derecho a inscribirse. Los empleados asignados y que trabajen entre 20 y 29 horas Semanales tienen derecho a inscribirse en todas las coberturas ofrecidas, a excepción del seguro médico y la cuenta de gastos sanitarios. Los nuevos empleados son elegibles el primer Día del Mes siguiente a los 30 Días.

Dependientes

Como empleado elegible para inscribirse en los planes de seguro colectivo, puede elegir ciertas opciones para sus dependientes. Los dependientes elegibles incluyen:

- Su Cónyuge legal;
- Su Hijo o Hijastro a cargo hasta los 26 Años para los planes médico, odontológico y oftalmológico;
- Cualquier niño que le haya sido dado en adopción o del que tenga la tutela legal;
- Cualquier Hijo soltero discapacitado de cualquier edad que resida con usted, que haya sido certificado médicamente como discapacitado antes de cumplir los 26 Años y que dependa principalmente de usted para su manutención;
- Cualquier Hijo que reúna los requisitos y para el que se exija cobertura sanitaria a través de una orden de manutención infantil médica calificada (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) u otra orden judicial o administrativa.



Información Importante

Reforma Sanitaria

Debido A La Reforma Sanitaria:

- El mandato individual entró en vigor el 01/01/2014
- Para el Año fiscal 2025, si no tiene cobertura ya no se le aplicará la tasa/penalización. Esto está sujeto a cambios si se aprueba una legislación diferente.

Intercambios De La Reforma Sanitaria:

- Si tiene derecho a beneficios en el USD 265 Goddard y adquiere cobertura a través de un Intercambio federal o estatal- usted y su familia no tendrán derecho a un subsidio a través del Intercambio.
- Los programas federales y estatales de Medicaid ofrecen cobertura médica a bajo coste o gratuita a personas y familias con ingresos limitados. Su elegibilidad dependerá de su estado, sus ingresos y el tamaño de su familia. Para más información, visite: www.healthcare.gov.

Resumen De Beneficios Y Cobertura

Como empleado, los beneficios sanitarios de que dispone representan un componente importante de su paquete retributivo. También proporcionan una protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesión. Elegir una opción de cobertura sanitaria es una decisión importante. Para ayudarle a elegir con conocimiento de causa, su plan pone a su disposición un Resumen de beneficios y cobertura (SBC), que resume la información importante sobre cualquier opción de cobertura sanitaria en un formato estándar, para ayudarle a comparar las opciones. El SBC está disponible en la web:



Descargo De Responsabilidad De Beneficios

Los beneficios que aparecen en esta guía son sólo un resumen de los beneficios y no incluyen todas las limitaciones, exclusiones, requisitos de autorización previa y condiciones de cobertura del plan. No todos los servicios están cubiertos por su plan de salud. Consulte la descripción resumida del plan de su plan, la póliza principal de la compañía de seguros o el certificado de seguro para obtener una descripción completa de los beneficios cubiertas.

Su plan de salud ha negociado descuentos en las tarifas con algunos proveedores sanitarios. Estos proveedores reciben varios nombres, como proveedores contratantes, proveedores preferentes, proveedores de la red o proveedores participantes. El precio con descuento de los proveedores contratantes se denomina "cantidad permitida". Cuando reciba atención sanitaria de proveedores contratantes, recibirá los beneficios más altos permitidos por su plan. Además, los proveedores contratantes se comprometen a no facturarle el importe del descuento. Es su responsabilidad verificar que sus proveedores son proveedores contratados por su plan de salud.

Los proveedores no concertados fijan sus propias tarifas y no ofrecen descuentos a su plan de salud. Sus tarifas suelen ser más altas, a veces mucho más altas, que la cantidad permitida por su plan de salud. Los proveedores no concertados también le exigirán que pague la diferencia entre sus honorarios y la cantidad permitida por el plan de salud. Esta diferencia puede ser sustancial y puede que no satisfaga sus deducibles, coseguros, copagos o límites de gastos de su bolsillo indicados en esta guía.

Si tiene preguntas sobre la contratación de proveedores o sus beneficios, póngase en contacto con su pagador de siniestros o más información.

Instrucciones De Registro En Línea

La Inscripción Abierta De 2025 Está Disponible Desde El 21 De Octubre Hasta El 4 De Noviembre De 2024.

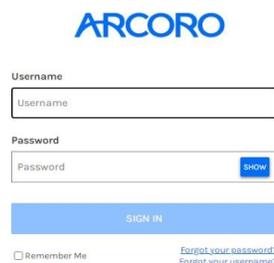
Sus Elecciones De Beneficios De 2024 Se Transferirán Automáticamente A 2025 **EXCEPTO** Cualquier Elección De Cuenta De Gastos Flexibles.

Si no inicia sesión y revisa sus beneficios en la inscripción abierta, sus elecciones seguirán siendo las mismas, EXCEPTO que su inscripción en la FSA será de \$0,00 para el Año del plan 2025.

1 Conectarse Al Sitio ARCORO/INFINITY HR

- Visite <https://identity.arcoro.com/Account/Login>
- Elija la casilla de la izquierda (Beneficios) y haga clic en la flecha.
- Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña.
- Si no lo recuerda, haga clic en "Olvidó su contraseña/nombre de usuario".

**Para acceder a este sistema debe tener una cuenta válida creada para usted y disponer de una dirección de correo electrónico válida en sus archivos.*



2 Página De Inicio

- Página de revisión.
- En Cambiar eventos, el desplegable debería decir "Inscripción abierta".
- Haga clic en "Comenzar evento".

CHANGE EVENTS

You have started, but not yet completed, the Event displayed in the dropdown box below. You must either complete or cancel this Event to access other Events.



3 Inscripción Completa

- Haga clic en las dos pantallas de autorización.
- Confirme la información para usted y después para su Cónyuge y/o Hijos.
- Pase por cada pantalla de beneficios haciendo clic en "GUARDAR Y CONTINUAR" una vez realizadas sus elecciones.

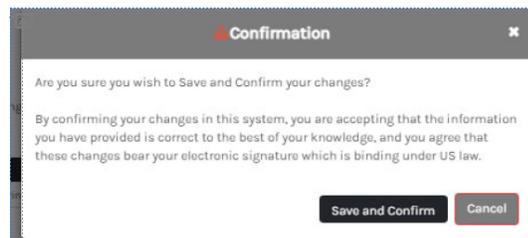
Statements	Start	End	View
Benefit Statement	09/01/2021	08/31/2022	

4 Introducir Beneficiarios

- Seleccione un Beneficiario Principal para cada prestación. Si necesita añadir un beneficiario, haga clic en "Añadir beneficiario" y complete la información. Puede añadir varios beneficiarios; sin embargo, el porcentaje total debe ser igual al 100%.
- Repítalo si decide introducir un Beneficiario Contingente. En caso contrario, deje "Primario" seleccionado e introduzca 0.
- Cuando haya terminado, haga clic en "Guardar y continuar".

5 Revisar Y Confirmar

- Revise la información en el Paso de Revisión. Si ha seleccionado una prestación que requiere una Prueba De Asegurabilidad (EOI), deberá imprimir, rellenar y devolver el formulario a RRHH.
- Pulse el botón "Guardar y continuar" para confirmar su inscripción. Aparecerá una ventana emergente preguntándole si está seguro.
- En la página siguiente, puede Imprimir la declaración de confirmación.
- Puede iniciar sesión y realizar cambios hasta el cierre de la Inscripción Abierta.



Consejos Para Ahorrar Dinero En Atención Sanitaria

Sea Inteligente - Si su empresa le ofrece dos o más planes médicos, infórmese de cuál será el gasto de su bolsillo en cada plan y cuánto le costará cada uno. A continuación, elija el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Podría estar tirando el dinero al elegir el plan médico equivocado.

Elija Lo Sano - Algunas empresas están animando a sus empleados a cuidarse más llevando una dieta más sana y haciendo ejercicio.



Comuníquese - Llame a su médico de cabecera si necesita atención médica y ésta no pone en peligro su vida o sus extremidades. Tras explicarle su dolencia, es posible que su médico pueda pedirle una receta o proporcionarle algún otro remedio. Muchos médicos hablarán con usted por teléfono si es un paciente establecido y se somete a revisiones Anuales.

Prevención - Un examen físico Anual de rutina podría salvarle la vida y un montón de dinero. Un chequeo Anual permite a su médico realizar pruebas de laboratorio para ver si tiene algún problema de salud.



Manténgase Dentro De La Red - La mayoría de los planes de salud ofrecen beneficios dentro y fuera de la red. Pagará más por ver a un médico fuera de la red o por acudir a un centro fuera de la red.

Asesoramiento Gratuito - Los farmacéuticos saben mucho sobre medicamentos con receta, así que hable al suyo sobre los medicamentos que toma. Su farmacéutico podría sugerirle una alternativa menos costosa que puede consultar con su médico y ahorrar dinero.



Deje De Fumar - Además del coste de los cigarrillos, los fumadores incurren en promedio en seis veces más gastos sanitarios que un no fumador.



Medicamentos Genéricos - Hable con su médico o farmacéutico sobre la posibilidad de cambiar los medicamentos de marca por medicamentos genéricos. Cada Año hay más genéricos disponibles y también suelen costar menos.

Urgente vs Urgencia - Considere la posibilidad de acudir a un Centro de Atención Urgente en lugar de a Urgencias. Los Centros de Atención Urgente son similares a los consultorios médicos y son mucho menos costosos.



Estírese con Flex - ¿Ofrece su empresa cuentas de gastos flexibles a través de un plan de cafetería de la sección 125? En caso afirmativo, será capaz de estirar más su dinero porque no paga impuestos sobre la cantidad de salario se convierte en beneficios no imponibles. Ahorrará impuestos en los gastos médicos, dentales, oftalmológicos o farmacéuticos que sean previsibles.



Allí - Si la cobertura médica está disponible en el lugar donde trabaja su Cónyuge, podría ahorrar dinero dividiendo su cobertura entre ambos empleadores. Muchos empleadores pagan un porcentaje mayor de la prima por la cobertura individual.

Planes Médicos

Administrado Por BCBS Of KS

	Plan PPO \$1,500		Plan PPO \$3,500		Plan HDHP PPO 5,000	
Período De Beneficios (Del 1 De Enero De 2025 A 31 De Diciembre De 2025)	Año Del Plan		Año Del Plan		Año Del Plan	
Deducible (Por Año Del Plan)	\$1,500 Por Persona \$3,000 Por Familia		\$3,500 Por Persona \$7,000 Por Familia		\$5,000 Por Persona \$10,000 Por Familia	
Coseguro (Paga El Afiliado)	50%		50%		Ninguno	
Máximo De Gastos De Bolsillo Deducible Máximo, Coseguro Y Copagos (Médicos Y Recetados) Por Año Del Plan	\$6,350 Individual \$12,700 Por Familia		\$7,500 Individual \$15,000 Por Familia		\$5,000 Por Persona \$10,000 Por Familia	
Visitas Al Consultorio						
Médicos De Atención Primaria	\$35 De Copago		\$35 De Copago		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Especialistas	\$70 De Copago		\$70 De Copago		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Telemedicina	\$0 De Copago		\$0 De Copago		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Examen Rutinario De La Vista (Refracción Optométrica)	\$35 De Copago		\$35 De Copago		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Servicios Ambulatorios De Laboratorio Y Rayos X (Diagnóstico Por Imagen; Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada, Tomografía Por Emisión De Positrones)	Sujeto A Ded/Moneda		Sujeto A Ded/Moneda		Sujeto A Deducible	
Servicios Preventivos (Ver Certificado)	Cubierto Al 100%		Cubierto Al 100%		Cubierto Al 100%	
Servicios De Emergencia						
Centro De Atención Urgente	\$50 De Copago		\$50 De Copago		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Urgencias Hospitalarias	Copago De \$250 , Luego 50%*		Copago De \$250 , Luego 50%*		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Prestación Vitalicia	Sin Límite		Sin Límite		Sin Límite	
Medicamentos Con Receta						
Medicamentos Genéricos	\$15 De Copago		\$15 De Copago		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Medicamentos De Marca Preferidos	\$40 De Copago		\$40 De Copago		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Medicamentos De Marca No Preferida	\$75 De Copago		\$75 De Copago		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Medicamentos Especializados**	Preferido: \$40 De Copago No Preferido: \$75 De Copago		Preferido: \$40 De Copago No Preferido: \$75 De Copago		Copago De \$0 Después Del Deducible	
Deducciones De La Nómina	Mensualmente	Cada Dos Semanas	Mensualmente	Cada Dos Semanas	Mensualmente	Cada Dos Semanas
Sólo Para Empleados	\$193.98	\$96.99	\$161.62	\$80.81	\$135.34	\$67.67
Empleado Y Cónyuge	\$686.58	\$343.29	\$628.10	\$314.05	\$581.30	\$290.65
Empleado E Hijo(s)	\$551.14	\$275.57	\$500.02	\$250.01	\$458.76	\$229.38
Familia	\$951.36	\$475.68	\$879.32	\$439.66	\$820.82	\$410.41

Prestación Definida: Los empleados a tiempo completo que trabajen 30 horas Semanales o más tienen derecho a recibir una prestación complementaria definida pagada por la junta directiva de \$425 Mensuales que se abonarán al plan médico de su elección. Las tarifas indicadas arriba son el verdadero coste Mensual o Quincenal del empleado, ya se han deducido los \$425 de la prestación adicional.

*Una vez cubierto el deducible médico Anual.

**Para más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.bcbsks.com.

Servicios Preventivos

Servicios de prevención

A continuación, se indican los servicios que algunos clientes pueden recibir sin ningún costo compartido. Esto significa que no pagarán deducibles, copagos ni coseguro por estos servicios de prevención. Un proveedor contratado elegible tiene que proveer los servicios de prevención según se indica en la descripción de beneficios del asegurado. **Los servicios de prevención están sujetos a cambio.**



Servicios de prevención para adultos

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal para hombres que han fumado alguna vez que están entre un rango específico de edad;
- Consejería conductual para promover un estilo de vida saludable en adultos con factores de riesgo cardiovasculares;
- Prueba de detección de trastornos por ansiedad en adultos, incluyendo personas en embarazo y después del parto;
- Prueba de detección de presión arterial para todos los adultos;
- Prueba de detección de colesterol para adultos que están entre un rango específico de edad o en mayor riesgo, y cobertura de algunas estatinas para algunos adultos entre 40 y 75 años que tengan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular;
- Prueba de detección de cáncer colorrectal para adultos entre 45 y 75 años;
- Prueba de detección de depresión para adultos;
- Prueba de detección de diabetes tipo 2 para adultos entre 35 y 70 años que tienen sobrepeso u obesidad;
- Consejería nutricional para adultos con colesterol alto, enfermedad cardiovascular y enfermedad crónica asociada a la dieta;
- Consejería para adultos de piel clara para reducir el riesgo de cáncer en la piel;
- Intervención de ejercicios para prevenir caídas en algunos adultos con alto riesgo de caídas;
- Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B en personas con alto riesgo de infección;
- Prueba de detección de infección por el virus de
- Profilaxis preexposición al VIH (PPrE) para personas con alto riesgo de contraer el VIH;
- Prueba de detección de VIH para todos los adultos que tienen mayor riesgo;
- Prueba de detección de cáncer de pulmón en adultos con alto riesgo;
- Vacunas de rutina para adultos; las dosis las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían;
- Consejería y prueba de detección de obesidad para todos los adultos;
- Consejería sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos con mayor riesgo;
- Prueba de detección de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo;
- Prueba de detección de consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para los usuarios de tabaco;
- Prueba de tuberculina en adultos con alto riesgo;
- Prueba de detección de consumo de drogas no saludables mediante cuestionario (no incluye examen de muestras biológicas).

Servicios Preventivos

Servicios de prevención para mujeres incluyendo mujeres embarazadas

- Prueba de detección de anemia de forma rutinaria para mujeres embarazadas;
- Prueba de detección de bacteriuria en el tracto urinario u otra infección para mujeres embarazadas;
- Intervenciones de consejería conductual para mantener un peso saludable y aumento de peso durante el embarazo;
- Consejería sobre la prueba genética de cáncer de seno (BRCA, por sus siglas en inglés) para mujeres con mayor riesgo de padecer cáncer de seno;
- Mamografía de detección de cáncer de seno;
- Consejería sobre quimioprevención de cáncer de seno para las mujeres con mayor riesgo y cobertura de algunos medicamentos tomados para la quimioprevención;
- Apoyo integral para lactancia materna y consejería por parte de proveedores capacitados, así como acceso a los suministros para la lactancia materna, para mujeres embarazadas y lactantes;
- Intervenciones durante el embarazo y después del nacimiento para promover y apoyar la lactancia materna;
- Prueba de detección de cáncer cervical;
- Prueba de detección de infección por clamidia para mujeres jóvenes y otras mujeres con mayor riesgo;
- Métodos anticonceptivos: métodos anticonceptivos selectos, procedimientos de esterilización, y consejería y educación para los pacientes, incluye los métodos anticonceptivos de emergencia;
- Intervenciones de consejería para personas embarazadas y después del parto con mayor riesgo de depresión perinatal;
- Prueba de detección de violencia interpersonal y doméstica, y consejería para todas las mujeres;
- Todas las personas que planeen quedar en embarazo o que puedan hacerlo deben tomar diariamente un suplemento que contenga de 0.4 a 0.8 mg (de 400 a 800 mcg) de ácido fólico;
- Prueba de detección de diabetes gestacional para mujeres de 24 a 28 semanas de embarazo y aquellas en alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional;
- Prueba de detección de gonorrea para todas las mujeres con mayor riesgo;
- Prueba de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera consulta prenatal;
- Prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y consejería para mujeres con mayor riesgo;
- Examen del virus del papiloma humano (VPH) cada tres años para mujeres mayores de 21 años;
- Prueba de detección de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años, dependiendo de los factores de riesgo;
- Prueba de detección de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres en mayor riesgo;
- Prueba de detección de sífilis para todas las mujeres embarazadas;
- Prueba de detección de preeclampsia en mujeres embarazadas y cobertura de aspirina en dosis bajas para mujeres con alto riesgo de preeclampsia, después de las 12 semanas de gestación.



Manténgase informado

Para obtener más información sobre atención médica y los servicios de prevención, visite la página [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Servicios Preventivos

Servicios de prevención para niños

- Prueba de detección de hipotiroidismo congénito para recién nacidos;
- Consejería para niños y adolescentes de piel clara para reducir el riesgo de cáncer de piel;
- Suplementos de fluoruro para niños sin fluoruro en sus fuentes de agua;
- Barniz de fluoruro para bebés y niños;
- Medicamentos preventivos para gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
- Prueba de detección de hematocritos o hemoglobina para niños;
- Prueba de detección de VIH para adolescentes con mayor riesgo;
- Intervenciones para prevenir el inicio de consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar;
- Suplementos de hierro para niños de ciertos rangos de edad en riesgo de anemia;
- Prueba de detección de plomo para niños que tienen mayor riesgo de exposición;
- Historial médico para todos los niños durante el desarrollo;
- Consejería y prueba de detección de la obesidad;
- Prueba de detección de fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) para recién nacidos;
- Prueba de detección de células falciformes para recién nacidos;
- Prueba de detección de trastorno depresivo mayor en adolescentes;
- Consejería para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con mayor riesgo;
- Prueba de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis;

Servicios de prevención para niños: Recomendaciones de Bright Futures*

- Evaluaciones de consumo de alcohol, drogas y tabaco para adolescentes;
- Prueba de detección de autismo para niños de 18 y 24 meses;
- Evaluaciones de comportamiento para niños de todas las edades;
- Prueba de detección de depresión para adultos;
- Prueba de detección de desarrollo para niños menores de 3 años y supervisión en toda la niñez;
- Prueba de detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos de lípidos;
- Prueba de detección auditiva para todos los recién nacidos; una prueba para niños entre los 11 y los 14 años, una prueba para adolescentes entre los 15 y 17 años, y una prueba para jóvenes entre los 18 y 21 años;
- Medidas de estatura, peso e índice de masa corporal para niños;
- Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían;
- Evaluación de riesgo de salud bucal para niños pequeños;
- Prueba de detección de la vista.

*Bright Futures es una iniciativa nacional de promoción y prevención de la salud, liderada por la Academia Americana de Pediatría.

Este es un resumen de los servicios de prevención, no es un documento legal. Los servicios de prevención están sujetos a cambio. Las estipulaciones exactas de los beneficios y las exclusiones se encuentran en el certificado.

Visítenos en la página bcbsks.com



MC252 01/24



1133 SW Topeka Blvd, Topeka, KS 66629

An independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

FlexAccess

FlexAccess™

Solución de copago para atención especializada

Ahorre dinero en sus medicamentos de alto costo

Los medicamentos para las afecciones de salud de largo plazo pueden ser costosos y difíciles de conseguir cuando y donde los necesite.

FlexAccess está aquí para ayudar. Blue Cross and Blue Shield of Kansas se asoció con FlexAccess para encontrar los mejores descuentos en asistencia de copagos (cupones) para usted, es decir que, sus medicamentos pueden ser más económicos y más fáciles de conseguir.

Inscripción

Cuando compre ciertos medicamentos, un miembro del equipo de FlexAccess se comunicará con usted por teléfono para registrarlo en el programa de asistencia de copagos del fabricante de medicamentos para minimizar sus gastos de bolsillo. Si decide no registrarse en FlexAccess, es posible que sea responsable por su copago sin recibir asistencia.

Tome en cuenta que, algunos fabricantes no le permiten a FlexAccess que lo inscriba en el programa de asistencia de copagos del fabricante en su nombre. Si FlexAccess no puede completar la inscripción en su nombre, ellos le proporcionarán la información necesaria para que usted se inscriba en el programa de asistencia de copagos. Cuando se haya inscrito, se le solicitará que comparta su información de asistencia de copagos con su farmacia.



A continuación, encontrará algunos de los grandes beneficios que obtendrá al utilizar FlexAccess.

- **Ahorros:** Sus copagos (lo que paga por el medicamento en la farmacia) casi siempre serán de \$0 a \$35.
- **Tranquilidad:** Lo que paga por sus compras a través de FlexAccess contará hacia su deducible (lo que paga antes de que su plan empiece a pagar). También contarán para su máximo de gastos de bolsillo (lo máximo que paga en un año del plan).

Visítenos en bcbsks.com



1133 SW Topeka Blvd, Topeka, KS 66629

MC32 11/23

Blue Cross and Blue Shield of Kansas es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación independiente de los planes Blue Cross and Blue Shield. Prime Therapeutics LLC es una compañía independiente que proporciona servicios de administración de beneficios de farmacia. Blue Cross and Blue Shield of Kansas, así como muchos otros planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, tiene una participación accionaria en Prime Therapeutics.

Blue365



■ FOR YOUR EMPLOYEES

Did you know that, as Blue Cross and Blue Shield members, your employees have access to exclusive discounts on gym memberships, wearables, weight loss programs and more? With Blue365, you can help make it easier and more economical for your employees to workout, eat healthy, and live well. Blue365 offers the best discounts from top brands including:



■ ENHANCED PERKS AT NO-COST WITH BLUE365:

- > All members need to do is register at <https://www.blue365deals.com/user/register>
- > Share this registration link with your employees so they can start saving today

CHECK OUT:

<https://www.blue365deals.com/employer-solutions>

for more information on how Blue365 can support your organization with bulk discounts

 © 2000–2020 Blue Cross and Blue Shield Association — All Rights Reserved. The Blue365 program is brought to you by the Blue Cross and Blue Shield Association. The Blue Cross and Blue Shield Association is an association of independent, locally operated Blue Cross and/or Blue Shield Companies. All other brand names, product names, registered trademarks, or trademarks belong to their respective holders.

Blue365 offers access to savings on health and wellness products and services and other interesting items that Members may purchase from independent vendors, which are not covered benefits under your policies with your local Blue Company, its contracts with Medicare, or any other applicable federal healthcare program. These products and services will be offered to you through the entire benefit year. During the year, the independent vendors may offer additional discounts on these products and services. To find out what is covered under your policies, contact your local Blue Company. The products and services described on the Site are neither offered nor guaranteed under your Blue Company's contract with the Medicare program. In addition, they are not subject to the Medicare appeals process. Any disputes regarding your health insurance products and services may be subject to your Blue Company's grievance process. BCBSA may receive payments from vendors providing products and services on or accessible through the Site. Neither BCBSA nor any Blue Company recommends, endorses, warrants, or guarantees any specific vendor, product or service available under or through the Blue365 Program or Site.

19-027-V05

Alimentese Para Mejorar Su Salud



Aliméntese bien para mejorar su salud

Si está luchando con la diabetes o un nivel alto de azúcar en la sangre, es posible que su cuerpo sea intolerante a los carbohidratos. El equipo médico remoto y los consejeros de salud de Virta pueden ayudarle a cambiar los alimentos que consume para que pueda reducir naturalmente su nivel de azúcar en la sangre. Imagine usar menos insulina, perder peso y dormir mejor. Así es la vida con Virta. El tratamiento con Virta está respaldado por investigación clínica y citada por la Asociación Americana para la Diabetes.

El tratamiento puede ayudarle a:

- ➔ Perder peso
- ➔ Reducir su nivel de azúcar en sangre
- ➔ Reducir los medicamentos
- ➔ Reducir el nivel de A1c

¿Por qué Virta es diferente?

- ❌ No hay conteos de calorías
- ❌ No requiere hacer ejercicio
- ❌ Sin cirugías
- ❌ Sin visitas al consultorio



Atención personalizada para sus necesidades y estilo de vida

Blue Cross and Blue Shield of Kansas cubre por completo el costo de Virta (valorado en \$3,000) para asegurados con diabetes tipo 2 que sean elegibles.

¿Cuánto cuesta?

Si cumple los requisitos no paga tarifas adicionales. Sus suministros para exámenes también están cubiertos.

Conozca más en
virtahealth.com/join/bcbsks



Virta está disponible para los asegurados de Blue Cross and Blue Shield of Kansas entre los 18 y 79 años que estén inscritos en un plan de salud elegible. Este beneficio se ofrece actualmente a aquellas personas con diabetes tipo 2. Existen algunas afecciones médicas que excluyen a los pacientes del tratamiento de Virta.

Blue Cross and Blue Shield of Kansas es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación independiente de los planes Blue Cross and Blue Shield. Blue Cross and Blue Shield of Kansas tiene contrato con Virta Health para proporcionar un programa de reversión de la diabetes tipo 2 a sus asegurados. Virta Health no está afiliado a Blue Cross and Blue Shield of Kansas.

Su Salud Nos Importa

Su salud es importante para nosotros

HealthyOptions™

Inscríbase hoy en un programa de manejo de enfermedades o bienestar

Asistencia personalizada

En Blue Cross and Blue Shield of Kansas, tenemos programas telefónicos de bienestar y para el manejo de enfermedades diseñados para ayudarle a mejorar su calidad de vida y su salud en general. Cuando se inscribe en uno de los siguientes programas, le proporcionaremos **apoyo personalizado, asesoramiento y educación** por medio de llamadas telefónicas regulares.

- Asma¹
- Colesterol alto
- EPOC
- Maternidad²
- Diabetes¹
- Manejo del estrés
- Enfermedades cardíacas
- Dejar de fumar²
- Presión arterial alta
- Bajar de peso

Nuestro personal de enfermería certificado puede ayudarlo a:

- Entender mejor los riesgos para su salud y las posibles complicaciones.
- Tomar decisiones saludables para su estilo de vida.
- Agilizar la comunicación con su equipo de atención médica (médicos, enfermeros y otros).
- Tomar decisiones informadas sobre la salud.

¹ Mayores de 5 años

² sin límite de edad

Educación sobre la salud

¡El conocimiento es poder! Durante las llamadas de rutina, los enfermeros profesionales recopilarán la información sobre su salud y enviarán material educativo que le ayudará a participar activamente en su cuidado de salud y atención médica.

Sin ningún costo adicional

Nuestros programas se proporcionan sin ningún costo adicional a su seguro de gastos médicos existente y no afectarán sus beneficios. Usted puede participar si es un asegurado inscrito, es mayor de 18 años de edad y tiene a Blue Cross and Blue Shield of Kansas como su compañía de seguro de gastos médicos principal, puede inscribirse.



¡Inscríbase hoy mismo!

Visite bcbsks.com/Enroll
o llame al **800-520-3137**

La participación en el programa es completamente voluntaria. Usted puede decidir dejar de participar en el programa en cualquier momento. La participación en el programa no afectará ninguno de los beneficios del seguro de gastos médicos. Algunos grupos de empleadores no proporcionan nuestros programas de manejo de enfermedades y bienestar como una opción. Si usted es un empleado en alguno de estos negocios, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos para preguntar acerca de programas similares. Para conocer los detalles del programa, consulte el documento de Derechos y responsabilidades de los asegurados que se encuentra en la parte inferior de bcbsks.com/DiseaseMgmt.

Visite bcbsks.com



15-428es 01/21

BlueCross BlueShield
Kansas

1133 SW Topeka Blvd, Topeka, KS 66629

Blue Cross and Blue Shield of Kansas is an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

Reciba Atención 24/7

Reciba atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Los servicios de telesalud le permiten recibir atención cuando la necesite.

Los asegurados de Blue Cross tienen acceso a servicios de atención virtual a través de su propia red de proveedores o de Amwell®. Amwell es conveniente, asequible, privada y segura.

Opciones de atención virtual

El servicio de telesalud a través de Amwell no pretende reemplazar a su Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Amwell está diseñada para brindar atención para servicios que no son de emergencia cuando su PCP no esté disponible, después del horario de atención o durante los fines de semana.

Pregúntele a su médico acerca de sus opciones de consultas virtuales. Las consultas virtuales tienen la misma cobertura que las visitas al consultorio bajo su plan de Blue Cross.

Beneficios para los pacientes:

- Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año
- Menos tiempo fuera del trabajo
- Sin gastos de viaje o consumo de tiempo
- Mayor conveniencia si tiene a un niño o adulto mayor bajo su cuidado
- Privada y segura
- Sin exposición a otros pacientes que sean potencialmente contagiosos

¿Cuándo puedo usarla?

Consulte con su médico y solicite que envíen sus recetas médicas a la farmacia de su elección para afecciones comunes como:

- Resfriado o gripe
- Infecciones de los senos nasales
- Fiebre
- Conjuntivitis
- Erupción cutánea
- Infecciones de oído

Servicios de salud conductual

Terapeutas certificados pueden brindarle asesoramiento y consejo para la depresión, ansiedad, estrés, problemas de relaciones y más. Hay disponibilidad de citas privadas y seguras a través de Amwell, los siete días de la semana, de 6:00 a. m. a 10:00 p. m., hora estándar del centro (CST).

¿Mi familia puede usar el servicio de Amwell?

Sí, si su cónyuge y/o hijos tienen cobertura bajo su plan de Blue Cross.



Regístrese en Amwell – ¡gratis!
bcbsks.com/telehealth

Blue Cross and Blue Shield of Kansas es un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association. BLUE®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes de Blue Cross and Blue Shield. Amwell proporciona servicios de telemedicina para nuestros asegurados y no está afiliada a Blue Cross and Blue Shield of Kansas.

Visítenos en bcbsks.com



MC120 09/23



1133 SW Topeka Blvd, Topeka, KS 66629

Bienvenido A Blueaccess

Bienvenido a BlueAccess®

Nuestro portal para asegurados seguro y en línea es la puerta a su información de salud

Acceda a su información – de forma rápida y segura

Nuestro portal para asegurados seguro y en línea le permite:

- Consultar las reclamaciones y ver el uso del plan
- Encontrar médicos y hospitales de la red
- Comparar las calificaciones de calidad de los médicos
- Acceder a su tarjeta de identificación virtual
- Comunicarse con soporte al cliente

El registro es rápido y sencillo

- 1 Vaya a bcbsks.com/blueaccess.
- 2 Haga clic en Register for a BlueAccess account (Regístrese para una cuenta BlueAccess)
- 3 Tenga su tarjeta de Identificación a la mano y siga las instrucciones paso por paso.

Una vez se haya registrado para una cuenta BlueAccess, descargue la aplicación móvil para mantener un registro de sus reclamaciones, encontrar médicos y ver los beneficios de su plan desde cualquier lugar.



Escanee el código para descargar la aplicación BlueAccess o visite nuestro sitio web.

bcbsks.com/app



Visítenos en bcbsks.com



MC371es 10/22



Para consultar toda la información de su plan médico, inicie sesión en su cuenta de BlueAccess en bcbsks.com/blueaccess.

- 1 **Manage My Account (Administrar mi cuenta)** | Edite y administre sus preferencias y olvídense del material impreso.
- 2 **Forms (Formularios)** | Solicite una tarjeta de identificación nueva, encuentre formularios de autorización, así como otros formularios relacionados con su cobertura de seguro médico.
- 3 **Summary of Benefits and Coverage (Resumen de beneficios y cobertura, SBC, por sus siglas en inglés) y Contrato/Certificado** | Consulte los detalles sobre su cobertura y el contrato.
 - Vea los montos de su copago, deducible y coseguro
 - Información común sobre la cobertura médica
 - Cobertura para pruebas o tratamientos específicos
- 4 **Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)** | Consulte cuánto pagamos, cuál es su responsabilidad y el monto total de ajuste del proveedor.
- 5 **Strive, respaldada por WebMD ONE** | Use esta plataforma de salud y bienestar para hacer una Evaluación de salud y generar un plan de salud personalizado para alcanzar sus objetivos de bienestar.
- 6 **Blue365®** | Ofertas y descuentos exclusivos en salud y acondicionamiento físico.

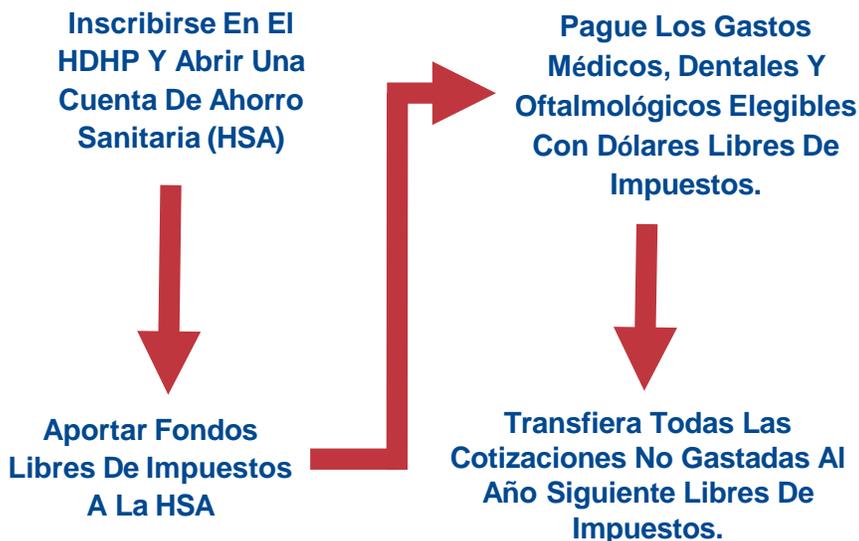


1133 SW Topeka Blvd, Topeka, KS 66629

An independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

Cómo Tener Una Cuenta De Ahorro Sanitaria (HSA) Con Un Plan De Salud Con Deducible Alto Calificado

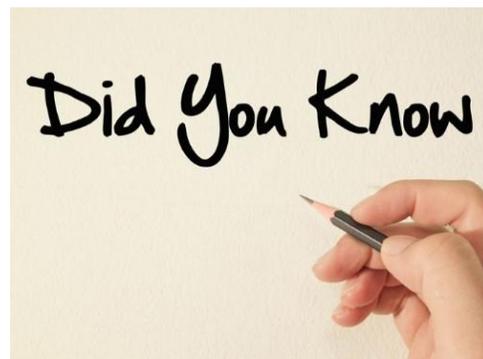
Cómo Funciona Una HSA



Usted Controla Los Fondos De Su HSA.

Si elige el HDHP, todos los gastos subvencionables, incluidas las visitas al consultorio, el laboratorio, las radiografías, las pruebas diagnósticas, los procedimientos en el consultorio, las inyecciones, la cirugía ambulatoria, los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y todos los demás servicios médicos cubiertos están cubiertos al 100% durante el resto del Año después de satisfacer el deducible. Los servicios preventivos están cubiertos al 100% antes de satisfacer el deducible.

Usted no paga impuestos federales, estatales o de la seguridad social por el dinero aportado a su HSA. Siempre que gaste el dinero de la HSA en gastos médicos, dentales o de visión elegibles, nunca pagará impuestos sobre el dinero aportado a la HSA.



IMPORTANTE

Debe abrir su HSA antes de la fecha de entrada en vigor de su Plan de Salud con Deducible Elevado (HDHP). Los gastos médicos incurridos después de la entrada en vigor de su HDHP, pero antes de que su HSA esté constituida, no podrán pagarse con el dinero depositado en su HSA.

Preguntas Y Respuestas Cuenta De Ahorro Sanitario

- 1. ¿Quién Puede Tener Una HSA?** El individuo debe ser
 - 1) Cubiertos Por Un HDHP Calificado (Opción Nº 3 ÚNICAMENTE);
 - 2) No Cubiertos Por Otro Seguro Médico;
 - 3) No Inscritos En Medicare, Medicaid O Tricare;
 - 4) No Dependiente De Otra Persona;
 - 5) No Inscritos En Un Plan FSA Médico;
- 2. ¿Dónde Puedo Abrir Una HSA?** Muchos bancos y cooperativas de crédito ofrecen HSA.
- 3. ¿Cuándo Veré El Ahorro Fiscal?** Cuando haga sus impuestos a final de Año, se tratará de una deducción por encima de la línea, por lo que su renta imponible se verá reducida por la cantidad que haya aportado a su HSA.
- 4. Si Cambio De Trabajo, ¿Pierdo Mi Dinero?** No. El dinero de su HSA es suyo. El dinero que aporte a su HSA es suyo, igual que si tuviera una cuenta de ahorro bancaria. Si no utiliza todo el dinero de su HSA durante el Año, pasará al Año siguiente.
- 5. ¿Cuánto Puedo Aportar A Mi Cuenta HSA?** En 2025, con cobertura individual, puede aportar hasta \$4,300 al Año y si son dos o más los asegurados, puede cotizar hasta \$8,550 al Año. Los mayores de 55 Años pueden aportar \$1,000 adicionales. Se aplican límites.
- 6. ¿Cuáles Son Algunos Ejemplos De Gastos Que Cumplen Los Requisitos De La HSA?** Los gastos elegibles de la HSA incluyen visitas al consultorio médico, medicamentos recetados, exámenes de la vista, gafas, lentes de contacto, quiroprácticos, cirugía ocular con láser y recetas de anticonceptivos, por nombrar algunos. Hay muchos más artículos elegibles que puede pagar con el dinero de la HSA. Puede obtener una lista de los gastos cubiertos en www.irs.gov.
- 7. ¿Qué Ocurre Si Pierdo Mi Seguro Médico?** Puede seguir utilizando el dinero de su HSA para pagar los gastos que reúnan los requisitos, aunque no tenga un plan de seguro médico que reúna los requisitos, pero no puede seguir aportando dinero a su HSA.
- 8. ¿Puedo Utilizar El Dinero De Mi HSA Para Pagar Mis Primas?** El dinero de la HSA puede pagar las primas del seguro médico si está cobrando beneficios de desempleo federales o estatales o si está pagando las primas de COBRA.
- 9. ¿Qué Ocurre Si Necesito Atención Médica En Otro País?** Puede utilizar el dinero de su HSA para los mismos gastos médicos en cualquier parte del mundo.
- 10. ¿Puedo Retirar El Dinero De Mi HSA Si Lo Necesito?** Sí, pero la retirada está sujeta a impuestos y pagará una penalización del 20% por retiradas no calificadas.
- 11. Cuando Muera, ¿Perderé El Dinero De Mi HSA?** No. Puede nombrar a un beneficiario para que reciba el dinero de su HSA.
- 12. ¿Cuánto Cuesta Constituir Una HSA?** Depende del banco o cooperativa de crédito que elija. La mayoría suelen tener una comisión única de apertura, una comisión Mensual comisiones por tarjeta de débito, comisiones por cheques impresos y comisiones por descubierto. Compare precios para encontrar las comisiones más bajas.
- 13. ¿Puedo Utilizar Mi HSA Para Personas A Cargo No Cubiertas Por El Seguro De Enfermedad?** En general, sí. Los gastos médicos calificados incluyen los gastos médicos no reembolsados del titular de la cuenta, su Cónyuge o sus dependientes, aunque no estén asegurados por un HDHP calificado.
- 14. ¿Tengo Que Llevar Algún Registro Cuando Utilice Mi HSA?** Aunque Algunas Instituciones Financieras hacen un seguimiento del uso de la HSA por usted, es una buena idea llevar sus propios registros. Es su responsabilidad hacer un seguimiento del uso de su cuenta HSA y es posible que se le exija que muestre pruebas de sus gastos al IRS. Le recomendamos que designe un lugar donde guardar todos sus recibos para que estén disponibles cuando los necesite.
- 15. ¿Qué Ocurre Si No Utilizo Todo El Dinero De Mi Cuenta HSA A Finales De Año?** Todo el dinero depositado en su HSA, pero no gastado durante el Año, pasa al Año siguiente. Las HSA no tienen una disposición de "úselo o piérdalo". Tiene la opción de acumular dinero en su HSA para pagar futuros gastos elegibles y no pagar nunca impuestos sobre el dinero.
- 16. ¿Me Notificará Mi Banco Si He Sobrepasado El Importe De Mi Cotización Permitida?** No, es responsabilidad exclusiva suya llevar un control de las cantidades ingresadas y gastadas de su cuenta.
- 17. He Seleccionado El HDHP (Opción #3); ¿Hay Algo Más Que Tengo Que Hacer?** Sí, tendrá que abrir una cuenta de ahorros sanitarios (HSA) en el banco de su elección. Si su banco no ofrece una cuenta HSA, está disponible a través del First National Bank de Hutchinson, que tiene una sucursal en Goddard.

Una vez que tenga la cuenta configurada, traiga la información de su cuenta a nuestro departamento de nóminas/beneficios, y Cindy, Tamme o Michelle actualizarán la información de su depósito directo para la deducción antes de impuestos para financiar la cuenta HSA.



Plan Dental

Administrado Por BCBS Of KS

Nuestro plan BCBS of KS es un plan PPO. Cuando reciba servicios de un dentista contratante, recibirá el nivel más alto de beneficios permitido por el plan. Puede buscar dentistas contratantes PPO y/o Premier visitando: www.bcbsks.com.

Si recibe servicios dentales de un dentista no contratado, BCBS of KS pondrá un límite a la cantidad permitida. Usted será responsable de todos los gastos que superen el importe permitido. Reducirá al mínimo los gastos de su bolsillo si acude a dentistas con contrato con BCBS of KS.

Máximo	\$1,000.00 Por Persona Y Año Civil
Preventivo	100% <ul style="list-style-type: none"> Exámenes Orales Servicios De Imagen Dental Necesarios Para Tratar O Diagnosticar Enfermedades O Anomalías De Los Dientes, El Tejido Circundante Y La Detección De Caries Fluoruro (Menores De 21 Años) Profilaxis, Incluyendo Limpieza, Raspado Y Pulido Mantenedores De Espacio Selladores Limitados A Una Aplicación Por Diente De Por Vida Por Asegurado Elegible Entre 5 Y 17 Años De Edad Inclusive, Y Limitados A Molares Permanentes Y Premolares (20 Dientes).
Deducible	\$50 Por Persona Y Año Del Plan \$150 Máximo Por Familia Y Año Del Plan Los Servicios Básicos Y Principales Se Combinan Para Cubrir El Deducible
Básico	80% Después Del Deducible <ul style="list-style-type: none"> Incrustaciones Extracciones Simples Reparación De Prótesis Dentales Empastes (Excepto Oro) Tratamiento De Urgencia Del Dolor Endodoncia Anestesia General Cuando El Tratamiento Dental Está Cubierto Periodoncia No Quirúrgica Cuidados No Quirúrgicos De La Infección Oral Aguda Y Las Lesiones Orales Cirugía Oral, Consistente En El Diagnóstico Y Tratamiento De Fracturas, Luxaciones, Quistes Y Abscesos; Y Extracciones Quirúrgicas (Incluidos Los Dientes Impactados).
Mayor	50% Después Del Deducible <ul style="list-style-type: none"> Cirugía Periodontal Cirugía De La Estructura Ósea Que Sostiene Los Dientes Puentes Onlays (No Forman Parte De Un Puente) Coronas (No Forman Parte De Un Puente) Dentaduras Postizas, Completas O Parciales Servicios De Implantes Dentales (\$1,000 Máximo De Por Vida Por Asegurado, Por Arco)
Edades Niños Elegibles:	Los Hijos Tienen Derecho A La Cobertura Hasta Los Veintiséis (26) Años De Edad
Deducciones De La Nómina	Tarifas Mensuales
Empleado	\$36.82
EE & Cónyuge	\$79.14
EE & Los Niños	\$72.60
Familia	\$114.50

Plan Visión Voluntario - Opción 1

Servicios	Coste Para Miembros De La Red	Indemnizaciones Fuera De La Red
EXAMEN DE LA VISIÓN	\$10	\$35
ADAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LENTES DE CONTACTO	<i>*Adaptación De Lentes De Contacto Y 2 Visitas De Seguimiento Disponibles Una Vez Realizado Un Examen Oftalmológico Completo.</i>	
Estándar: Lentes De Contacto Esféricas Transparentes De Uso Con- Vencional Y Sustitución Planificada (Por Ejemplo, Desechables , De Sustitución Frecuente, Etc.)	\$0	\$40
Premium: Todos Los Diseños De Lentes, Materiales Y Adaptaciones Especiales Que No Sean Lentes De Contacto Estándar (Por Ejemplo, Tóricas, Multifocales, Etc.)	Subsidio De \$55	\$40
MARCOS: Cualquier Bastidor Disponible En La Ubicación Del Proveedor	Subsidio De \$130	\$65
LENTE DE PLÁSTICO ESTÁNDAR		
Visión Única	\$25	\$25
Bifocal	\$25	\$40
Trifocal	\$25	\$55
OPCIONES DE LENTES		
Policarbonato Estándar	Adultos \$40 Dependientes Menores De 19 Años: \$0	\$25
Revestimiento UV	\$15	No cubierto
Tinte (Sólido Y Degradado)	\$15	
Resistencia Estándar A Los Arañazos	\$15	
Revestimiento Antirreflejos Estándar	\$45	
Progresivos Estándar (Complementarios A Los Bifocales)	\$90	
Premium Progresivo	\$90 + 80% Del Precio De Venta Al Público, Menos \$120.	
Otros Complementos Y Servicios	20% De Descuento Sobre El Precio De Venta Al Público	
LENTE DE CONTACTO (La Asignación Para Lentes De Contacto Sólo Incluye Los Materiales)	***El Subsidio No Está Disponible Si Se Eligen Lentes Para Gafas***	
Convencional	Asignación De \$130, 15% De Descuento En El Saldo Superior A \$130	\$100
Desechable	Asignación De \$130	\$100
Medicamento Necesario	\$0	\$200

Las frecuencias de servicio se computan por fecha de servicio, no por Año civil. Los Hijos a cargo están cubiertos hasta los 26 Años.

Este resumen presupone que los servicios de visión elegibles son prestados por proveedores contratados.

Si recibe servicios oftalmológicos de un proveedor no concertado, los beneficios serán sustancialmente inferiores. Consulte el documento del plan para más información.

Plan De Visión - Opción 1	Prima Mensual
Empleado	\$10.50
Empleado Y Cónyuge	\$22.08
Empleado E Hijos	\$18.90
Familia	\$35.40

Plan Visión Voluntario - Opción 2

Materiales Cubiertos	En Red	Fuera De La Red
PAQUETE DE MONTURAS, LENTES Y OPCIONES: Cualquier Montura, Lente Y Opciones De Lentes Disponibles En Los Centros Proveedores	\$200 De Descuento En Monturas, Lentes Y Opciones De Lentes, 20% De Descuento En El Saldo Que Supere Los \$200	\$100
LENTE DE CONTACTO (En Lugar Del Paquete De Monturas, Lentes Y opciones)	Subsidio de \$200	\$100

Las frecuencias de servicio se determinan por la fecha de servicio, no por el Año civil. Los Hijos a cargo están cubiertos hasta los 26 Años.

Este resumen presupone que los servicios de visión elegibles son prestados por proveedores contratados. Si recibe servicios oftalmológicos de un proveedor no contratado, los beneficios serán sustancialmente inferiores. Consulte el documento del plan para más información.

Si recibe servicios oftalmológicos de un proveedor no concertado, los beneficios serán sustancialmente inferiores. Consulte el documento del plan para más información.

Plan De Visión - Opción 2	Prima Mensual
Sólo Para Empleados	\$ 9.68
Empleado Y Cónyuge	\$20.28
Empleado E Hijos	\$17.38
Familia	\$33.80



316-462-3316

www.surency.com

Para Encontrar Un Proveedor Utilice La Red De Acceso

Plan Cafeteria

El Plan de Cuenta de Gastos Flexible le permite convertir una porción de sus ingresos imponibles en un beneficio no imponible para el empleado. Dado que paga por estos conceptos antes de impuestos, su salario neto aumenta porque el impuesto sobre la renta federal y estatal, el impuesto FICA y el impuesto Medicare no se deducen de su nómina. **Debe trabajar un mínimo de 30 horas Semanales para poder inscribirse en la Cuenta de Gastos Sanitarios.**

El **Plan De Ahorro De Primas** le permite pagar su parte de las primas de seguro elegibles antes de impuestos con cargo a su nómina. Al ser antes de impuestos con cargo a su nómina, no son reembolsables en el marco de la Cuenta de Gastos Flexibles.

Una **Cuenta De Gastos Flexible (FSA)** funciona sobre la base de un Año de plan. Cada Año debe elegir participar en la Cuenta Flexible de Gastos. Usted calcula el importe de los gastos subvencionables en los que probablemente incurrirán usted y las personas a su cargo y, a partir de ese importe, determina cuánto desea reservar en la Cuenta de Gastos Flexible.

Máximo Permitido Para La Cuenta De Gastos Sanitarios: \$3,200 Al Año/Antes De Impuestos

¡DEBE INSCRIBIRSE CADA AÑO EN LA INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA PARTICIPAR EN LA CUENTA DE GASTOS SANITARIOS!

Los gastos sanitarios no cubiertos por su compañía de seguros, como los deducibles y los copagos, son subvencionables, junto con la mayoría de los gastos dentales y oftalmológicos. En la página siguiente figura una lista de algunos de los gastos subvencionables.

TRANSEFERENCIA:

Hasta \$640 de los importes no utilizados de una cuenta de gastos flexibles (FSA) de salud del Año del plan en curso pueden "traspasarse" para ser pagados o reembolsados a los participantes del plan por gastos médicos calificados incurridos durante el siguiente Año del plan **2024**. Todo saldo superior a \$640* se perderá. Los fondos traspasados sólo estarán disponibles para su uso durante el periodo de agotamiento para los gastos ocurridos en 2024.

PERÍODO DE AGOTAMIENTO:

- ⇒ *Agotamiento Para Los Empleados Activos*: dispone de 75 Días tras la finalización del Año del plan para presentar las reclamaciones por las fechas de los servicios incurridos dentro del Año del plan.
- ⇒ *Agotamiento Para Empleados Despedidos*: dispone de 75 Días tras la fecha de despido para presentar reclamaciones por las fechas de los servicios prestados antes de la fecha de despido.

Las Cuentas Flex Son Cuentas De Gastos NO Cuentas De Ahorro. Excluyendo la disposición de traspaso, todo el dinero depositado en su Cuenta de Gastos Flex debe gastarse cada Año, ya que no se traspasará de un Año del plan al siguiente.

DATOS RÁPIDOS:

- Su Año del plan va del 1 de Enero de 2025 al 31 de Diciembre de 2025.
- Sólo puede utilizar el dinero de su FSA para pagar gastos con fecha de servicio dentro del Año del plan.
- No podrá utilizar dinero de su FSA para pagar gastos que ya hayan sido abonados por otro plan.
- **¡No** tiene que estar inscrito en un plan médico con USD 265 para participar en la FSA!
- En la mayoría de los casos, puede utilizar el dinero de su FSA para pagar los gastos de su Cónyuge y de las personas a su cargo (hasta los 26 Años).
- El importe que cotiza de su nómina no puede modificarse al alza o a la baja durante el Año, a menos que se produzca un evento calificado de cambio de elección.
- En caso de que su tarjeta de débito se utilice para pagar gastos no elegibles, será necesario un reembolso antes de que su tarjeta de débito esté disponible para su uso posterior.
- Su prestación FSA está directamente vinculada a su empleo activo. Los gastos después de dejar el empleo no son elegibles a menos que continúe el beneficio a través de Cobra.

¿Necesita Ideas Sobre Cómo Gastar Sus Dólares Flex?

Visite www.fsastore.com para obtener una de las mayores selecciones de productos elegibles para la FSA en línea.

Plan Cafeteria

La mayoría de los gastos aplicados a deducible, coseguro o copagos de su plan de beneficio sanitario se consideran gastos subvencionables. Por ejemplo, su plan de salud incluye visitas al médico, medicamentos prescripción y otros copagos. Puede considerar la posibilidad de ingresar dinero en su cuenta de gastos flexibles en contribución para poder pagar con dinero libre de impuestos. Recuerde guardar los recibos por si fuera necesario comprobar el gasto médico. Utilice las listas siguientes como referencia, pero tenga en cuenta que estas listas no incluyen todos los gastos elegibles/inelegibles.

GASTOS COMUNES SUBVENCIONABLES POR LA FSA

Pañales Para Adultos	Muletas	Servicios Hospitalarios	Medicamentos Con Receta
Ambulancia	Tratamiento Dental	Compresas Terapéuticas Calientes/Frías	Atención Prenatal (Vitaminas)
Cuidados Atlético (Vendajes ACE, Etc.)	Adhesivos Y Reparación De Dentaduras Postizas	Vacunas	Atención Psiquiátrica/Psicológica
Monitores De Presión Arterial	Analgésicos Y Limpiadores Para Dentaduras Postizas	Tratamientos De La Infertilidad	Disuasorios Del Tabaquismo (EX: Nicorette)
Catéteres	Pruebas De Diabetes, Suministros Para La Diabetes	Ortodoncia	Férulas Y Yesos
Pruebas De Colesterol	Visitas Al Consultorio Médico	Soportes Ortopédicos	Termómetros
Manipulaciones Quiroprácticas	Gafas (Graduadas Y De Lectura)	Kits De Ovulación	Trasplantes
Lentes De Contacto, Solución Y Limpiadores	Glucosamina Y/O Condroitina	Pruebas De Papanicolaou	Exámenes Visuales
Anticonceptivos	Audífonos (Y Pilas)	Fisioterapia	Tasas Por Radiografías

GASTOS NO SUBVENCIONABLES DE LA FSA

Gastos De Entierro/Funerales	Programas De Acondicionamiento Físico/Cuotas Del Club De Salud	Asesoramiento Matrimonial	Bronceado
Procedimientos Cosméticos	Gastos Funerarios	Ropa De Maternidad	Blanqueamiento Dental
Clases De Baile	Ayuda Doméstica	Suplementos Nutricionales/ Vitaminas (Sin Receta)	Artículos De Aseo (Cepillo De Dientes, Pasta Dentífrica, Etc.)
Pañales	Tratamientos Ilegales	Piercings	Vacaciones
Equipos De Ejercicio (Salvo Prescripción Facultativa)	Primas De Seguro	Gafas De Sol (Sin Graduar)	Garantías (Para Gafas O Audífonos)
Realce Facial	Artículos Cubiertos Por El Seguro	Clases De Natación	Programas De Pérdida De Peso (Salvo Prescripción Facultativa)

√ Ya no se requieren recetas para que los medicamentos OTC se consideren un gasto elegible. Las FSA pueden ahora reembolsar medicamentos OTC sin receta. Los participantes ya no necesitarán proporcionar recetas para los reembolsos de medicamentos OTC con efecto inmediato.

√ Los productos de cuidado menstrual, como un tampón, una compresa, un forro, una copa, una esponja o productos similares, son ahora gastos subvencionables.

¿Preguntas Sobre Su Cuenta FSA?

Contacto con Flexible Benefit Service Corporation (FLEX)

Correo Electrónico: service@myflexaccount.com

Página Web: www.myflexaccount.com

Teléfono: (888) 345-7990

Disponibles De Lunes A Viernes De 7:00 A 19:00, Hora Central



Plan Cafetería

TARJETA DE DÉBITO FLEX:

La tarjeta FLEX es una forma sencilla de pagar los gastos calificados sin tener que desembolsar nada. La tarjeta flex le da acceso a los fondos de su cuenta pasando la tarjeta por el lector en el punto de venta y puede utilizarse en cualquier proveedor de servicios calificado que acepte MasterCard. No tendrá que pagar nada de su bolsillo ni presentar una solicitud de reembolso.

En algunos casos, Flex le notificará que necesita documentación adicional para confirmar que su compra cumplía los requisitos. Es muy importante que **guarde todos sus recibos** y presente la información de inmediato cuando sea necesario.



Recibirá automáticamente una tarjeta de débito para usted cuando se inscriba. Para obtener una tarjeta para su Cónyuge y/o Hijos mayores de 18 Años, deberá actualizar sus datos en la página web de participantes Flex. Las tarjetas adicionales son gratuitas.

CUENTA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES:

La cuenta para el cuidado de personas dependientes le reembolsa los gastos subvencionables de cuidado de personas dependientes con dinero libre de impuestos. Esta cuenta permite a los Padres que trabajan pagar los gastos de cuidado de dependientes que reúnan los requisitos, como los de guardería, escuela infantil, preescolar, cuidado antes/después de la escuela y guardería para adultos. **Debe trabajar un mínimo de 20 horas Semanales para poder inscribirse en la cuenta de cuidados de dependientes.**

Máximo Permitido Para La Cuenta De Cuidado De Dependientes: \$5,000 Anuales Antes De Impuestos

¡DEBE INSCRIBIRSE CADA AÑO EN LA INSCRIPCIÓN ABIERTA PARA PARTICIPAR EN LA CUENTA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES!

Los dependientes elegibles deben ser menores de 13 Años, y/o física o mentalmente incapaces de cuidar de sí mismos y declarados como exentos en su declaración de la renta. Los dependientes pueden incluir Hijastros, nietos, Hijos adoptados o Hijos de acogida.

Los cuidados pueden prestarse en su domicilio o en un centro autorizado fuera de su domicilio. Si los cuidados son en su domicilio, el servicio no puede ser prestado por su Cónyuge, ni por las personas a su cargo.

Sólo son subvencionables los gastos de cuidado de dependientes que le permitan trabajar. Es posible que algunos gastos en los que incurra durante el Año del plan no sean reembolsables según la normativa actual del IRS, como el cuidado de niños los fines de Semana o por la noche, el transporte, la comida, la ropa, el ocio y las cuotas de inscripción.

*****Tenga En Cuenta Que La Tarjeta De Débito No Está Disponible Para Gastos De Cuidado De Dependientes. Se Trata De Una Cuenta De Reembolso.**

GASTOS SUBVENCIONABLES POR CUIDADO DE DEPENDIENTES

Programas Extraescolares	Latchkey (Antes Y Después De La Escuela)	Campamento De Verano	Centro De Día Para Adultos
Cuidado De Niños	Preescolar/Pre - Kinder	Cuidado De Niños Enfermos	Cuidado De Ancianos
Guardería/Proveedor	Niñera	Guardería Para Niños Discapacitados	Guardería Para Mayores

GASTOS NO SUBVENCIONABLES POR CUIDADO DE DEPENDIENTES

Tasas De Artesanía	Excursiones	Comidas, Alimentos, Tentempiés	Campamento Nocturno
Internado	Servicios Domésticos (Asistenta, Cocinera)	Cuidados En Residencias	Escuela De Verano
Servicio De Canguro (No Relacionado Con El Trabajo)	Jardín De Infancia	Matrícula Escolar	Clases De Natación

Nota: Esta lista no pretende ser exhaustiva, ya que otros gastos no mencionados específicamente también pueden calificar.



FLEX - Página Web

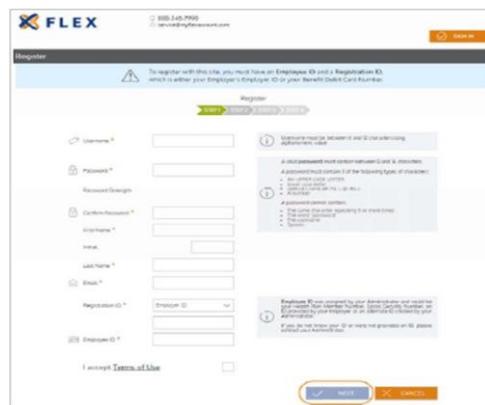
Acceda a sus cuentas médicas y/o de atención a dependientes en cualquier momento, 24 horas al Día, 7 Días a la Semana. Sólo tiene que crear un nombre de usuario y una contraseña para iniciar sesión y consultar su información, enviar solicitudes de reembolso, comprobar saldos, etc. Puede acceder a la página web para afiliados en: www.myflexaccount.com

Inscripción

Paso 1. Si es la primera vez que accede a myflexaccount.com, simplemente haga clic en el botón de registro situado en la esquina superior derecha de la pantalla de inicio (como se muestra a la derecha). **USD 265 FLEX PLAN ID: FBS0054693**

Paso 2. Tras pulsar el botón de registro, rellene el formulario de registro (como se muestra a la derecha). Cree su propio nombre de usuario y contraseña. Introduzca la información demográfica requerida. El ID de empleado estándar proporcionado por el administrador es su inicial + apellido + 4 últimos dígitos del SSN (Ejemplo: John Smith = jsmith1234). Si no sabe cuál es su ID de empleado o empleador, póngase en contacto con el equipo de atención al cliente llamando al 1- 888-345-7990. Antes de hacer clic en Siguiente, asegúrese de ver y aceptar las condiciones de uso.

Después del paso 2 continúe completando los pasos del 3 al 6 para terminar de configurar su cuenta.

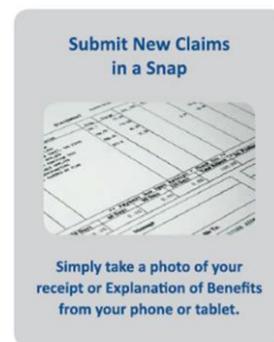


FLEX - Aplicación Móvil

La aplicación móvil segura My Flex Account le ayuda a realizar movimientos de dinero inteligentes proporcionándole un cómodo acceso a su FSA.

Fácilmente:

- Comprobar El Saldo De La Cuenta
- Obtenga Los Detalles De La Transacción Y El Estado De La Reclamación
- Presentar Nuevas Reclamaciones Y Añadir Recibos Detallados A Las Reclamaciones Pendientes
- Actualizar El Método De Reembolso
- Gestione Su Tarjeta Flex (Si Procede)



Descárguese Hoy Mismo La Aplicación Móvil Gratuita Mi Cuenta Flex.



Icono De La Aplicación Que Debe Buscar



Hoja De Cálculo Del Plan De Cafetería

Calcule Sus Gastos Para El Próximo Año Del Plan (Del 1 De Enero De 2025 Al 31 De Diciembre De 2025)

Calcule Sus Gastos Médicos De Bolsillo Al Año:

Deducibles Y Coseguros Del Seguro Médico (No Pagados Por El Seguro) \$ _____

Copagos - Visitas Al Consultorio Y Medicamentos Recetados (No Pagados Por El Seguro) \$ _____

Silla De Ruedas, Muletas, Aparatos Médicos \$ _____

Suministros Médicos \$ _____

Kilometraje Relacionado Con La Atención Médica \$ _____

Otros Artículos \$ _____

Total De Gastos Médicos De Su Bolsillo Al Año: \$ _____



Calcule Sus Gastos Dentales Anuales De Su Bolsillo:

Exámenes Y Limpiezas, Radiografías, Etc. \$. _____

Frenillos Y Retenedores, Empastes, Etc. \$. _____

Ortodoncia, Implantes, Incrustaciones, Otros. \$ _____

Total De Gastos Dentales De Su Bolsillo Al Año: \$ _____

Calcule Los Gastos De Su Bolsillo En Visión Al Año:

Exámenes, Pruebas, Etc. \$ _____

Gafas Graduadas, Lentes Y Monturas \$ _____

Lentes De Contacto Y Solución Para Lentes De Contacto \$ _____

Total De Gastos De Bolsillo En Visión Al Año: \$ _____

Gastos Sanitarios Totales (Máximo De \$3,200 Por Año Del Plan) \$ _____

Gastos Totales De Guardería (\$5,000 Máximo Por Año Del Plan) \$ _____



Seguro Voluntario De Vida Y AD&D

Puede contratar un seguro de vida a término y un seguro de muerte accidental y desmembramiento para usted, su Cónyuge y/o sus Hijos. El importe del AD&D será el mismo que el del seguro de vida elegido.

Debe elegir la cobertura para usted para poder elegir la cobertura para su Cónyuge y/o Hijos. Todos los beneficios finalizan en el momento de la jubilación. Si deja de trabajar para USD 265 Goddard, podrá continuar con su cobertura, pero deberá notificarlo a Mutual of Omaha en los 30 Días siguientes a su cese para convertir la cobertura de vida colectiva en su propia póliza individual.

Empleado

- Puede elegir hasta 5 veces sus ingresos Anuales desde \$10,000 hasta \$250,000 en incrementos de \$10,000;
- La emisión de garantía de \$100,000 sólo está disponible durante su primera oportunidad de elegir la cobertura;
- El seguro de muerte accidental y desmembramiento es igual al importe del seguro de vida que seleccione;
- Los empleados con afiliación abierta Anual pueden aumentar el importe de su cobertura existente en \$10,000 hasta el importe de emisión garantizado (o 5 veces el salario Anual) sin necesidad de rellenar una Prueba de Asegurabilidad (EOI);
- Los beneficios se reducen a los 70 Años al 50%;
- La cobertura finaliza en el momento de la jubilación.

Cónyuge

- Si el empleado elige la cobertura, el Cónyuge puede elegir desde \$10,000 hasta \$125,000 en incrementos de \$10,000;
- El importe mínimo es de \$10,000 ;
- La emisión de garantía de \$30,000 sólo está disponible durante la primera oportunidad de elegir la cobertura;
- La cobertura finaliza a los 70 Años.

Niños

- Si el empleado elige la cobertura, puede elegir \$10,000 por Hijo (la cobertura es de emisión garantizada);
- Los Hijos dependientes incluyen: Desde los 14 Días hasta los 19 Años; hasta los 25 Años si es estudiante a tiempo completo.

Características:

- Prestación de cuidados en vida/muerte acelerada (75% del importe de la prestación del seguro de vida en caso de enfermedad terminal, sin superar los \$250,000);
- Renuncia a la prima
- Beneficios adicionales por AD&D (cinturón de seguridad, airbag, portador común)

LAS TASAS SE MUESTRAN EN EL SISTEMA DE INSCRIPCIÓN EN LÍNEA

Cuándo Se REQUIERE Un Cuestionario Médico / PRUEBA DE ASEGURAMIENTO (EOI):

- Empleados o Cónyuges recién elegibles que soliciten una cobertura superior al Importe de emisión garantizado
- Empleados que han renunciado previamente a la cobertura y se inscriben durante la inscripción abierta (cualquier cantidad)
- Cónyuges que han renunciado previamente a la cobertura y se inscriben durante la inscripción abierta (cualquier cantidad)
- Empleado que aumenta la cobertura de \$10,000 o por encima del límite de IG en la inscripción abierta
- Cónyuge que aumenta la cobertura en la inscripción abierta (cualquier importe)



Planes Voluntarios De Incapacidad A Corto Plazo

¿Cuánto Tiempo Puede Estar Sin Cobrar?

Si usted es como la mayoría de la gente, no tiene suficientes ahorros para emergencias como para perder muchas nóminas. ¿Qué posibilidades tiene de quedar discapacitado e incapacitado para trabajar? Hoy en Día, uno de cada cuatro jóvenes de 20 Años quedará discapacitado antes de jubilarse.

Se puede ignorar el problema, pero es difícil ignorar los hechos. Los accidentes extraños NO suelen ser los culpables. Las lesiones de espalda, el cáncer, las cardiopatías y otras enfermedades causan la mayoría de las bajas de larga duración.

¿Está preparado por si le ocurre a usted? Probablemente no. Si es usted como la mayoría de los empleados, no dispone de un seguro de incapacidad ni de ahorros de emergencia suficientes para 31,2 Meses. Sí, la solicitud media de incapacidad a largo plazo dura 31,2 Meses.

Mutual of Omaha le ofrece las siguientes opciones de incapacidad para quitarle la preocupación de no poder trabajar y llevar un sueldo a casa.

Planes De Incapacidad A Corto Plazo

Opción 1

Periodo De Carencia:	Beneficios Pagaderos El Decimoquinto Día
Cuantía De La Prestación:	66 2/3 % Del Salario Semanal
Prestación Máxima:	\$1,000 Semanales
Duración De La Prestación:	24 Semanas

Opción 2

Periodo De Carencia:	Beneficios Pagaderos El 46º Día
Cuantía De La Prestación:	66 2/3 % Del Salario Semanal
Prestación Máxima:	\$1,000 Semanales
Duración De La Prestación:	20 Semanas

Opción 3

Periodo De Carencia:	Beneficios Pagaderos El Nonagésimo Primer Día
Cuantía De La Prestación:	66 2/3 % Del Salario Semanal
Prestación Máxima:	\$1,000 Semanales
Duración De La Prestación:	13 Semanas

Los beneficios por incapacidad a corto plazo no se abonarán mientras el afiliado esté percibiendo una paga por baja por enfermedad, una paga por permiso personal, un permiso de vacaciones u otro tipo de continuación salarial, incluidas las cantidades donadas. Otras fuentes de ingresos, denominadas "ingresos deducibles", también pueden reducir el pago de una prestación. Otras fuentes de ingresos deducibles se definen en el certificado de la póliza del plan de seguro. Si esta suma supera el 100% de su Ganancia Básica Semanal, la prestación Semanal se reducirá en el importe que supere el 100% de su Ganancia Básica Semanal. La prestación Semanal mínima es de \$25.

LAS TASAS SE MUESTRAN EN EL SISTEMA DE INSCRIPCIÓN EN LÍNEA

Durante el periodo Anual de afiliación abierta, si anteriormente renunció a la cobertura podrá afiliarse sin presentar una Prueba de Asegurabilidad (EOI).

EXCLUSIÓN POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Por *Afección Preexistente* se entiende cualquier Lesión o Enfermedad por la que Usted haya recibido tratamiento médico, consejo o consulta, atención o servicios, incluidas medidas diagnósticas, o se le hayan recetado o tomado fármacos o medicamentos en los 3 Meses anteriores al Día en que quede asegurado por la Póliza.

Mutual of Omaha no proporcionará beneficios por ninguna Incapacidad causada por, atribuible a, o resultante de una Afección Preexistente que comiencen en los 6 primeros Meses después de que Usted esté asegurado de forma continuada en virtud de la póliza.



Seguro De Ingresos Por Incapacidad A Corto Plazo

53300807

EMPLOYEE
BENEFITS

SHORT-TERM DISABILITY INCOME INSURANCE

Maternity Leave FAQs



In accordance with federal regulations, maternity is treated like any other medical condition that prevents you from doing your job. After a normal delivery, benefits may be paid for up to six weeks. However, each situation is unique, so it is important to understand what your benefits are and how benefits are paid.

How do I file a claim?

There are three options available to file a claim:

Fax

1. Go to mutualofomaha.com/support/forms and select the "Standalone Short-term Disability Claim Form."
2. Complete your section and have your employer and physician complete their sections, sign.
3. Fax ALL pages to Mutual of Omaha at 402-997-1865 or scan and email the complete form to newdisabilityclaim@mutualofomaha.com.

Online

1. Go to mutualofomaha.com/support/forms and select the "Online Short-term Disability Claim Form — Employee Statement."
2. Complete the online form by providing all requested information. We only accept Section 1 (Employee Statement) online.
3. Provide your physician's contact information (phone, fax, address) in the required field.

4. Print "Authorization to Disclose Personal and Health Information" form.
5. Complete, sign and fax to 402-997-1865 or scan and email the complete form to newdisabilityclaim@mutualofomaha.com.

Phone

1. Call 800-877-5176 and a customer service representative will complete Section 1 (Employee Statement) with you.
2. Following the call, print the "Authorization to Disclose Personal and Health Information" form.
3. Complete, sign and fax to 402-997-1865 or scan and email the complete form to newdisabilityclaim@mutualofomaha.com or mail to:

Mutual of Omaha Insurance Company
Attn: Group Insurance Claims
3300 Mutual of Omaha Plaza,
Omaha, NE 68175-0001.



Underwritten by
United of Omaha Life Insurance Company
A Mutual of Omaha Company

Disability income is underwritten by United of Omaha Life Insurance Company, 3300 Mutual of Omaha Plaza, Omaha, NE 68175, 1-800-769-7159. United of Omaha Life Insurance Company is licensed nationwide, except in New York. Policy form number 7000GM-U-EZ 2010 or state equivalent (7000GM-U-EZ 2010 NC). Some exclusions and limitations may apply.

460051_0522

United

Seguro De Ingresos Por Incapacidad A Corto Plazo

When do my benefits begin?

Your disability usually begins on the date of your delivery. However, there may be a short period of time, called an **elimination period**, before benefit payments actually begin. Ask your employer or review your certificate booklet to determine the length of your elimination period.

When do my benefits end?

The approval period typically ends six weeks after your delivery date. If you experience a medical complication that prevents you from performing your job, we will review the medical records provided by your physician and may extend your benefits beyond this time frame.

Will I receive benefits if I stop working before my due date?

If you experience medical complications that prevent you from performing your job, we will review medical records provided by your physician and may provide benefits prior to your expected delivery date.

Will I continue to receive benefits, if my physician says I should stay home beyond the six weeks?

Benefits will only extend beyond six weeks if there are medical complications. Your physician will be required to provide certification that the disability will last more than the initial six weeks. Mutual of Omaha will review your medical records and the physical requirements of your job and determine if we will extend your benefits.

For a Cesarean section, if your physician provides certification, we will extend benefits up to an additional two weeks, for a total of up to eight weeks from your delivery due date.

What if I am able to return to work before six weeks?

Your benefits may be adjusted due to an earlier return to work date. Contact Mutual of Omaha at 1-800-877-5176.

I was told I was eligible for six week of benefits, but why did I only receive five weeks of benefits?

You may not receive benefits for all six weeks of your leave.

Actual benefits may vary, depending on the date you deliver and your **elimination period**.

For example, if you deliver on Jan. 15 and have a seven-day elimination period (the period of time after you deliver, but before benefits start), your benefits would begin on Jan. 22 and would end six weeks after the date you delivered, on Feb. 25. In this scenario, you would receive only five weeks of disability benefits.

Isn't everyone eligible for 12 weeks of leave?

Under the federal Family and Medical Leave Act (FMLA), certain employees can take up to 12 weeks of leave for certain family or medical emergencies. The law also provides that, in most cases, you will have a job with your employer when you return from leave. FMLA does not, however, require your employer to provide you with insurance coverage or a paycheck during the leave. Although it is possible to receive disability benefits while on an FMLA leave, FMLA is separate from the disability coverage provided by Mutual of Omaha. Please contact your employer's Human Resources Representative for more information about FMLA.

Will benefits be extended if I need time to bond with my baby?

Benefits for covered individuals are paid only to employees with disabling medical conditions that prevent them from performing their job.

Can my spouse qualify for paternity benefits?

No. Benefits are available when a covered individual is unable to perform their job due to their own sickness or injury.

I am or may be eligible to receive benefits through a state disability plan. How will this impact my benefits with Mutual of Omaha?

Other benefits that you receive or are eligible to receive due to your disability may reduce the benefit payable by Mutual of Omaha. If you are eligible to receive benefits through a state disability plan, you will need to complete the appropriate filing process to receive these benefits. Please refer to your short-term disability policy to determine if these benefits are an offset.

Plan Voluntario De Enfermedad Crítica

Un plan colectivo de enfermedad crítica le ayuda a prepararse para los costes añadidos de la lucha contra una enfermedad crítica específica. La buena noticia es que muchas personas que padecen una enfermedad crítica sobreviven a estas batallas que ponen en peligro su vida.

Cuando comienza el proceso de recuperación, la mayoría de la gente se preocupa por las facturas que se han acumulado. Nuestro objetivo es ayudarle a usted y a su familia a afrontar y recuperarse del estrés financiero que supone sobrevivir a una enfermedad crítica.

Periodo De Separación De La Prestación - 6 Meses

Si a un asegurado al que se le diagnosticó una enfermedad crítica en una categoría de beneficios se le diagnostica posteriormente una enfermedad crítica en una categoría de beneficios diferente, las fechas de diagnóstico deben estar separadas por 6 Meses o más para que se abonen los beneficios subsiguientes. No hay periodo de separación de beneficios entre enfermedades críticas diagnosticadas dentro de la misma categoría de beneficios.

Categoría Adicional Prestación por Ocurrencia - Incluida

Este beneficio permite a la persona asegurada recibir hasta el 200% de la suma principal de la IC en las categorías de corazón/circulatorio y órganos, con sujeción a cualquier beneficio máximo de la póliza. Sólo se pagará un beneficio adicional si la fecha de diagnóstico de una enfermedad crítica adicional se produce al menos 12 Meses después de la fecha de diagnóstico de una enfermedad crítica anterior de la persona asegurada en la misma categoría de beneficio por la que se pagaron beneficios.

Prestación Por Reincidencia - 50%

Si un asegurado cobra la prestación completa por una enfermedad cubierta y posteriormente se le diagnostica la misma enfermedad, se le abonará de nuevo la prestación completa si las dos fechas de diagnóstico están separadas por al menos 12 Meses y el asegurado ha estado libre de tratamiento.

Periodo De Espera De La Prestación - 30 Días

Una persona asegurada debe estar asegurada durante un mínimo de 30 Días antes de tener derecho a los beneficios de la IC. Si a un asegurado se le diagnostica una enfermedad crítica durante este periodo, no se le abonarán los beneficios.

Limitación De Las Afecciones Preexistentes - 12/12

No se abonan beneficios por ninguna enfermedad crítica causada por, atribuible a o resultante de una afección preexistente hasta 12 Meses después de que la persona asegurada esté asegurada de forma continua. Una enfermedad preexistente incluye cualquier enfermedad crítica por la que una persona asegurada haya recibido tratamiento en los 12 Meses anteriores a la fecha de afiliación.

\$50 - Beneficio De Chequeo Médico

Se abona una vez por Año civil por cada asegurado que se someta a una prueba de detección de enfermedades.

A continuación figura una lista de las enfermedades cubiertas y el porcentaje de beneficios pagaderos por cada enfermedad:

Porcentaje

Cubierto	Enfermedad cubierta
100%	Infarto
100%	Transplante de Corazón
100%	Derrame Cerebral
100%	Transplante De Órganos Vitales
100%	Insuficiencia Renal Terminal
100%	Cáncer (Invasivo)
50%	Trasplante De Médula Óstrea
25%	Cirugía De Válvulas Cardíacas
25%	Bypass Arterial Coronario
25%	Cirugía Aórtica
25%	Síndrome De Dificultad Respiratoria Aguda
25%	Carcinoma In Situ
25%	Tumor Cerebral Benigno



Disponible Solo Para Niños

100%	Parálisis Cerebral*
100%	Defectos Congénitos Estructurales*
100%	Trastornos Genéticos*.
100%	Trastornos Metabólicos Congénitos*
100%	Diabetes tipo 1*

* Sólo se paga una vez por persona asegurada en virtud de la póliza.

Age Bands	Monthly Rates			
	Employee \$10,000 Benefit		Spouse \$5,000 Benefit	
	Non-Tobacco	Tobacco	Non-Tobacco	Tobacco
Ages 0-24	\$3.90	\$4.40	\$1.95	\$2.30
Ages 25-29	\$4.90	\$5.50	\$2.25	\$2.80
Ages 30-34	\$6.40	\$7.40	\$3.00	\$3.95
Ages 35-39	\$8.50	\$10.40	\$4.15	\$6.00
Ages 40-44	\$12.20	\$15.90	\$6.35	\$10.00
Ages 45-49	\$16.70	\$24.00	\$9.65	\$16.80
Ages 50-54	\$21.80	\$35.40	\$14.20	\$26.25
Ages 55-59	\$28.30	\$51.00	\$19.85	\$39.20
Ages 60-64	\$39.30	\$77.30	\$28.45	\$59.70
Ages 65-69	\$53.00	\$111.90	\$38.65	\$85.65

Las primas del empleado y del Cónyuge se calculan con la edad del empleado/miembro en la fecha de efecto del plan. Las tarifas se ajustan una vez al Año en la fecha de aniversario del plan que coincida o siga al Día en que un empleado/miembro alcance el edad inicial de la siguiente franja de edad.

La cobertura de los Hijos es automática al 25% de la cantidad del empleado hasta \$5,000. No se requiere una prima aparte.

Los Hijos están cubiertos hasta los 26 Años.

Las tarifas del tabaco se aplican a cualquier consumo de tabaco o sustitutivo de la nicotina en los últimos 12 Meses.

PRESTACIÓN ANUAL DE BIENESTAR – \$50.00
Por Cada Asegurado Por Año Civil



La única oportunidad de afiliarse a Enfermedad Crítica es como nuevo empleado o en su Afiliación Abierta Anual. Si ha renunciado previamente a la cobertura y desea afiliarse en la Afiliación Abierta, deberá cumplimentar una Prueba de Asegurabilidad (EOI).

Los acontecimientos que cumplan los requisitos y los cambios de estado durante el

Plan Voluntario De Accidentes

El Plan de Accidentes Colectivo de Mutual of Omaha proporciona beneficios para ayudar a cubrir los gastos asociados a facturas médicas inesperadas. Cuando se produce un accidente cubierto, lo último de lo que quiere preocuparse es de cómo pagar las facturas. El Plan de Accidentes Colectivos de Mutual of Omaha le abona la prestación independientemente de cualquier otro seguro.

Características:

- Cobertura las 24 horas dentro y fuera del trabajo
- Paga independientemente de cualquier otro seguro
- beneficios para tratamientos hospitalarios y ambulatorios
- Emisión garantizada para los nuevos empleados
- Cobertura portátil

Beneficios Por Accidente

- \$ 100 - Sala De Urgencias
- \$ 75 - Centro De Atención Urgente
- \$ 50 - Visita Inicial Al Consultorio Médico
- \$ 50 - Tratamiento De Seguimiento (Hasta 2 Por Accidente)
- \$ 100 - Examen De Diagnóstico
- \$ 100 - Ambulancia Terrestre (500 \$ Ambulancia Aérea)
- \$ 750 - Ingreso Hospitalario
- \$ 100 - Internamiento Hospitalario Por Día
- \$ 300 - Cuidados Intensivos Hospitalarios Por Día
- \$ 50 - Internamiento En Un Centro De Rehabilitación

(Hasta 30 Días Por Accidente)

Fracturas

- \$ 1,500 - 3,000 / Cadera
- \$ 750 - 1,500 / Cuerpo Vertebral
- \$ 750 - 1,500 / Muslo O Pantorrilla
- \$ 300 - 600 / Antebrazo, Mano, Pie, Tobillo O Rodillera
- \$ 300 - 600 / Omóplato O Mandíbula Inferior
- \$ 50 - 100 - Dedo De La Mano O Del Pie

Laceraciones

- \$ 25 - No Requiere Puntos De Sutura
- \$ 50 - Menos De 2 Pulgadas
- \$ 150 - De 2 A 6 Pulgadas De Largo
- \$ 400 - Más De 15 Cm De Largo

Quemaduras

- \$ 50 - \$500 - Quemaduras De Segundo Grado
- \$ 1,000 - \$5,000 - Quemaduras De Tercer Grado

Muerte Accidental

- \$25,000 - Empleado (\$50,000 Transportista Común)
- \$12,000 - Cónyuge (\$24,000 - Transportista Común)
- \$ 2,000 - Niños (\$4,000 Transporte Común)

Prestación Por Desmembramiento

- 100% - Pérdida De Ambas Manos, Pies, Vista De Ambos Ojos
- 100% - Pérdida Del Habla Y La Audición (En Ambos Oídos)
- 50% - Parálisis De Ambos Miembros Superiores E Inferiores
- 50% - Pérdida De Una Mano, Un Pie, Vista De Un Ojo o Pérdida De Audición (En Ambos Oídos)
- 25% - Parálisis De Un Miembro



Mensualmente

Prima	Quién Está Cubierto
\$8.50	Sólo Para Empleados
\$12.55	Empleado Y Cónyuge
\$14.50	Empleado E Hijos
\$19.01	Familia



La única oportunidad de inscribirse en el Plan de Accidentes es como nuevo empleado o en su inscripción abierta Anual.

Los acontecimientos que cumplan los requisitos y los cambios de estado durante el Año del plan no permiten la afiliación.



Programa De Asistencia Al Empleado

Employee Assistance Summary of Services



ASSISTANCE
by **bhs.**

What is an EAP?

Provided by BHS, your Employee Assistance Program (EAP) provides you and your household members with **free, confidential, in-the-moment support** to help with personal or professional problems that may interfere with work or family responsibilities.

What Happens When You Call the EAP?

A Care Coordinator (master's level clinician) will confidentially assess the problem, assist with any emergencies and connect you to the appropriate resources. The Care Coordinator may resolve your need within the initial call; assess your need as a short-term issue, which can be resolved by an EAP counselor within the available sessions; assess your need as requiring long-term care and assist with connecting you to a community resource or treatment provider available through your health insurance plan.*

Common Reasons to Call Your EAP

Relationships	Life Events	Risks	Challenges
Boss/	Birth/Death	Burnout/Anger	Daily
Co-worker	Health/	Depression/	responsibilities
Customers	Illness	Anxiety	Financial/Legal
Friends	Marriage/Divorce	Suicidal thoughts	Parenting
Spouse/Kids	Promotion/	Substance abuse	Stress/
	Retirement		Conflict

PROGRAM FEATURES:

 **Program Cost**
This benefit is provided at **NO COST*** to you and is paid for by your employer.

 **Confidentiality**
BHS follows all federal and state privacy laws. When you speak with us, you can trust that your conversations and information will be kept completely confidential.

Information about your problem cannot be released without your written permission.

 **Available 24/7**
Services are available 24-hours a day, 7-days a week via a toll-free number.

Help is just a phone call away.

Call or text to access services.

800-327-2251

MyBHS Portal

The mobile-friendly MyBHS customer portal provides access to more than 500,000 tools and resources on a variety of well-being and skill-building topics.

Features:

- ✓ Program Information
- ✓ Access to Services
- ✓ Announcements
- ✓ Assessments
- ✓ Café Series Webinars
- ✓ Training Center
- ✓ Calculators
- ✓ Legal Forms
- ✓ News & Tips
- ✓ And more...



Access the MyBHS Portal online or via the app.

portal.BHSONline.com

ID: **GODDARDUSD**



Download on the App Store

GET IT ON Google play

* If you require a referral for long-term treatment, costs may be incurred. These are often covered by your health insurance plan.

Programa De Asistencia Al Empleado

How to Access Services



1 Call 800-327-2251

Free, confidential, in-the-moment support is available 24/7 to help with personal or work-related problems that may interfere with your job or family responsibilities. A BHS Care Coordinator will confidentially answer your call, understand your need, assist with any emergencies and connect you to the appropriate resources. They will then follow up with you to ensure your satisfaction and progress.



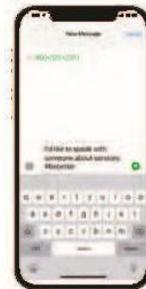
2 Text 800-327-2251

Text BHS to ask a question about the program, get in-the-moment support (routine needs only) or initiate services. All texts will be answered within one (1) business day.*

To start a conversation, simply send a text and use one of the following hashtags:

#BEBETTER to connect with a master's level Care Coordinator

#WORKLIFE to connect with a Work-Life Resource Specialist



3 portal.BHSONline.com

The **MyBHS Portal** provides access to services, contains information about your program and offers unlimited access to thousands of tools, resources and trainings on a variety of well-being and skill-building topics.

Connect with a BHS Care Coordinator

Live Chat connects you with an available BHS representative to answer questions, provide in-the-moment support or to initiate services.

Or, fill out the **Service Request Form**** and a BHS representative will respond within one (1) business day.



4 The BHS App

One-touch Dialing - Call our toll-free number 24/7 to speak with a BHS Care Coordinator for urgent needs.

Ask a Question - Submit a question or request services and a BHS representative will respond within one (1) business day.

Access the MyBHS Portal - Contains information about your program and unlimited access to thousands of tools, resources and trainings on a variety of well-being and skill-building topics.



* Text messages are answered during regular business hours, Monday-Friday 8 a.m.-8 p.m. ET, excluding holidays. Text users must be 18 or older. Not available for California residents. Text services are not intended for emergencies or urgent issues - please call 9-1-1 or 800-327-2251 for immediate help.

** Individuals under the age of 18 are invited to call our toll-free service line to request services in lieu of online requests due to age of consent laws that vary by state.

Plan De Jubilación 403(b)

Las Escuelas Públicas de Goddard ofrecen un Plan de Cuenta con Protección Fiscal 403(b). Como empleado elegible usted tiene la capacidad de participar en este Plan haciendo contribuciones voluntarias de reducción de salario al Plan. El empleado debe estar asignado y trabajar 20 horas o más por Semana para ser elegible.

¿Qué Tipo De Aportaciones Pueden Realizarse A Este Plan?

Este plan prevé aportaciones de reducción salarial antes de impuestos, aportaciones de reducción salarial Roth después de impuestos y reinversiones. Las aportaciones antes de impuestos se deducen antes de que pague el impuesto sobre la renta corriente. Las inversiones antes de impuestos crecen con impuestos diferidos y las aportaciones y cualquier ganancia se gravan cuando usted toma una distribución de este plan. Las aportaciones Roth después de impuestos se deducen después de que pague los impuestos sobre la renta corrientes. Las ganancias de las aportaciones Roth después de impuestos no tributarán nunca si tiene 59 ½ Años, fallece o queda discapacitado y ha mantenido la cuenta Roth durante 5 Años en el momento de su distribución desde este plan. Puede reinvertir los beneficios de un plan de jubilación elegible de una empresa anterior en este plan. Se pueden realizar aportaciones patronales al plan. Consulte con su empleador o representante financiero los tipos de aportaciones patronales que permite el plan.

¿Cuánto Puedo Aportar?

Puede aportar hasta el 100% de su remuneración a este plan hasta el límite permitido por el Código de Rentas Internas (\$23,500 en 2025).

Si tiene 50 Años o más, puede realizar una cotización "de recuperación" de hasta \$7,500.

¿Puedo Perder Mis Beneficios?

Siempre se le confiere el 100% de sus cotizaciones de reducción salarial. Esto significa que el valor de sus cotizaciones y sus ganancias son suyas cuando deje de trabajar para su empleador, sin tener en cuenta sus Años de servicio.

¿Qué Tengo Que Hacer Para Empezar A Cotizar?

La deducción automática de la nómina retira sus cotizaciones directamente de su nómina después de que rellene un Acuerdo de Reducción Salarial y lo devuelva a su representante financiero o a su empleador. Puede comenzar a cotizar o modificar el importe de sus cotizaciones actuales en cualquier momento modificando su Acuerdo de Reducción Salarial.

Puede obtener una lista de representantes financieros que pueden ayudarle visitando

<http://www.bbadmin.com>

Una vez que haya accedido al sitio web, siga estas instrucciones:

- Seleccione Empleado En El Menú De La Izquierda
- Seleccione Su Estado En El Menú Desplegable
- Seleccione Su Empleador En El Segundo Menú Desplegable
- Seleccione El Enlace "Proveedores /Productos/Reps Aprobados".

Proveedores De Inversión 403(b) Participantes

Los siguientes proveedores de inversión están disponibles para el envío de las aportaciones de reducción salarial y las transferencias en el marco del Plan 403(b):

Provider	Contact	Phone Number	Address	Email
AMERICAN FIDELITY ASSURANCE CO.	AMERICAN FIDELITY ASSURANCE	(800) 662-1106	P.O. BOX 25520 OKLAHOMA CITY, OK 73125	
AMERIPRISE FINANCIAL SERVICES	KIMBERLY READ	(620) 663-9505	13 W 11TH AVE HUTCHINSON, KS 67501	
AMERIPRISE FINANCIAL	MARK NANCE	(620) 276-8025	2606 FLEMING ST GARDEN CITY, KS 67846	LARRY.M.NANCE@AMPF.COM
EQUITABLE	CONNOR HAMPTON	(316) 641-8079	7309 E 21ST ST STE 120 WICHITA, KS 67217	CONNOR.HAMPTON@EQUITABLE.COM
FIDUCIARY TRUST CO. OF NEW HAMPSHIRE	AMY MCKINLEY	(316) 721-6767	8925 W. MAPLE ST STE 15 WICHITA, KS 67209	
FIDUCIARY TRUST CO. OF NEW HAMPSHIRE	BRENT DOME	(316) 201-6655	8925 W. MAPLE ST STE 1 WICHITA, KS 67209	
PLANMEMBER REP	PARKER MALDONADO	(316) 260-9203	9324 W. CENTRAL WICHITA, KS 67212	PARKER.MALDONADO@KSEDUPLUS.COM
HORACE MANN LIFE INS. CO.	ROD W MYERS	(316) 788-2894	P.O BOX 247 DERBY, KS 67037	ROD.MYERS@HORACEMANN.COM
PCS RETIREMENT -ASPIRE FINANCIAL SERVICES	ASPIRE FINANCIAL SERVICES	(866) 634-5873	4010 BOY SCOUT BLVD STE.500 TAMPA, FL 33607	
PLANMEMBER FINANCIAL CORP.	PLAN MEMBER SERVICES	(800) 874-6910	6187 CARPINTERIA AVE. CARPINTERIA, CA 93013	
OFG FINANCIAL SERVICES	IAN LINDSTROM	(316) 990-8923	7309 E 21st ST N STE 130 WICHITA, KS 67206	IANLINDSTROM@OFGFINANCIAL.COM
OFG FINANCIAL SERVICES	MICHAEL PECK	(316) 249-6762	13461 W LINKS ST. WICHITA, KS 67235	MIKEPECK@OFGFINANCIAL.COM

UPDATED 11/1/24

Features and highlights

About KPERS 457

KPERS 457 is a governmental 457(b) deferred compensation plan. It's a retirement savings plan that allows eligible employees to supplement any existing retirement and pension benefits by saving pretax dollars through a voluntary salary contribution.

Traditional pretax or Roth after-tax contributions

You can choose to pay taxes on your contributions now, when you take money out or both. Consider the amount of taxes you might be paying in retirement.

State employees

You have the flexibility to designate all or part of your deferrals as Roth after-tax contributions.

Local employees

Check with your employer to see if the Roth option is available.

Eligibility requirements

All employees of any participating KPERS 457 employer are eligible to contribute to the 457 plan, including full-time, part-time and seasonal employees (excluding contractors).

Enrollment

You can enroll at kpers457.org or by phone at **800-232-0024**. You will need a Group Number and Plan Enrollment Code, which are available from your employer.

Contributions

The minimum amount you can contribute to each plan is \$12 or 1% per pay period. The IRS sets annual contribution limits for 457(b) plans. You can contribute:

- Up to 99% of your salary or **\$23,000 in 2024**, whichever is less.
- An additional \$7,500 as a catch-up contribution if you are age 50 or older.

KPERS 457 also offers a special catch-up provision. If you are within three calendar years of your normal retirement age, you can contribute up to twice the regular limit — **\$46,000**. The amount you are able to contribute for the special catch-up is based on amounts you were eligible to contribute in previous years but did not. You can't use both catch-up contribution types in the same calendar year.

Contribution and investment changes

Log on to the website or call the Customer Care Center to change your contributions. You can also change your investment options at any time.¹

Rollovers

KPERS 457 allows you to roll over balances from eligible 457(b), 401(k) or 403(b) plans or from an Individual Retirement Account (IRA). Consider all your options and their features and fees before moving money between accounts.²

Investment options

A self-directed brokerage account (SDBA) and a wide array of core investment options are available in the plan. You can find investment option information at kpers457.org or by calling **800-232-0024**.

The SDBA is intended for knowledgeable investors who understand the risks associated with the SDBA.

Want help?

We know investment decisions can be confusing, so KPERS 457 has two services that you can use:

Online Advice

Online Advice, provided by Empower Advisory Group, LLC, a registered investment adviser, is designed to help you choose specific investments based on your personal goals and financial situation. This service is only available through the website.

Point-in-Time Advice

A powerful phone-based service that can help answer questions about:

- Whether you should consolidate some of your accounts
- How to invest your contributions in KPERS 457
- How much you should save in KPERS 457
- Taking distributions from KPERS 457 once you've left employment

These services are available at no additional cost to you. There is no guarantee provided by any party that participation in any of the advisory services will result in a profit.



Withdrawals

Qualifying distribution events:

- Retirement
- Severance of employment (as defined by Internal Revenue Code provisions)
- Reaching age 73 (The IRS generally requires you to start taking required minimum distributions (RMDs) at age 73. If you turned 72 in 2022 and delayed your first-time RMD until April 1, 2023, you must take your 2022 RMD by April 1, 2023, and your 2023 RMD by December 31, 2023.)
- Death (your beneficiary receives your benefits)
- Unforeseeable emergency (as defined by the Internal Revenue Code)
- Birth or adoption of a child
- Transfer to purchase pension service credit

Pretax distributions are subject to income tax except for a transfer to purchase pension service credit. To receive a tax-free distribution of Roth contributions, you must have had the account for at least five years and meet certain requirements.

The 10% early withdrawal penalty that applies to 401(k) plans and IRAs generally does not apply to distributions from your KPERS 457 account.² Keep in mind that once your employment has ended, you have many choices, including leaving your money in KPERS 457.

Plan costs

Costs for participating in KPERS 457 include:

- An annual charge of 0.10% deducted monthly for an Empower administrative cost
- An annual charge of 0.048% deducted monthly for a KPERS administrative cost
- An investment management cost that varies by investment option
- Transactional costs for participation in the SDBA option

Loans

If your employer offers loans, you can borrow up to \$50,000 or 50% of your vested account balance, whichever is less.

- A loan must be repaid within five years (20 years if used to purchase your primary residence).
- There is a \$100 origination fee for each loan.
- You may have one loan at a time.

Helpful resources

More information is available at kpers457.org or at **800-232-0024**. If you're looking for general information related to your retirement savings or want to go over the benefits of your plan, you can also meet with a Retirement Plan Counselor throughout the state of Kansas. If you have any questions about your KPERS 457, visit kpers457.org to schedule a meeting.

¹ Transaction requests received in good order after the close of the New York Stock Exchange will be processed the next business day.

² Funds rolled into a governmental 457 plan from another type of plan or account may still be subject to the 10% early withdrawal penalty if taken before age 59½.

³ Withdrawals may be subject to ordinary income tax. The 10% federal early withdrawal penalty does not apply to deferred compensation plan withdrawals except for withdrawals attributable to rollovers from another type of plan or account.

Investing involves risk, including possible loss of principal.

Securities, when presented, are offered and/or distributed by Empower Financial Services, Inc., Member FINRA/SIPC. EFSI is an affiliate of Empower Retirement, LLC; Empower Funds, Inc.; and registered investment adviser Empower Advisory Group, LLC. This material is for informational purposes only and is not intended to provide investment, legal, or tax recommendations or advice.

Point-in-time advice is provided by an Empower representative registered with Empower Financial Services, Inc. at no additional cost to account owners. There is no guarantee provided by any party that use of the advice will result in a profit.

Online Advice and the managed account service are part of the Empower Advisory Services suite of services offered by Empower Advisory Group, LLC, a registered investment adviser. Past performance is not indicative of future returns. You may lose money.

Securities available through Schwab Personal Choice Retirement Account (PCRA) are offered through Charles Schwab & Co., Inc. (Member SIPC), a registered broker-dealer. Additional information can be obtained by calling 888-393-7272. Charles Schwab & Co., Inc. and Empower Financial Services, Inc. are separate and unaffiliated.

"EMPOWER" and all associated logos and product names are trademarks of Empower Annuity Insurance Company of America.

©2023 Empower Annuity Insurance Company of America. All rights reserved. 130000-01-FLY-WF-261353-0923(2769853) RO3035394-0923

HELP YOUR EMPLOYEES SOAR



KPERS and KPERS 457 are better together

KPERS 457 is the State's deferred compensation plan. It's an additional savings option designed to help your employees supplement their KPERS or KP&F pension for a more sound retirement.

Why add KPERS 457?

Many financial professionals suggest replacing at least 80% of one's income for retirement. KPERS and Social Security probably won't be enough, especially for KPERS 3 members. KPERS 457 provides an easy way for employees to save.

And it's offered at no cost to employers.



Here's how it works:

- ▶ No minimum number of employees
- ▶ Roth or pretax option
- ▶ Contributions automatically deducted from employee's pay
- ▶ Employees can contribute as little as \$12 per pay period
- ▶ Employers are not required to match contributions
- ▶ You can offer KPERS 457 if you already have a 457(b) or 403(b) plan
- ▶ Most Kansas public employers — even those without KPERS — can offer KPERS 457
- ▶ Easy to adopt
- ▶ KPERS handles fiduciary duties, reducing your workload and liability
- ▶ Counselors are salaried
- ▶ A State-provided benefit available to you, as an employer, to add KPERS 457 for your employees



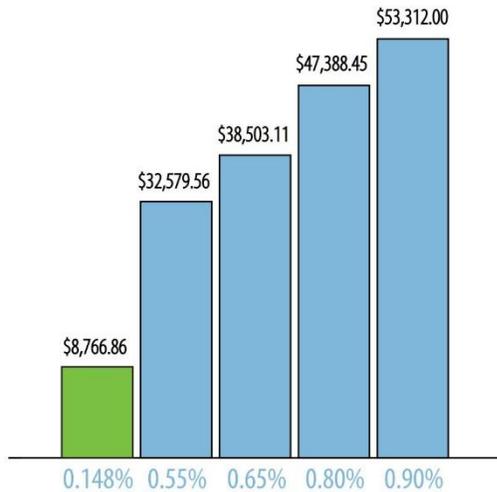
KPERS 457



KPERS and KPERS 457 = big picture

KPERS and KPERS 457 are separate benefits, but the two plans work together to help employees see the big picture when it comes to their retirement. When a KPERS 457 participant logs in to their account, they can see their pension info (if they are a vested member) along with a Social Security estimate (if they contribute).

Costs to participants over 30 years



Administrative expenses

FOR ILLUSTRATIVE PURPOSES ONLY. This hypothetical illustration does not represent the performance of any investment options and does not include all plan expenses. It assumes a beginning balance of \$20,000, contributions of \$100 every two weeks and a hypothetical 6% annual rate of return with reinvestment of all earnings and no withdrawals.

The chart above compares the KPERS 457 annual cost of 0.148% with other plans' potential costs up to 0.90%. It may not sound like much, but over the course of a long career, higher costs can result in thousands of dollars of expenses. Paying less may allow your employees to save more for retirement.

How much will it cost employees?

Sometimes it can be hard to see costs associated with retirement plans. There are usually administrative and investment costs. KPERS 457 makes them clear, fair and as low as possible.

0.148%	Service provider and fiduciary oversight
Vary by investment	Investment expenses charged directly by investment managers; vary by employee investment selection

The annual service/oversight rate is divided by 12 and deducted monthly based on a participant's account balance. That means for every \$1,000 invested, the administrative cost is \$1.48 a year.



Get started with KPERS 457 today!

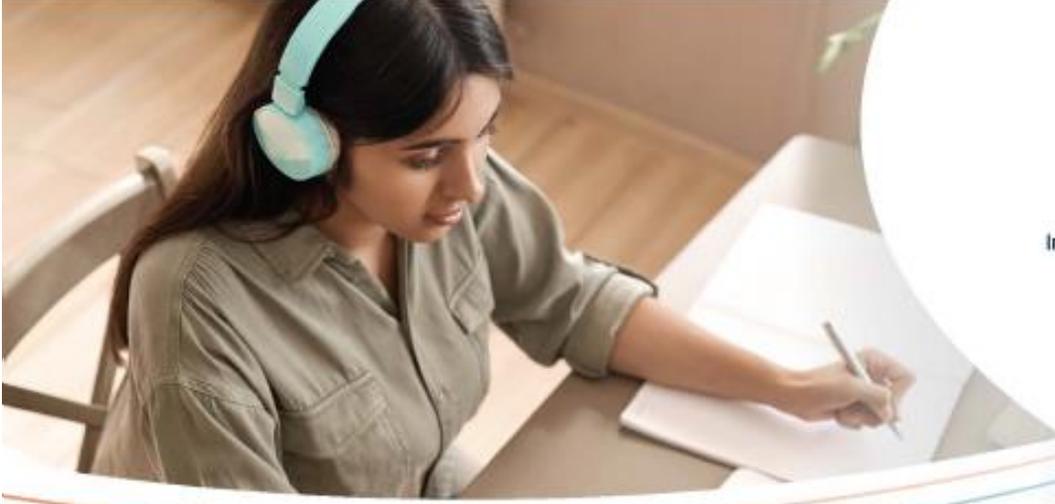
Give us a call at **1-816-783-7049** if you have questions or need additional information.

FOR PLAN SPONSOR USE ONLY.

Securities, when presented, are offered and/or distributed by Empower Financial Services, Inc., Member FINRA/SIPC. EFSI is an affiliate of Empower Retirement, LLC; Empower Funds, Inc.; and registered investment adviser Empower Advisory Group, LLC. This material is for informational purposes only and is not intended to provide investment, legal, or tax recommendations or advice.

"EMPOWER" and all associated logos and product names are trademarks of Empower Annuity Insurance Company of America.

©2024 Empower Retirement, LLC. All rights reserved. 130000-01-FLY-WF-261464-0224(3135058) RO3366479-0224



Insurance | Risk Management | Consulting

Ask Your Advocate Team

Put our team to work to maximize your healthcare benefits.

Gallagher is ready to help you get the most from your benefit program by providing support from an advocate at no cost to you. Get assistance with:

- 1 Explanation of benefits**
Is it unclear to you what the insurance covered on a particular claim and what is your responsibility?
- 2 Prescription challenges**
Is the pharmacy telling you that your medication is not covered or charging you full price? Do you need help with an authorization for a medication?
- 3 Benefits questions**
Are you unsure if the insurance company will pay for a certain procedure?
- 4 Claim issues**
Did you receive a bill from a doctor but don't know why?
- 5 Difficult situations**
Are you having difficulty getting a referral? Has the insurance carrier denied a procedure and you want to appeal their decision?

Connect with Us

USD 265 Goddard

Phone: (833) 295-5141

Email: bac.usd265goddardadvocates@ajg.com

Hours of operation

Monday - Friday
7 a.m. - 8 p.m. Central Time

ajg.com The Gallagher Way. Since 1927.

Consulting and insurance brokerage services to be provided by Gallagher Benefit Services, Inc. and/or its affiliate Gallagher Benefit Services (Canada) Group Inc. Gallagher Benefit Services, Inc. is a licensed insurance agency that does business in California as "Gallagher Benefit Services of California Insurance Services" and in Massachusetts as "Gallagher Benefit Insurance Services." Neither Arthur J. Gallagher & Co., nor its affiliates provide accounting, legal or tax advice.
© 2021 Arthur J. Gallagher & Co. | 39957

FMLA

Derecho A Vacaciones Básicas

La FMLA exige a las empresas cubiertas que proporcionen hasta 12 Semanas de permiso no retribuido y protegido por el puesto de trabajo a los empleados que reúnan los requisitos necesarios por los siguientes motivos:

- Por el nacimiento y cuidado del Hijo recién nacido de un empleado;
- Para la colocación con el empleado de un niño en adopción o acogida;
- Para cuidar del Cónyuge, Hijo o Padre del empleado, que padezca una enfermedad grave; o
- Por un estado de salud grave que incapacite al empleado para realizar su trabajo.

Permiso Familiar Militar

Los empleados elegibles con un Cónyuge, Hijo, Hija o Padre en servicio activo o llamado al estado de servicio activo en la Guardia Nacional o las Reservas en apoyo de una operación de contingencia pueden utilizar su derecho de licencia de 12 Semanas para abordar ciertas exigencias calificadoras. Las exigencias calificadoras pueden incluir la asistencia a determinados actos militares, la organización de un cuidado alternativo de los Hijos, la resolución de determinados trámites financieros y legales, la asistencia a determinadas sesiones de asesoramiento y la asistencia a sesiones informativas de reintegración tras el despliegue.

La FMLA también incluye un derecho de permiso especial que permite a los empleados con derecho a ello tomar hasta 26 Semanas de permiso para cuidar de un miembro del servicio cubierto durante un único periodo de 12 Meses. Un miembro del servicio cubierto es un miembro actual de las Fuerzas Armadas, incluido un miembro de la Guardia Nacional o de las Reservas, que tiene una lesión o enfermedad grave contraída en el cumplimiento del deber en servicio activo que puede incapacitarle médicamente para desempeñar sus funciones para las que el miembro del servicio está recibiendo tratamiento médico, recuperación o terapia; o se encuentra en estado ambulatorio; o está en la lista de incapacitados temporales.

Beneficios Y Protecciones

Durante la baja por la FMLA, el empleador debe mantener la cobertura sanitaria del empleado bajo cualquier "plan de salud colectivo" en los mismos términos que si hubiera seguido trabajando. A la vuelta de la baja por FMLA, la mayoría de los empleados deben ser reincorporados a sus puestos originales o equivalentes con un salario, beneficios y otras condiciones de empleo equivalentes.

El uso del permiso FMLA no puede dar lugar a la pérdida de ningún beneficio laboral acumulado antes del inicio del permiso del empleado.

Requisitos

Los empleados son elegibles si han trabajado para un empleador cubierto al menos un Año, durante 1.250 horas en los 12 Meses anteriores, y si al menos 50 empleados están contratados por el empleador dentro de un radio de 75 millas.

Definición De Estado De Salud Grave

Un problema de salud grave es una enfermedad, lesión, impedimento o afección física o mental que implique o bien una estancia de una noche en un centro de atención médica, o bien un tratamiento continuado por parte de un proveedor de atención médica para una afección que impida al empleado desempeñar las funciones de su puesto de trabajo, o bien impida al familiar calificado participar en la escuela o en otras actividades cotidianas.

Sujeto a determinadas condiciones, el requisito de tratamiento continuado puede cumplirse mediante un periodo de incapacidad de más de 3 Días naturales consecutivos combinado con al menos dos visitas a un profesional sanitario o una visita y un régimen de tratamiento continuado, o una incapacidad debida a un embarazo, o una incapacidad debida a una enfermedad crónica. Otras afecciones pueden cumplir la definición de tratamiento continuado.

Uso De Las Vacaciones

No es necesario que un empleado utilice este derecho de permiso en un solo bloque. El permiso puede tomarse de forma intermitente o con un horario reducido cuando sea médicamente necesario. Los empleados deben hacer esfuerzos razonables para programar el permiso para el tratamiento médico previsto de modo que no interrumpa indebidamente las operaciones del empleador. Los permisos por exigencias médicas también pueden tomarse de forma intermitente.

Sustitución De Permisos Retribuidos Por Permisos No Retribuidos

Los empleados están obligados a utilizar las vacaciones pagadas acumuladas mientras toman la licencia FMLA. Para poder utilizar las vacaciones pagadas durante el permiso FMLA, los empleados deben cumplir con las políticas normales de vacaciones pagadas del empleador.

FMLA (cont)

Responsabilidades De Los Empleados

Los empleados deben notificar con 30 Días de antelación la necesidad de tomar una baja por la FMLA cuando la necesidad sea previsible. Cuando no es posible avisar con 30 Días de antelación, la empleada debe avisar tan pronto como sea posible y, por lo general, debe cumplir con los procedimientos normales de convocatoria del empleador.

Los empleados deben proporcionar información suficiente para que el empleador pueda determinar si el permiso puede acogerse a la protección de la FMLA y el momento y la duración previstos del permiso. La información suficiente puede incluir que el empleado es incapaz de realizar funciones laborales, que el miembro de la familia es incapaz de realizar actividades Diarias, la necesidad de hospitalización o de tratamiento continuado por un proveedor de atención sanitaria, o circunstancias que apoyen la necesidad de un permiso familiar militar. Los empleados también deben informar al empleador si el permiso solicitado es por un motivo por el que ya se tomó o certificó previamente un permiso FMLA. También se puede exigir a los empleados que presenten una certificación y una recertificación periódica que respalden la necesidad del permiso.

Responsabilidades Del Empleador

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados que solicitan una baja si reúnen los requisitos para acogerse a la FMLA. En caso afirmativo, la notificación debe especificar cualquier información adicional necesaria, así como los derechos y responsabilidades de los empleados.

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados si la licencia será designada como protegida por la FMLA y la cantidad de licencia que se contará contra el derecho de licencia del empleado. Si el empleador determina que el permiso no está protegido por la FMLA, debe notificárselo al empleado.

Actos Ilícitos De Los Empresarios

La FMLA prohíbe a cualquier empleador:

- Interferir, restringir o denegar el ejercicio de cualquier derecho previsto en la FMLA;
- Despedir o discriminar a cualquier persona por oponerse a cualquier práctica ilegalizada por la FMLA o por la participación en cualquier procedimiento bajo o relacionado con la FMLA.

Aplicación De La Ley

Un empleado puede presentar una denuncia ante el Departamento de Trabajo de EE.UU. o puede interponer una demanda privada contra un empresario.

La FMLA no afecta a ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación, ni sustituye a ninguna ley estatal o local o convenio colectivo que proporcione mayores derechos de baja familiar o médica.



Ley De Protección De La Salud De Recién Nacidos Y Madres

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos no pueden, por lo general, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la Madre o el recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la legislación federal no prohíbe en general que el proveedor que atiende a la Madre o al recién nacido, tras consultar con la Madre, dé el 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, en virtud de la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

Derechos De Inscripción Especial HIPAA

Aviso Del Plan De Salud USD 265 Goddard Sobre Sus Derechos De Inscripción Especial HIPAA

Nuestros registros muestran que usted reúne los requisitos para participar en el Plan de Salud USD 265 Goddard (para participar realmente, debe rellenar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima mediante deducción en nómina).

Una ley federal llamada HIPAA exige que le informemos sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan según su "disposición de inscripción especial" si adquiere un nuevo dependiente, o si rechaza la cobertura de este plan para usted o para un dependiente que reúna los requisitos mientras esté vigente otra cobertura y más tarde pierde esa otra cobertura por determinadas razones que reúnen los requisitos.

Pérdida De Otra Cobertura (Excepto Medicaid O Un Programa Estatal De Seguro Médico Infantil). Si rechaza la afiliación para usted o para un dependiente que reúna los requisitos (incluido su Cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, podrá afiliarse usted y a sus dependientes a este plan si usted o sus dependientes pierden los requisitos para esa otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). No obstante, deberá solicitar la afiliación en los 30 Días siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empresario deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida De Cobertura De Medicaid O De Un Programa Estatal De Seguro Médico Infantil. Si rechaza la afiliación para usted o para un dependiente que reúna los requisitos (incluido su Cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico infantil, podrá afiliarse usted y a sus dependientes a este plan si usted o sus dependientes pierden los requisitos para esa otra cobertura. No obstante, deberá solicitar la inscripción en los 60 Días siguientes a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o de un programa estatal de seguro de salud infantil.

Nuevo Dependiente Por Matrimonio, Nacimiento, Adopción O Colocación En Adopción. Si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrá inscribirse a sí mismo y a sus nuevos dependientes. No obstante, deberá solicitar la afiliación en los 30 Días siguientes al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Elegibilidad para la subvención de primas de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico infantil: si usted o las personas a su cargo (incluido su Cónyuge) reúnen los requisitos para recibir una subvención estatal de asistencia para el pago de primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, es posible que puedan inscribirse usted y las personas a su cargo en este plan. No obstante, deberá solicitar la inscripción en los 60 Días siguientes a la determinación de su derecho o el de sus dependientes a dicha ayuda.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, póngase en contacto con Nick Grummert - Director de Recursos Humanos en el (316) 794-4000 o ngrummert@goddardusd.com.

Advertencia Importante

Si rechaza la afiliación para usted o para un dependiente que reúna los requisitos, deberá rellenar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, deberá indicar que la cobertura de otro plan de salud colectivo u otra cobertura de seguro médico (incluido Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil) es el motivo por el que rechaza la afiliación, y se le pedirá que identifique dicha cobertura. Si no cumplimenta el formulario, usted y las personas a su cargo no tendrán derecho a la inscripción especial en caso de pérdida de otra cobertura, tal y como se ha descrito anteriormente, pero seguirá teniendo derecho a la inscripción especial cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud de la obtención del derecho a un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan, tal y como se ha descrito anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especiales por la pérdida de otra cobertura, no podrá inscribirse ni inscribir a sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el periodo de inscripción abierta Anual del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especiales debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, o en virtud de la obtención del derecho a un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico infantil con respecto a la cobertura de este plan.

Avisos

Ley De Derechos De La Mujer Contra El Cáncer Y La Salud

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 ("WHCRA", por sus siglas en inglés). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico que la atienda y la paciente, para:

- Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetas a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el plan. Por lo tanto, se aplicarán los siguientes deducibles y coseguros:

Plan 1: Plan PPO de \$1,500 (Individual: 50% de coseguro y \$1,500 de deducible; Familiar: 50% de coseguro y \$3,000 de deducible)

Plan 2: Plan PPO de \$3,500 (Individual: 50% de coseguro y \$3,500 de deducible; Familiar: 50% de coseguro y \$7,000 de deducible)

Plan 3: Plan PPO HDHP de \$5,000 (Individual: coseguro del 0% y deducible de \$5,000; Familiar: coseguro del 0% y deducible de \$10,000)

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, póngase en contacto con Nick Grummert - Director de Recursos Humanos en el (316) 794-4000 o ngrummert@goddardusd.com.

Resumen De Los Beneficios COBRA

En determinados casos en los que, de lo contrario, finalizaría la cobertura del plan, puede disponerse de una prórroga temporal de los beneficios sanitarios. Consulte el Aviso COBRA proporcionado anteriormente para revisar sus derechos y obligaciones en virtud de las disposiciones de la ley relativas a la continuación de la cobertura.

Este cuadro muestra el periodo máximo durante el cual debe ofrecerse la continuación de la cobertura para los eventos calificativos específicos y los beneficiarios calificados que tienen derecho a elegir la continuación de la cobertura cuando se produce el evento específico. **Tenga en cuenta que un evento es un evento calificativo sólo si hace que el beneficiario calificado pierda la cobertura del plan.**

Su cobertura será facturada directamente por la compañía de seguros a la tarifa de grupo más una tasa administrativa del 2%. La cobertura sanitaria, dental y oftalmológica puede continuar en virtud de COBRA.

Evento Calificado	Beneficiario Calificado	Número De Meses
El Empleado Rescinde El Contrato O Se Reducen Las Horas De Trabajo.	Empleado, Cónyuge, Hijo A Cargo	18
El Empleado Pierde La Cobertura Porque El Empresario Se Declara En Quiebra Según El Capítulo 11.	Empleado Y Todos Los Dependientes Cubiertos.	18
El Empleado Queda Discapacitado.	Empleado Y Todos Los Dependientes Cubiertos.	29
El Empleado Se Convierte En Elegible Para Medicare Debido A La Edad Mientras Está En COBRA.	Todos Los Dependientes Cubiertos.	36
La Muerte Del Empleado.	Todos Los Dependientes Cubiertos.	36
Divorcio O Separación Legal.	Todos Los Dependientes Cubiertos.	36
El Hijo A Cargo Deja De Cumplir Los Requisitos Para Serlo (Por Ejemplo, Alcanza La Edad Máxima De Dependencia).	Hijo A Cargo Al Alcanzar La Edad Máxima De Dependencia.	36

Avisos

Aviso De Cobertura Acreditable

Aviso Importante De USD 265 Goddard Sobre Su Cobertura De Medicamentos Recetados Y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su actual cobertura de medicamentos recetados con USD 265 Goddard y sobre las opciones que le ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay Dos Cosas Importantes Que Tiene Que Saber Sobre Su Cobertura Actual Y La Cobertura De Medicamentos Recetados De Medicare:

- 1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare empezó a estar disponible en 2006 para todos los beneficiarios de Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan Medicare de Medicamentos Recetados o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima Mensual más elevada.**
- 2. USD 265 Goddard ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Dado que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más elevada (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

¿Cuándo Puede Inscribirse En Un Plan De Medicamentos De Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando cumpla por primera vez los requisitos de Medicare y cada Año del 15 de Octubre al 7 de Diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también tendrá derecho a un Periodo de inscripción especial (SEP) de dos (2) Meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué Ocurre Con Su Cobertura Actual Si Decide Inscribirse En Un Plan Medicare De Medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de USD 265 Goddard no se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de USD 265 Goddard, tenga en cuenta que usted y las personas a su cargo podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo Pagará Una Prima Más Alta (Penalización) Por Inscribirse En Un Plan De Medicamentos De Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con USD 265 Goddard y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos dentro de los 63 Días continuos siguientes a la finalización de su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos más adelante.

Si pasa 63 Días continuos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima Mensual puede subir al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al Mes por cada Mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve Meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el Mes de Octubre siguiente para afiliarse.

Avisos

Si Desea Más Información Sobre Este Aviso O Sobre Su Cobertura Actual De Medicamentos Recetados...

Para más información, póngase en contacto con la persona indicada a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso cada Año. También lo recibirá antes del próximo periodo en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de USD 265 Goddard. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Más Información Sobre Sus Opciones En La Cobertura De Medicamentos Recetados De Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Medicare le enviará una copia del manual por correo cada Año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan directamente en contacto con usted.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada interior de su ejemplar del manual "Medicare y Usted") para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, tiene a su disposición una ayuda adicional para pagar la cobertura de los medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda extra, visite la página web de la Seguridad Social www.socialsecurity.gov, o llámeles al 1-800-772- 1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este Aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que le pidan una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una multa).

Fecha: 01 De Enero De 2025
Nombre De La Entidad/Emisor: USD 265 Goddard
Puesto De Contacto/Oficina: Nick Grummert- Director De Recursos Humanos
Dirección De La Oficina: 201 S Main, PO BOX 249
Goddard, Kansas 67052-0249
Estados Unidos
Número De Teléfono: (316) 794-4000

Avisos

Asistencia Para El Pago De Primas En El Marco De Medicaid Y Del Programa De Seguro Médico Para Niños (CHIP)

Si usted o sus Hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus Hijos no reúnen los requisitos para Medicaid o CHIP, no podrán acogerse a estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o las personas a su cargo ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los Estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para averiguar si dispone de ayuda para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría reunir los requisitos para alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su Estado si cuenta con un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o las personas a su cargo reúnen los requisitos para recibir asistencia para el pago de las primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como los requisitos para recibirla en virtud del plan de su empresa, ésta debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 Días a partir de que se determine que reúne los requisitos para la asistencia para el pago de las primas**. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de su empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede optar a una ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empresa. La siguiente lista de estados está actualizada a 31 de Julio de 2024. Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA - Medicaid	ALASKA - Medicaid
Página Web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Página Web Del Programa De Pago De Primas Del Seguro Médico De AK: http://myakhipp.com/ Teléfono 1-866-251-4861 Correo Electrónico: customerservice@mya_KHIPP.com Elegibilidad Para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/pages/default.aspx Fax: 916-440-5676 Correo Electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ARKANSAS - Medicaid	CALIFORNIA - Medicaid
Página Web: http://Myarhipp.Com/ Teléfono 1-855-myarhipp (855-692-7447)	Página Web Del Programa De Pago De Primas Del Seguro Médico (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo Electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO - Health First Colorado (Programa Medicaid De Colorado) Y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA - Medicaid
Página Web De Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro De Contacto Para Miembros De Health First Colorado 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio Al Cliente De CHP+: 1-800-359-1991/Relé Estatal 711 Programa De Compra De Seguro Médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio De Atención Al Cliente De HIBI: 1-855-692-6442	Página Web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA - Medicaid	INDIANA - Medicaid
Página Web De GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono 678-564-1162, Pulse 1 Página Web De GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono 678-564-1162, Pulse 2	Programa De Pago De Primas De Seguro Médico Todos Los Demás Medicaid Página Web: http://www.in.gov/fssa/df/ https://www.in.gov/medicaid/ Administración De Servicios Familiares Y Sociales Teléfono 1-800-403-0864 Teléfono De Atención Al Afiliado 1-800-457-4584

Avisos

IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS - Medicaid
<p>Página Web De Medicaid: Iowa Medicaid Salud Y Servicios Humanos</p> <p>Teléfono De Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Página Web De Hawki: Hawki - Niños Sanos Y Saludables En Iowa Salud Y Servicios Humanos</p> <p>Hawki Teléfono: 1-800-257-8563</p> <p>Página Web Del HIPP: Pago De Las Primas Del Seguro Médico (HIPP) Salud Y Servicios Humanos (Iowa.Gov)</p> <p>Teléfono HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Página Web: https://www.kancare.ks.gov/</p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p> <p>Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA - Medicaid
<p>Programa Integrado De Pago De Primas Del Seguro Médico De KentuckyKI- HIPP) Página Web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/pages/kihipp.aspx</p> <p>Teléfono: 1-855-459 6328</p> <p>Correo Electrónico: KIHIPP.program@ky.gov</p> <p>KCHIP Página Web: https://kynect.ky.gov</p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Página Web De Medicaid De Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Página Web: www.medicaid.la.gov O www.ldh.la.gov/lahipp</p> <p>Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea Directa De Medicaid) O 1-855-618-5488 (Lahipp)</p>
MAINE - Medicaid	MASSACHUSETTS - Medicaid Y CHIP
<p>Página Web De Inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_us</p> <p>Teléfono 1-800-442-6003 TTY: Maine Relay 711</p> <p>Prima Del Seguro Médico Privado Página Web: https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms</p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740</p> <p>TTY: Maine Relay 711</p>	<p>Página Web: https://www.mass.gov/masshealth/pa</p> <p>Teléfono: 1-800-862-4840</p> <p>TTY: 711</p> <p>Correo Electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
<p>Página Web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</p> <p>Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Página Web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</p> <p>Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA - Medicaid	NEBRASKA - Medicaid
<p>Página Web: http://dphhs.mt.gov/montanahealthcareprograms/HIPP</p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p> <p>Correo Electrónico hhshippprogram@mt.gov</p>	<p>Página Web: http://www.accessnebraska.ne.gov</p> <p>Teléfono: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA - Medicaid	NEW HAMPSHIRE - Medicaid
<p>Página Web De Medicaid: http://dhcfp.nv.gov</p> <p>Teléfono De Medicaid: 1-800-992 0900</p>	<p>Página Web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-programa-premio-seguro</p> <p>Teléfono: 603-271-5218</p> <p>Número Gratuito Del Programa HIPP 1-800-852-3345, Ext. 15218</p> <p>Correo Electrónico: dhhs.thirdpartyliabi@dhhs.nh.gov</p>
NUEVA JERSEY - Medicaid Y CHIP	NUEVA YORK - Medicaid
<p>Página Web De Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</p> <p>Teléfono 1-800-356-1561</p> <p>CHIP Premium Assistance Teléfono: 609-631-2392</p> <p>Página Web De CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html</p> <p>Teléfono De CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Página Web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</p> <p>Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE - Medicaid	DAKOTA DEL NORTE - Medicaid
<p>Página Web: https://medicaid.ncdhhs.gov/</p> <p>Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Página Web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare</p> <p>Teléfono: 1-844-854-4825</p>

Avisos

OKLAHOMA - Medicaid y CHIP		OREGON - Medicaid y CHIP	
Página Web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono 1-888-365-3742		Página Web: http://healthcare.oregon.gov/pages/index.aspx Teléfono 1-800-699-9075	
PENNSYLVANIA - Medicaid Y CHIP		ISLA DE RHODE - Medicaid Y CHIP	
Página Web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono 1-800-692-7462 Página Web De CHIP: Programa De Seguro Médico Para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono De CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)		Página Web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono 1-855-697-4347, O 401-462-0311 (Línea Directa Rite Share)	
CAROLINA DEL SUR - Medicaid		DAKOTA DEL SUR - Medicaid	
Página Web: https://www.scdhhs.gov Teléfono 1-888-549-0820		Página Web: http://dss.sd.gov Teléfono 1-888-828-0059	
TEXAS - Medicaid		UTAH - Medicaid Y CHIP	
Página Web: Programa De Pago De Primas Del Seguro Médico (HIPP) Salud Y Servicios Humanos De Texas Teléfono 1-800-440-0493		Página Web De La Asociación De Primas Del Seguro Médico De Utah (UPP): https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo Electrónico: upp@utah.gov Teléfono 1-888-222-2542 Página Web De La Ampliación Para Adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Página Web Del Programa De Compra De Medicaid De Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Página Web De CHIP: https://chip.utah.gov/	
VERMONT- Medicaid		VIRGINIA - Medicaid Y CHIP	
Página Web: Programa De Pago De Primas Del Seguro Médico (HIPP) Departamento De Acceso A La Salud De Vermont Teléfono 1-800-250-8427		Página Web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/seguro-sanitario-pago-de-primas-hipp-programas Teléfono De Medicaid/CHIP 1-800-432-5924	
WASHINGTON - Medicaid		VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid Y CHIP	
Página Web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022		Página Web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono De Medicaid 304-558-1700 Teléfono Gratuito De CHIP: 1-855-mywvhipp (1-855-699-8447)	
WISCONSIN - Medicaid Y CHIP		WYOMING - Medicaid	
Página Web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono 1-800-362-3002		Página Web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-elegibilidad/ Teléfono 1-800-251-1269	

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de Julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, póngase en contacto con cualquiera de ellos:

Departamento De Trabajo De EE.UU.
Administración De Seguridad De Beneficios Para Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento De Salud Y Servicios Humanos De EE.UU.
Centros De Servicios De Medicare Y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menú Opción 4, Ext. 61565

Declaración De La Ley De Reducción De Trámites

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 Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de 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. Asimismo, a pesar de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si ésta no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información supondrá una media de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo 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: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W.,

Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control OMB 1210- 0137.

Número De Control OMB 1210-0137 (Caduca El 31/1/2026)

Información De Contacto

 Insurance Risk Management Consulting	Su Defensor De Beneficios Arthur J. Gallagher 4622 Pennsylvania Ave., Suite 920 Kansas City, MO 64112	Teléfono: (833) 295-5141 Correo Electrónico: bac.usd265goddardadvocates@ajg.com
	Planes Médicos Blue Cross & Blue Shield Of Kansas 1133 SW Topeka Boulevard Topeka, KS 66612-0001	Teléfono: (800) 432-3990 Correo Electrónico: csc@bcbsks.com Web: www.bcbsks.com
	Plan Dental Blue Cross & Blue Shield Of Kansas 1133 SW Topeka Boulevard Topeka, KS 66612-0001	Teléfono: (800) 432-3990 Correo Electrónico: csc@bcbsks.com Web: www.bcbsks.com
	Plan De Seguro De Visión Surency Life And Health, Inc. Apartado De Correos 789773 Wichita, Kansas 67278-9773	Teléfono: (866) 818-8805 Correo Electrónico: moreinfo@surency.com Web: www.surency.com
	Planes De Seguro De Vida, Invalidez, Enfermedad Crítica Y Accidentes Mutual Of Omaha Mutual Of Omaha Plaza Omaha, Nebraska 68175	Teléfono: (800) 369-3809 Web: www.mutualofomaha.com
	Plan Cafetería Flexible Benefit Services Corporation 8700 West Bryn Mawr Avenue Suite 1010S Chicago, IL 60631	Teléfono: (888) 345-7990 Correo Electrónico: service@myflexaccount.com Web: www.myflexaccount.com
	Programa De Asistencia Al Empleado BHS	Teléfono: (800) 327-2251 Web: portal.bhsonline.com Identificación De La Organización: GODDARDUSD



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting

Gallagher - Todos Los Derechos Reservados