

Un estado de salud general

Elije tu camino hacia el bienestar



Tu Guía de selección de beneficios 2024 del Gabinete de personal

La Inscripción abierta es del 9 de octubre al 27 de octubre de 2023

Promesa de LivingWell para 2024:

Todos los titulares del plan deben realizar la evaluación de la salud de Castlight.

Esta Guía de selección de beneficios se publica anualmente, antes de la Inscripción abierta, para ayudarte a elegir los beneficios.

Esta guía se puede utilizar durante 2024 para nuevos empleados y cuando haya un evento calificado que permita un cambio de beneficios.



Índice

Bienvenido	3	Atención de maternidad	21
Aspectos destacados de la Inscripción abierta	4	Building Healthy Families	21
¡Novedades o cambios para 2024!	5	Apoyo para la lactancia a través de LiveHealth Online	21
Seguro médico	7	Dolor de espalda y de las articulaciones	22
Cuadro de beneficios	8	Hinge Health.....	22
Contribuciones a la prima mensual 2024 para usuarios no fumadores	10	Programa de acupuntura de UK Healthcare	22
Contribuciones a la prima mensual 2024 para usuarios fumadores	11	Salud mental y conductual	22
Cobertura de medicamentos recetados	12	RethinkCare	22
Inscríbete en caremark.com	12	Salud conductual de LiveHealth Online	22
Beneficio de medicamentos para tratamiento preventivo: evita tu deducible	12	Learn to Live.....	22
PrudentRx	12	Centro de recursos de salud conductual y línea de recursos para el trastorno por abuso de sustancias	23
Beneficios de valor para la diabetes, la EPOC, el asma y la hipertensión	13	¡Obtén dinero en efectivo y descuentos en primas! 23	
HRA de exención para fines generales	14	SmartShopper	23
HRA de exención para fines limitados	15	Recompensas de bienestar	23
Cuenta de gastos flexibles (FSA) para cuidado médico 16		Términos que debes conocer	24
Cuenta FSA para cuidado diurno de niños y adultos ... 17		Plazos para empleados nuevos	25
Promesa de LivingWell	18	Eventos calificados	26
Programas de beneficios	19	Seguro dental opcional de Anthem	27
Telesalud y atención telefónica	19	Seguro de visión opcional de Anthem	28
Telesalud a través de la Clínica de salud de LivingWell	19	Compensación diferida	30
Telesalud a través de LiveHealth Online.....	19	Información de contacto	31
Telesalud a través de proveedores distintos de los mencionados anteriormente	19	Avisos legales	33
Línea de Enfermería 24/7	20	Declaración del KEHP sobre el consumo de tabaco ...35	
Programas para dejar de fumar	20	Términos y condiciones	36
Medicamentos recetados y de venta libre	20		
Programa Live Tobacco Free.....	20		
Freedom from Smoking.....	20		
Quit Now Kentucky	20		
Beneficios para la diabetes	21		
Lark	21		
DSMES.....	21		

Bienvenido

Esta Guía de selección de beneficios (BSG) está disponible para revisión cuando selecciones beneficios para ti y tu familia. Se publica anualmente para ayudarte a elegir los beneficios durante la Inscripción abierta. También puedes utilizar esta guía para seleccionar beneficios como empleado nuevo o si experimentas un evento calificado durante el año. Es muy importante que leas esta guía detenidamente para conocer los numerosos beneficios que tienes a disposición.

Presta mucha atención a la información importante que deberás revisar mientras eliges tus beneficios:

- Opciones de planes de seguro de salud, dental, de visión y de vida
- Primas
- Cuadros de beneficios
- Cuentas de gastos flexibles (FSA)
- Renuncia al seguro médico

Si tienes preguntas, consulta la Información de contacto en la página 31 para saber quién puede responder mejor tu pregunta.



Aspectos destacados de la Inscripción abierta

Primas y beneficios del seguro médico

- No habrá aumento en las contribuciones a las primas del seguro médico para los empleados en 2024.
- No habrá cambios en los copagos, coseguros, deducibles o montos máximos de bolsillo.

Planes dentales y de visión

- No habrá aumento en las primas dentales o de visión en 2024.

Seguro de vida

- No habrá cambios en las primas opcionales del seguro de vida en 2024.
- Durante la Inscripción abierta, puedes agregar o aumentar el seguro de vida opcional para ti o tu cónyuge sin una declaración sobre el estado de salud.

Aunque puedes hacer cambios en el seguro de vida de tus hijos dependientes (menores de 26 años) en cualquier momento del año, la Inscripción abierta es un buen momento para evaluar tus necesidades de seguro y si necesitas agregar o aumentar el seguro de vida de tus dependientes.

También puedes inscribirte en el seguro de vida si eres empleado nuevo o si se produce un evento de cambio de vida, como tener un nuevo hijo, casarte o divorciarte.

Plan predeterminado

Los empleados nuevos que no se inscriban en un plan médico serán inscritos automáticamente en el plan LivingWell Basic CDHP sin Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA).

¡No dejes pasar la oportunidad!

Debes tomar medidas para aprovechar ciertos beneficios disponibles para ti.

La inscripción obligatoria se requiere si deseas:

- la HRA de exención para fines generales;
- una cuenta de gastos flexibles para cuidado médico; o
- una cuenta de gastos flexibles para cuidado diurno de niños y adultos.

Si no te inscribes afirmativamente en estos beneficios, perderás los beneficios y los fondos transferidos; consulta las secciones sobre estos beneficios para obtener más información.

Otras circunstancias de inscripción

DEBES inscribirte si:

- quieres cambiar tu plan de seguro médico;
- quieres agregar o eliminar dependientes;
- quieres cambiar o elegir un plan dental o de visión; o
- quieres cambiar o elegir un plan de seguro de vida opcional para ti o tus dependientes.

Aunque es posible que no debas volver a inscribirte, te recomendamos que revises tus opciones del plan y te asegures de que el plan que tienes actualmente aún satisfaga tus necesidades.

No tienes que inscribirte si:

- deseas conservar tu plan de seguro médico actual;
- actualmente tienes una HRA de exención para fines limitados y deseas conservarla;
- eres una Autoridad de pensiones públicas de Kentucky (KPPA) o un jubilado del Sistema de jubilación para docentes (TRS) menor de 65 años que regresó al trabajo y deseas conservar tu plan actual de seguro médico con tu empleador activo; o
- deseas conservar tu plan de seguro dental y de visión actual.

Ferías de beneficios

Puedes elegir asistir a una de las cuatro ferias de beneficios presenciales a continuación, o ver seminarios web pregrabados. Escanea el código QR para acceder a los seminarios web.



Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
2 de octubre Condado de Hopkins	3 de octubre Condado de Pulaski	4 de octubre Condado de Franklin	5 de octubre Condado de Pike
Hopkins Co. Career and Technical Center 1775 Patriot Drive Madisonville, KY 42431 De 2:00 p.m. a 6:00 p.m.	The Center for Rural Development Northern Hall 2292 South Hwy 27 Somerset, KY 42501 De 2:00 p.m. a 6:00 p.m.	Kentucky State Office Building Auditorium 501 High Street Frankfort, KY 40601 De 8:00 a.m. a 6:00 p.m.	Central High School Cafeteria 100 Winners Circle Drive Pikeville, KY 41501 De 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

iNovedades o cambios para 2024!

Carrum Health

Ayuda a los miembros a obtener la experiencia de cuidado médico de la más alta calidad posible, ¡por un costo mucho menor! Los Centros de Excelencia Carrum ofrecen cuidado para pacientes con cáncer y una variedad de procedimientos quirúrgicos, como cirugías de rodilla, cadera, corazón y pérdida de peso. ¡Sin facturas inesperadas! ¡Sin costo compartido (copagos o deducibles) para ti! Tu camino hacia una vida más saludable.

Conéctate con Carrum:

- Conoce a tu especialista en cuidado médico, que te ayudará durante todo el proceso para darte una mano y responder cualquier pregunta.
- Carrum coordina tu cirugía, desde la planificación de tu primera cita hasta la fisioterapia posoperatoria.
- Carrum trabaja con el 10% de los mejores médicos del país, por lo que sabrás que estarás en las mejores manos el día de la cirugía, con todo el apoyo de Carrum.
- El cuidado médico de alta calidad no tiene que costarte miles de dólares. Tu plan médico cubre la mayoría, si no todos, los gastos médicos relacionados con tu cirugía, incluidos ciertos gastos de viaje.

Castlight

Vigente a partir del 1.º de enero de 2024, Castlight será tu nuevo proveedor de bienestar.

- Obtén un descuento en la prima y otras recompensas de bienestar.
- Cumple tu Promesa de LivingWell completando la Evaluación de la salud entre el 1.º de enero y el 1.º de julio de 2024, para recibir un descuento en la prima de un máximo de \$480 en el año del plan 2025.

¡Toma decisiones inteligentes sobre los beneficios con Castlight, tu recurso de salud digital!

Castlight elimina las dudas sobre la administración de los beneficios para que puedas tomar las mejores decisiones para ti y tu familia. Se trata de un recurso digital integral que te ayuda a conocer todos tus beneficios y a enfocarte en tu salud y bienestar.

Durante la Inscripción abierta, tomas decisiones que afectan tanto tu salud como tus finanzas. Castlight puede ayudarte con tu planificación y guiarte en la dirección correcta.

La información que ves en Castlight se basa en tus beneficios únicos y tus necesidades de salud.

- Revisa tu cobertura de beneficios actual.
- Llama o habla con un guía de salud, tu defensor de cuidado médico.
- Recibe recomendaciones de proveedores de bajo costo dentro de la red.
- Obtén notificaciones regulares y oportunas, como recordatorios de exámenes anuales.
- Haz un seguimiento de tus gastos y adminístralos para ser un mejor consumidor de cuidado médico. Maximiza los beneficios y programas disponibles para ti.
- Ve el progreso en tus objetivos de salud y revisa tu cuidado preventivo.

¿Todavía no estás registrado en Castlight? Es fácil. Descarga la aplicación móvil Castlight desde la App Store o Google Play. O bien, [visita mycastlight.com/mybenefits](https://mycastlight.com/mybenefits). Regístrate y obtén el apoyo que necesitas para tomar las mejores decisiones para ti y tu familia.



iNovedades o cambios para 2024!

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

El monto que puedes contribuir a una cuenta de gastos flexibles para cuidado médico aumentará a \$3,050 por año. El monto máximo acumulado aumentará \$610 por año de 2024 a 2025.

El programa Future Moms ahora se llama Cómo promover familias saludables (Building Healthy Families)

Programa para dejar de fumar (Live Tobacco Free)

Las clínicas de salud de LivingWell realizan un programa de manejo del estilo de vida de 7 semanas que es virtual a través de Zoom. Las clases serán en un entorno de grupo virtual con sesiones semanales de 30 minutos de duración cada uno. Una vez que hayas completado el programa, podrás programar una visita virtual con el proveedor para terapia de reemplazo de nicotina. **Nota: Este programa está destinado a empleados únicamente.** Los jubilados, cónyuges y dependientes no tienen cobertura en las clínicas de salud de LivingWell. Los empleados deben utilizar su propio tiempo para asistir a una sesión. Las sesiones están disponibles una vez por trimestre.

PrudentRx

PrudentRx ahora está disponible en todas las opciones del plan. ¡Ahorra dinero con tus medicamentos especializados! PrudentRx ha colaborado con CVS Caremark® para ofrecer un programa de asistencia de copago de terceros (fabricantes) que puede ayudarte a ahorrar dinero cuando surtas tu receta a través de la red especializada de CVS; CVS/Caremark y PrudentRx trabajarán contigo para obtener asistencia de copago de terceros para tu medicamento, si está disponible. Una vez inscrito en el programa PrudentRx, no pagarás nada de bolsillo (así es, \$0) por los medicamentos de la lista de medicamentos especializados de tu plan dispensados por una farmacia de la red especializada de CVS. Tu inscripción en el programa comenzará automáticamente, pero puede ser necesario realizar algunos pasos adicionales, como inscribirse en el programa de asistencia de copago de un fabricante. Puedes dejar de participar en cualquier momento, pero si lo haces, se aplicará un coseguro del 30% a tus medicamentos especializados.

Programa de acupuntura de UK Healthcare

Medicina integrativa de UK Healthcare y el KEHP han lanzado un programa de acupuntura sin costo para los miembros del KEHP. La cantidad máxima de visitas ha aumentado a 20 visitas para 2024 según el plan de tratamiento del miembro. No requiere ninguna referencia del médico. Solo llama a Medicina integrativa de UK Healthcare, al **859-323-HEAL (4325)**.

Beneficios de valor

Este programa tiene costos reducidos en medicamentos recetados y suministros de mantenimiento relacionados con diagnósticos específicos. En 2023, este beneficio era para diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma. Ahora incluimos hipertensión (presión arterial alta) a este beneficio de valor para 2024.



Seguro médico

El Plan médico para empleados de Kentucky (KEHP) ofrece tres opciones de plan de seguro médico. Revisa los detalles a continuación para ver qué opción del plan es la mejor para ti y tu familia. Hay más especificaciones del plan en esta guía y en el Folleto de beneficios médicos para cada plan.

LivingWell CDHP

¿Quieres pagar primas más bajas y recibir dinero en una HRA para reducir tu deducible? LivingWell CDHP podría ser el plan para ti.

- Es la opción más valiosa de los planes que ofrece el KEHP.
- Se recomienda a quienes tienen pocos o muchos gastos médicos.
- Todos los servicios cubiertos, excepto ciertos artículos como cuidado preventivo y algunos medicamentos recetados específicos, están sujetos al deducible.
- Una vez que alcances el deducible, el plan comenzará a pagar el 80% de los gastos cubiertos y pagarás un coseguro del 20%.
- Tanto los gastos médicos como los de farmacia se aplican al deducible y al gasto máximo de bolsillo.
- Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo, tus reclamaciones médicas y de farmacia cubiertas se pagarán al 100%.

Recibirás fondos de la HRA a través de una tarjeta de débito VISA de HealthEquity para cuidado médico.

- La tarjeta está prefinanciada con \$500 si tienes cobertura individual, o \$1,000 si tienes niveles de cobertura de pareja, de padres ampliada o familiar.
- Utiliza los fondos de la HRA para pagar tu coseguro, lo que reduce tu deducible.
- Utiliza esta tarjeta en el consultorio de tu médico, un hospital o una farmacia. Simplemente desliza la tarjeta para pagar tus gastos elegibles, que se deducirán del saldo de tu tarjeta.
- También puedes utilizar esta tarjeta para pagar los gastos dentales y de visión elegibles. Estos gastos no reducen tu deducible.
- Los fondos de tu HRA se podrían transferir a un año posterior, hasta un máximo de \$7,500.

LivingWell PPO

¿Estás dispuesto a pagar más en primas para limitar tus gastos de bolsillo a un copago por ciertos servicios?

LivingWell PPO podría ser el plan para ti.

- Se aplican copagos a las visitas al consultorio médico, el suero para la alergia, las inyecciones para la alergia, los centros de atención de urgencia y los medicamentos recetados no especializados.

- Se aplicará un copago de sala de emergencia, además de tu deducible, y luego un coseguro cuando utilices una sala de emergencia.
- Tus copagos no se aplicarán a tu deducible.
- Tus copagos se aplicarán a tu gasto máximo de bolsillo. Una vez que se alcance tu gasto de bolsillo, no se aplicarán otros copagos.
- La mayoría de los gastos están sujetos al deducible, y luego se cubren al 75%.
- Este plan tiene dos montos máximos de bolsillo: uno para gastos médicos y el otro para gastos de medicamentos recetados. Se acumulan de forma separada, lo cual significa que podrías pagar más de bolsillo según tus gastos.

LivingWell Basic CDHP

¿Qué te parece una cobertura del seguro médico más básica y primas más bajas, y una HRA que te ayude a reducir tu deducible? LivingWell Basic CDHP es justo eso.

- Esta es una cobertura básica para obtener una prima más baja.
- Pagarás el 30% de los servicios cubiertos cuando alcances tu deducible.
- Tanto los gastos médicos como los de farmacia se aplican al gasto máximo de bolsillo.
- Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo, tus reclamaciones médicas y de farmacia cubiertas se pagarán al 100%.

Recibirás fondos de la HRA a través de una tarjeta de tarjeta de débito VISA de HealthEquity para cuidado médico.

- La tarjeta está prefinanciada con \$250 si tienes cobertura individual o \$500 si tienes niveles de cobertura de pareja, de padres ampliada o familiar.
- Utiliza la HRA para pagar tu coseguro, lo que reduce tu deducible.
- Utiliza esta tarjeta en el consultorio de tu médico, un hospital o una farmacia. Simplemente desliza la tarjeta para pagar tus gastos elegibles, que se deducirán del saldo de tu tarjeta.
- También puedes utilizar esta tarjeta para pagar los gastos dentales y de visión elegibles. Estos gastos no reducen tu deducible.
- Los fondos de tu HRA se podrían transferir a un año posterior, hasta un máximo de \$7,500.

Cuadro de beneficios

	LivingWell CDHP		LivingWell PPO		LivingWell Basic CDHP	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Monto máximo de por vida	Sin límite					
HRA	Individual \$500; Familiar \$1,000		Sin HRA		Individual \$250; Familiar \$500	
Deducible anual	Individual \$1,500 Familiar \$2,750	Individual \$2,750 Familiar \$5,250	Individual \$1,000 Familiar \$1,750	Individual \$1,750 Familiar \$3,250	Individual \$2,000 Familiar \$3,750	Individual \$3,250 Familiar \$6,250
Máximo de gastos de bolsillo anual	Se aplica a los gastos médicos y de farmacia		Se aplica a los gastos médicos		Se aplica a los gastos médicos y de farmacia	
	Individual \$3,000 Familiar \$5,750	Individual \$5,750 Familiar \$11,250	Individual \$3,000 Familiar \$5,750	Individual \$5,750 Familiar \$11,250	Individual \$4,000 Familiar \$7,750	Individual \$7,750 Familiar \$11,250

Los deducibles y gastos máximos de bolsillo para proveedores dentro y fuera de la red se acumulan por separado y no se aplican en forma cruzada.

Coseguro	Plan: 80% Miembro: 20%	Plan: 50% Miembro: 50%	Plan: 75% Miembro: 25%	Plan: 50% Miembro: 50%	Plan: 70% Miembro: 30%	Plan: 50% Miembro: 50%
Visita al consultorio médico	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago: \$25 por PCP \$50 por especialista	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Máximo de gastos de bolsillo anual para medicamentos recetados	Combinado con atención médica		Individual \$2,500 Familiar \$5,000	Individual \$5,000 Familiar \$10,000	Combinado con atención médica	
Suministro para 30 días						
Nivel 1: medicamentos genéricos Nivel 2: medicamentos del formulario	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	\$20 \$40	\$40 \$80	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
	Cero costo compartido en medicamentos especializados para aquellos miembros inscritos en el programa de especialidades PrudentRx. Se aplica un coseguro del 30% en medicamentos especializados para aquellos no inscritos.					
Suministro para 90 días (minorista o pedido por correo)	Deducible, luego 20%	Sin cobertura	\$40 \$80	Sin cobertura	Deducible, luego 30%	Sin cobertura

SERVICIOS CUBIERTOS

Visitas al consultorio de cuidado preventivo

Visitas para controles del bebé y control médico pediátrico, según lo recomendado	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%
Examen físico anual de adultos	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%
Vacunas, según lo recomendado	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%
Los exámenes médicos como Papanicolaou, y de laboratorio, como parte de la visita al consultorio preventiva	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%

Servicios para pacientes ambulatorios

Visitas al consultorio de atención primaria y de especialista	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago \$25 por PCP \$50 por especialista	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Telesalud con LiveHealth Online para atención médica y de salud conductual	100%	N/A	100%	N/A	100%	N/A
Telesalud con un proveedor que no sea LiveHealth Online	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago \$25 por PCP \$50 por especialista	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Pruebas de diagnóstico en el consultorio médico	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago por visita al consultorio	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%

	LivingWell CDHP		LivingWell PPO		LivingWell Basic CDHP	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Cirugía realizada en consultorio	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Salud conductual y abuso de sustancias	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Servicios para personas con autismo	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Inyección contra la alergia sin visita al consultorio	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago de \$15	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Suero para alergias	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago de \$15	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Cuidados quiroprácticos (terapia de manipulación) (26 visitas por año como máximo, no más de una visita por día)	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago de \$25	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Servicios de terapia (por visita: física, ocupacional, del habla; límite máximo combinado de 90 visitas por año)	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%

Servicios de emergencia

Centro de atención de urgencia	Deducible, luego 20%	Copago de \$50		Deducible, luego 30%
Sala de emergencia (solo tratamiento médico de emergencia)	Deducible, luego 20%	Copago de \$150, luego deducible, luego 25%. Sin copago si el paciente es admitido.		Deducible, luego 30%
Médico de sala de emergencia	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 25%		Deducible, luego 30%
Ambulancia	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 25%		Deducible, luego 30%

Otros servicios

Hospital para pacientes internados (habitación semiprivada)	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Cirugía/Hospital para pacientes ambulatorios	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Centro de cirugía ambulatoria/ para pacientes ambulatorios	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Atención de maternidad	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago de \$25 (visita al consultorio por diagnóstico de embarazo) Cargo por parto: Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Equipo médico duradero y suministros	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 30%
Cuidado médico en el hogar	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Radiografías, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico, como MRI, CT y PET	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%

Notas: Las áreas incluidas dentro del cuadro son los componentes de cada plan que los miembros utilizan con más frecuencia al elegir una opción de plan, pero no se incluyen todos. Puedes consultar el Resumen de beneficios y cobertura (SBC) para más información. El KEHP ha hecho todo lo posible por garantizar la precisión de los beneficios detallados en este Cuadro de beneficios. Si ha ocurrido un error, los beneficios detallados en las Descripciones resumidas del plan (SPD) de 2024 y los folletos de beneficios médicos determinarán cómo se pagan los beneficios. Los beneficios están sujetos a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones que se establecen en las SPD.

- Los copagos no se acumulan para alcanzar el deducible, pero sí se acumulan para alcanzar el gasto máximo de bolsillo correspondiente. Una vez alcanzado el máximo de gastos de bolsillo, no tendrás que pagar más copagos.
- Ciertos medicamentos para tratar la diabetes, la EPOC, el asma y la hipertensión están sujetos a copagos y coseguros reducidos sin deducibles. Un suministro para 90 días de medicamentos para tratamiento a largo plazo podría estar sujeto a copagos y coseguros más bajos. Ciertos medicamentos preventivos/para tratamiento a largo plazo evitan el deducible en los planes médicos dirigidos por el consumidor (CDHP). Los medicamentos para perder peso ya no están en la lista de medicamentos para tratamiento preventivo de 2024.
- Las reclamaciones se procesan según el tipo de facturación del proveedor, que podría incluir cargos separados de un laboratorio que presta los servicios fuera de la visita al consultorio médico.

Contribuciones a la prima mensual 2024 para usuarios no fumadores

Quienes completaron la Promesa de LivingWell en 2023 para 2024

LivingWell CDHP	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$930.76	\$877.30	\$53.46
Padres ampliada	\$1,269.28	\$1,132.22	\$137.06
Pareja	\$1,866.24	\$1,526.90	\$339.34
Familia	\$2,078.08	\$1,679.16	\$398.92
Familiar combinada	\$1,068.66	\$981.76	\$86.90
LivingWell PPO	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$949.04	\$859.90	\$89.14
Padres ampliada	\$1,320.40	\$1,066.30	\$254.10
Pareja	\$1,981.62	\$1,409.86	\$571.76
Familia	\$2,185.78	\$1,469.14	\$716.64
Familiar combinada	\$1,126.28	\$955.80	\$170.48
LivingWell Basic CDHP	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$901.04	\$872.70	\$28.34
Padres ampliada	\$1,234.80	\$1,167.28	\$67.52
Pareja	\$1,863.04	\$1,581.62	\$281.42
Familia	\$2,069.88	\$1,732.20	\$337.68
Familiar combinada	\$1,057.40	\$1,025.90	\$31.50

Quienes NO completaron la Promesa de LivingWell en 2023 para 2024

LivingWell CDHP	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$930.76	\$837.30	\$93.46
Padres ampliada	\$1,269.28	\$1,092.22	\$177.06
Pareja	\$1,866.24	\$1,486.90	\$379.34
Familia	\$2,078.08	\$1,639.16	\$438.92
Familiar combinada	\$1,068.66	\$941.76	\$126.90
LivingWell PPO	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$949.04	\$819.90	\$129.14
Padres ampliada	\$1,320.40	\$1,026.30	\$294.10
Pareja	\$1,981.62	\$1,369.86	\$611.76
Familia	\$2,185.78	\$1,429.14	\$756.64
Familiar combinada	\$1,126.28	\$915.80	\$210.48
LivingWell Basic CDHP	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$901.04	\$832.70	\$68.34
Padres ampliada	\$1,234.80	\$1,127.28	\$107.52
Pareja	\$1,863.04	\$1,541.62	\$321.42
Familia	\$2,069.88	\$1,692.20	\$377.68
Familiar combinada	\$1,057.40	\$985.90	\$71.50

Todas las contribuciones de primas del empleado son por empleado y por mes.

Contribuciones a la prima mensual 2024 para usuarios fumadores

Quienes completaron la Promesa de LivingWell en 2023 para 2024

LivingWell CDHP	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$930.76	\$837.30	\$93.46
Padres ampliada	\$1,269.28	\$1,052.22	\$217.06
Pareja	\$1,866.24	\$1,446.90	\$419.34
Familia	\$2,078.08	\$1,599.16	\$478.92
Familiar combinada	\$1,068.66	\$941.76	\$126.90
LivingWell PPO	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$949.04	\$819.90	\$129.14
Padres ampliada	\$1,320.40	\$986.30	\$334.10
Pareja	\$1,981.62	\$1,329.86	\$651.76
Familia	\$2,185.78	\$1,389.14	\$796.64
Familiar combinada	\$1,126.28	\$915.80	\$210.48
LivingWell Basic CDHP	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$901.04	\$832.70	\$68.34
Padres ampliada	\$1,234.80	\$1,087.28	\$147.52
Pareja	\$1,863.04	\$1,501.62	\$361.42
Familia	\$2,069.88	\$1,652.20	\$417.68
Familiar combinada	\$1,057.40	\$985.90	\$71.50

Quienes NO completaron la Promesa de LivingWell en 2023 para 2024

LivingWell CDHP	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$930.76	\$797.30	\$133.46
Padres ampliada	\$1,269.28	\$1,012.22	\$257.06
Pareja	\$1,866.24	\$1,406.90	\$459.34
Familia	\$2,078.08	\$1,559.16	\$518.92
Familiar combinada	\$1,068.66	\$901.76	\$166.90
LivingWell PPO	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$949.04	\$779.90	\$169.14
Padres ampliada	\$1,320.40	\$946.30	\$374.10
Pareja	\$1,981.62	\$1,289.86	\$691.76
Familia	\$2,185.78	\$1,349.14	\$836.64
Familiar combinada	\$1,126.28	\$875.80	\$250.48
LivingWell Basic CDHP	Total de la prima	Contribución del empleador	Contribución del empleado
Individual	\$901.04	\$792.70	\$108.34
Padres ampliada	\$1,234.80	\$1,047.28	\$187.52
Pareja	\$1,863.04	\$1,461.62	\$401.42
Familia	\$2,069.88	\$1,612.20	\$457.68
Familiar combinada	\$1,057.40	\$945.90	\$111.50

Todas las contribuciones de primas del empleado son por empleado y por mes.

Cobertura de medicamentos recetados

Todas las opciones de plan médico tienen cobertura de medicamentos recetados. CVS/Caremark administra los beneficios de medicamentos recetados para el KEHP, pero no tienes que utilizar una farmacia CVS. Dirígete a cualquier farmacia dentro de la red que elijas y obtén un suministro de medicamentos para 30 o 90 días. Si prefieres recibir las recetas en tu domicilio, utiliza el programa de pedido por correo minorista de CVS/Caremark.

Inscríbete en [caremark.com](https://www.caremark.com).

La cobertura de medicamentos se limita a los medicamentos del Formulario de valor. Puedes ver las versiones detallada y resumida del Formulario de valor en [kehp.ky.gov](https://www.kehp.ky.gov) o en [caremark.com](https://www.caremark.com). Algunos medicamentos están sujetos a autorización previa. Se encuentra disponible un proceso de apelación para los medicamentos no cubiertos según el Formulario de valor o aquellos recetados por un médico cuyo uso o dosis contradigan la aprobación de la FDA. Si tienes preguntas específicas sobre tus recetas, comunícate con CVS/Caremark al **866-601-6934**.

Es posible que desees compartir la lista del formulario con tu médico de atención primaria u otros proveedores.

Beneficio de medicamentos para tratamiento preventivo: evita tu deducible (LivingWell CDHP o LivingWell Basic CDHP únicamente)

Si tienes LivingWell CDHP o LivingWell Basic CDHP, solo debes pagar el monto de coseguro para los medicamentos de la lista del Beneficio de medicamentos para tratamiento preventivo sin tener que alcanzar primero el deducible. Esta lista incluye medicamentos que se necesitan regularmente para prevenir condiciones como el colesterol alto o la presión arterial alta. Puedes **ver la lista del Beneficio de medicamentos para tratamiento preventivo en [kehp.ky.gov](https://www.kehp.ky.gov)**.

PrudentRx

Podrías ahorrar dinero en tus recetas de medicamentos especializados. PrudentRx ha colaborado con CVS Caremark® para ofrecer un programa de asistencia de copago de terceros (fabricantes) que puede ayudarte a ahorrar dinero cuando surtas tu receta a través de la red especializada de CVS. CVS/Caremark y PrudentRx trabajarán contigo para obtener asistencia de copago de terceros para tu medicamento, si está disponible.

Una vez inscrito en el programa PrudentRx, no pagarás nada de bolsillo (así es, \$0) por los medicamentos de la lista de medicamentos especializados de tu plan dispensados por una farmacia de la red especializada de CVS.

Tu inscripción en el programa comenzará automáticamente, pero puede ser necesario realizar algunos pasos adicionales, como inscribirse en el programa de asistencia de copago de un fabricante. Puedes dejar de participar en cualquier momento, pero si lo haces, se aplicará un coseguro del 30% a tus medicamentos especializados.

ACCIÓN DE SALUD

CVS/Caremark cuenta con la herramienta **Verificar cobertura de medicamentos y precios (Check Drug and Cost Coverage)** que es útil para comparar el costo de los medicamentos en las farmacias cercanas. Cuanto menor sea el costo del medicamento, menos pagarás de coseguro (excepto en el plan LivingWell PPO, que ofrece un copago fijo para los medicamentos recetados). Inscríbete en [caremark.com](https://www.caremark.com), selecciona **Plan y beneficios (Plan & Benefits)** y elige **Verificar cobertura de medicamentos y precios (Check Drug and Cost Coverage)**.

Cobertura de medicamentos recetados

Beneficios de valor para la diabetes, la EPOC, el asma y la hipertensión

Como los costos de los medicamentos recetados siguen aumentando, ¡el KEHP quiere ayudarte a reducir lo que tienes que pagar! Durante varios años, el KEHP ha ofrecido beneficios de valor; y ahora sabemos que estás tomando tus medicamentos como corresponde, ¡porque te cuestan menos! Esto sirve para mejorar tu salud, ahorrar dinero y reducir los costos del plan. ¡Es beneficioso para todos!

Con los beneficios de valor para la diabetes, la EPOC, el asma y la hipertensión, se reducen tus costos si recibes recetas o suministros de mantenimiento. Algunos ejemplos incluyen los siguientes:

- Inhaladores
- Máquinas de presión
- Bombas de infusión
- Dispositivos de control de la presión arterial
- Monitores cardíacos
- Suministros y equipo médico duradero

Pagarás un copago y/o un coseguro reducido, y no tendrás deducible.

Observa el cuadro a continuación para consultar el costo que pagarás. Lo máximo que pagarás para un suministro de insulina para 30 días es \$30.

La mayoría del equipo médico duradero y los suministros relacionados con la diabetes, la EPOC, el asma y la hipertensión se cubren por completo **SIN DEDUCIBLE**.

Value Benefit Design	LivingWell CDHP	LivingWell PPO	LivingWell Basic CDHP
Suministro para 30 días	(sin deducible)		(sin deducible)
Nivel 1: genéricos	0%	0%	0%
Nivel 2: formulario	10%	\$25	25%
Suministro para 90 días (minorista o pedido por correo)	(sin deducible)		(sin deducible)
Nivel 1: genéricos	0%	0%	0%
Nivel 2: formulario	10%	\$50	25%

HRA de exención para fines generales

NOTA: DEBES iniciar sesión en KHRIS durante la inscripción abierta y volver a inscribirte en el Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA) de exención para fines generales para seguir recibiendo el aporte del empleador de \$2,100 y recibir los fondos transferidos.

El saldo restante en tu HRA de exención para fines generales (hasta \$2,100) a finales de 2024 se trasladará a 2025 siempre que sigas renunciando a tu cobertura del seguro médico y elijas la HRA de exención para fines generales.

Si no necesitas seguro médico, es posible que seas elegible para obtener la HRA de exención para fines generales. La cuenta HRA cubre servicios médicos, dentales y de la visión que tu plan de seguro médico no cubre, como el deducible y otros gastos de bolsillo. Serás elegible para una HRA de exención para fines generales únicamente si cuentas con otro seguro médico patrocinado por el empleador. Puedes utilizar esta cuenta HRA para ti y tus dependientes siempre que puedas certificar que todas las personas cubiertas por la HRA de exención para fines generales disponen de otra cobertura del seguro médico grupal patrocinada por el empleador. Tu empleador aportará \$175 al mes (hasta \$2,100 al año) a tu tarjeta de débito VISA de HealthEquity para cuidado médico. Se financiará en dos cuotas iguales: \$1,050 el 1.º de enero y \$1,050 el 1.º de julio. Tienes un periodo de validez de 90 días, hasta el 31 de marzo de 2025, para solicitar el reembolso de los gastos elegibles que se hayan producido entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Los gastos que se pueden reembolsar en virtud de la HRA de exención para fines generales incluyen los siguientes:

- Gastos médicos y de medicamentos recetados, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC), los productos femeninos y determinados equipos de protección, como mascarillas y desinfectante para manos.
- Copagos y coseguro.
- Determinados cargos dentales, como cargos por exámenes, limpiezas, empastes y coronas.
- Tratamiento ortodóntico.
- Cargos de visión, incluidos los cargos por exámenes, lentes de contacto, anteojos y corrección de la visión con láser.
- Suministros médicos, como sillas de ruedas, muletas y andadores.

ACCIÓN DE SALUD

Quién es elegible para renunciar a la cobertura y recibir la HRA de exención para fines generales

- Cualquier empleado activo de una agencia estatal, consejo escolar o determinadas agencias cuasigubernamentales, que sea elegible para una cobertura del seguro médico patrocinada por el estado y que disponga de otro seguro médico patrocinado por el empleador.
- Un jubilado que se ha reincorporado al trabajo y que tiene otro seguro médico grupal (no con KPPA ni TRS).

Quién no es elegible

- Un empleado de una agencia que no participa en el programa de la cuenta FSA/HRA del KEHP con HealthEquity.
- Un jubilado menor de 65 años que se ha reincorporado al trabajo y ha elegido la cobertura del sistema de jubilación.
- Un empleado que no dispone de una cobertura del seguro médico grupal patrocinada por el empleador.
- Un empleado que cuenta con una cobertura del seguro médico individual a través del mercado de seguros.
- Un empleado cuyo único seguro es Medicare, TRICARE, Medicaid, beneficios para veteranos u otro seguro médico patrocinado por el gobierno.
- Un empleado que realiza aportes (o que su cónyuge realiza aportes) a una cuenta de ahorros para la salud (HSA).

La tarjeta de débito VISA de HealthEquity para cuidado médico solo puede utilizarse para los servicios prestados en 2024. Debes presentar una reclamación de reembolso o de pago al proveedor a HealthEquity por cualquier servicio prestado en 2023.



HRA de exención para fines limitados

El saldo restante en tu HRA de exención para fines limitados (hasta \$2,100) a finales de 2024 se trasladará a 2025 siempre que sigas renunciando a tu cobertura del seguro médico y elijas la HRA de exención para fines limitados.

Si tienes una HRA de exención para fines limitados de 2023 y deseas conservarla, no tienes que hacer ninguna elección durante la inscripción abierta. Si no deseas conservar la HRA de exención para fines limitados en 2024, tienes que hacer una elección diferente durante la inscripción abierta. La HRA de exención para fines limitados está disponible para quienes tienen un seguro médico individual o patrocinado por el gobierno, como Medicare, Medicaid o TRICARE, y no necesitan un plan médico. Esta cuenta HRA solo cubre los gastos dentales y de visión en los que hayan incurrido tú y tus dependientes.

Tu empleador aportará \$175 al mes (hasta \$2,100 al año) a tu tarjeta de débito VISA de HealthEquity para cuidado médico. Se financiará en dos cuotas iguales: \$1,050 el 1.º de enero y \$1,050 el 1.º de julio.

Tienes un periodo de validez de 90 días, hasta el 31 de marzo de 2025, para solicitar el reembolso de los gastos elegibles de la cuenta FSA que se hayan producido entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Nota: La HRA de exención para fines limitados no es un seguro dental ni de visión, pero puede utilizarse para pagar o reembolsar gastos dentales y de visión. Estos son ejemplos de gastos que se pueden reembolsar en virtud de la HRA de exención para fines limitados:

- Determinados cargos dentales, como cargos por exámenes, limpiezas, empastes y coronas.
- Tratamiento ortodóntico.
- Cargos de visión, incluidos los cargos por exámenes, lentes de contacto, anteojos y corrección de la visión con láser.

ACCIÓN DE SALUD

Quién es elegible para la HRA de exención para fines limitados

- Cualquier empleado activo de una agencia estatal, consejo escolar o determinadas agencias cuasigubernamentales, que sea elegible para una cobertura del seguro médico patrocinada por el estado.
- Un jubilado que se ha reincorporado al trabajo y que tiene otro seguro médico (no con KPPA ni TRS).
- Miembros que no son elegibles para la HRA de exención para fines generales porque tienen un plan de seguro médico individual o patrocinado por el gobierno.

La tarjeta de débito VISA de HealthEquity para cuidado médico solo puede utilizarse para los servicios prestados en 2024. Debes presentar una reclamación de reembolso o de pago al proveedor a HealthEquity por cualquier servicio prestado en 2023.

Quién no es elegible

- Un empleado de una agencia que no participa en el programa de la cuenta FSA/HRA del KEHP con HealthEquity.
- Un jubilado menor de 65 años que se ha reincorporado al trabajo y ha elegido la cobertura del sistema de jubilación.



Cuenta de gastos flexibles (FSA) para cuidado médico

Considera inscribirte en una cuenta FSA para 2024 y ahorra en una variedad de gastos pagándolos antes de impuestos. Si no estás actualmente inscrito, estás pagando más impuestos por los gastos médicos de bolsillo.

Debes volver a inscribirte en la cuenta FSA para cuidado médico si quieres elegir nuevos aportes a esta cuenta para 2024.

Una cuenta FSA de cuidado médico te permite ingresar dinero antes de impuestos en la cuenta para utilizarlo en gastos de bolsillo, como deducibles, copagos y coseguros por reclamaciones médicas, así como recetas y algunos medicamentos de venta libre y suministros. También puedes utilizar una cuenta FSA de cuidado médico para cubrir costos dentales y de visión.

El dinero que elijas aportar para todo el año estará a tu disposición en una tarjeta VISA prefinanciada para el cuidado médico el 1.º de enero.

Motivos para seleccionar una cuenta FSA de cuidado médico

- Aporta como máximo **\$3,050 al año antes de impuestos**. El aporte mínimo es de \$120 al año.
- Transfiere como mínimo \$50 y como máximo \$610 de un año calendario al siguiente. Los fondos transferidos no se tienen en cuenta para el aporte máximo anual de \$3,050.
- Tienes un periodo de validez de 90 días, hasta el 31 de marzo de 2025, para solicitar el reembolso de los gastos elegibles de la cuenta FSA que se hayan producido entre el 1.º de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024. Los fondos superiores a \$610 que no se utilicen antes del periodo de validez se perderán.
- Utiliza tu cuenta FSA para pagar los gastos médicos elegibles de los miembros de la familia que se consideren dependientes fiscales, aunque no estén inscritos en tu plan médico.

ACCIÓN DE SALUD

- Si no has elegido activamente un aporte para la cuenta FSA de cuidado médico durante dos años, tu cuenta terminará y perderás el saldo transferible.
- Los fondos de una cuenta FSA de cuidado médico de HealthEquity se utilizarán antes que los fondos de una cuenta HRA.
- No utilices tu tarjeta de débito VISA en 2024 para pagar gastos de 2023.
- Puedes utilizar la aplicación EZ Receipt para solicitar el reembolso o para que HealthEquity pague a tu proveedor directamente mediante la opción Pagar a mi proveedor (Pay-My-Provider).

Gastos cubiertos

- Copagos médicos y de medicamentos recetados.
- Gastos médicos y de medicamentos recetados, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC), los productos femeninos y determinados equipos de protección, como mascarillas y desinfectante para manos.
- Ciertos cargos dentales.
- Tratamiento ortodóntico.
- Cargos de visión, incluidos los anteojos.
- Coseguros.
- Sillas de ruedas, muletas y andadores.

Para ver una lista completa de los gastos cubiertos, visita [healthequity.com](https://www.healthequity.com).

Quién es elegible

- Empleados de agencias estatales o consejos escolares.
- Empleados de determinadas agencias cuasigubernamentales.

Para conocer más detalles, comunícate con tu coordinador de seguros.

Quién no es elegible

- Jubilados.
- Empleados de una agencia que no participa en el programa de la cuenta FSA/HRA del KEHP con HealthEquity.

Cuenta FSA para cuidado diurno de niños y adultos

Reduce los costos del cuidado diurno de niños y adultos.

Si necesitas que un centro de cuidado diurno de niños o adultos asista a tus seres queridos mientras trabajas, una cuenta FSA para cuidado diurno de niños y adultos puede ser la adecuada. Ya sabes lo costosa que puede resultar esta atención. Sin embargo, con una cuenta FSA para cuidado diurno de niños y adultos, puedes ahorrar dinero en los gastos elegibles para este tipo de atención si utilizas dinero antes de impuestos.

Con una cuenta FSA para cuidado diurno de niños y adultos, eliges un monto que se deducirá de tu salario antes de impuestos para pagar los gastos elegibles que se indican a continuación:

- Cuidado de niños o adultos (durante el horario de trabajo únicamente)
- Educación preescolar
- Campamento de verano
- Cuidado antes y después de la escuela
- Gastos de cuidado diurno para adultos mayores dependientes

Solo tienes que elegir inscribirte y, después, seleccionar el monto que deseas aportar a esta cuenta. El monto mínimo que puedes aportar es de \$120 al año, hasta el monto máximo anual que depende de tu estado de presentación de impuestos:

- Personas casadas que presentan declaración de impuestos conjunta: \$5,000
- Jefe del hogar: \$5,000
- Personas casadas que presentan declaración de impuestos por separado: \$2,500

Puedes gestionar cómodamente pagos directos a tu proveedor mediante la opción Pagar a mi proveedor (Pay-My-Provider) de la aplicación EZ Receipts o puedes pagar tú mismo los gastos de cuidado diurno de niños y adultos, y solicitar el reembolso.

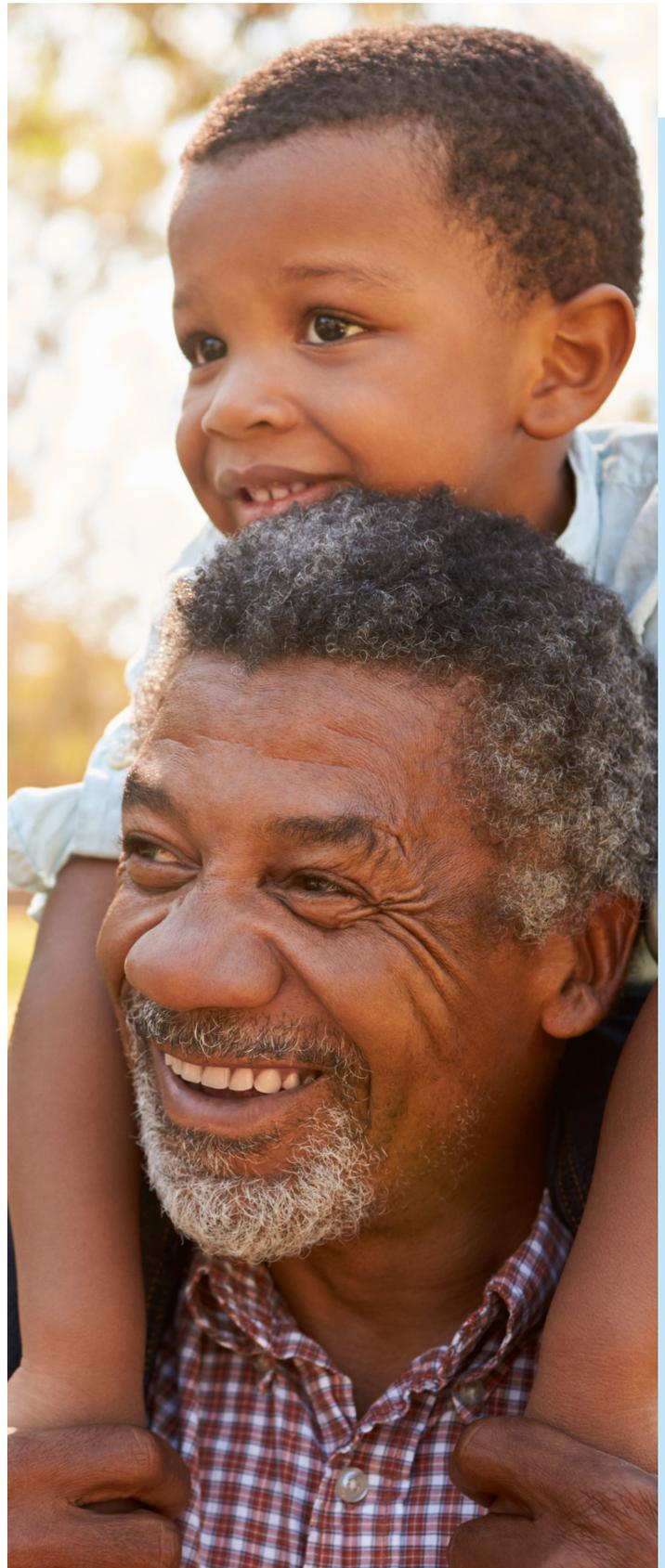
Quién es elegible

- Empleados de agencias estatales o consejos escolares.
- Empleados de determinadas agencias cuasigubernamentales.

Para conocer más detalles, comunícate con tu coordinador de seguros.

Quién no es elegible

- Jubilados.
- Empleados de una agencia que no participa en el programa de la cuenta FSA/HRA del KEHP con HealthEquity.



Promesa de LivingWell

Deberás completar la Promesa de LivingWell entre el 1.º de enero de 2024 y el 1.º de julio de 2024 si deseas un descuento en la prima del seguro médico en 2025.

Para completar la Promesa, todo lo que tienes que hacer es realizar la evaluación de la salud de Castlight en mycastlight.com/mybenefits. La evaluación de la salud incluye diversas preguntas sobre la salud y el estilo de vida, y solo tardarás alrededor de 10 minutos en completarla.

Ten en cuenta que no obtendrás crédito por completar la Promesa si lo haces durante la inscripción abierta. La Promesa debe completarse entre el 1.º de enero de 2024 y el 1.º de julio de 2024.

Si completas la Promesa, obtendrás un descuento en la prima de hasta \$480 (\$40 al mes) durante el año del plan 2025.

ACCIÓN DE SALUD

Si tienes la opción de pago de cobertura combinada, ambos cónyuges deben completar la Promesa.



Programas de beneficios

Más beneficios sin costo adicional

Telesalud y atención telefónica

Telesalud a través de la Clínica de salud de LivingWell

Todos los empleados activos de tiempo completo de la Commonwealth que sean elegibles para participar en el Plan médico para empleados de Kentucky pueden utilizar las clínicas de salud de LivingWell. *Los jubilados, cónyuges y dependientes no son elegibles para recibir servicios en las clínicas.*

Las consultas en persona y los servicios de telesalud están incluidos en este beneficio. Estos son algunos de los servicios disponibles:

- Exámenes físicos anuales
- Inyecciones para la alergia
- Manejo de condiciones crónicas
- Salud de las mujeres
- Pruebas biométricas
- Vacunas
- Servicios de laboratorio

Programa una visita virtual a través de mypremisehealth.com o dirígete a una de las cuatro ubicaciones de Frankfort, y a la clínica nueva de Louisville.

Clínicas de salud de LivingWell

300 Building
300 Sower Blvd
Frankfort, KY
502-564-3444

Capitol Annex
702 Capitol Avenue
Frankfort, KY
502-564-3333

CHFS
275 East Main Street
Frankfort, KY
502-564-5555

Mayo-Underwood Building
500 Mero Street
Frankfort, KY
502-564-4444

Nota: A partir del 1.º de enero de 2024, habrá un proyecto piloto para una nueva Clínica de salud de LivingWell en: 10000 Brownsboro Road #7
Louisville, KY 40241
502-272-0330

Próximamente habrá más información.

Telesalud a través de LiveHealth Online

Cuidado médico desde tu casa o dondequiera que estés. Realiza consultas médicas virtuales de manera rápida y fácil, cuando lo necesites. No tiene un costo adicional para ti a través de LiveHealth Online.

LiveHealth Online te permite realizar una videoconsulta con un médico, psiquiatra o terapeuta certificado por el Colegio de Médicos desde tu teléfono inteligente, tableta o computadora con cámara.

¿Te sientes mal? ¿Tienes alguna pregunta sobre tu salud? Con LiveHealth Online, el médico se acerca a ti. En algunos casos, no se necesitan citas. No tienes que concurrir al consultorio médico ni sentarte en la sala de espera.

Algunas condiciones comunes que pueden tratarse mediante LiveHealth Online:

- Síntomas de resfriado e influenza
- Alergias
- Sinusitis
- Migrañas
- Infecciones de las vías respiratorias superiores
- Bronquitis

Visita livehealthonline.com e inicia sesión o descarga la aplicación para registrarte. Selecciona **Atención médica de LiveHealth Online (LiveHealth Online Medical)** y elige el médico al que quieras consultar.

Llama al **888-548-3432** o al **844-784-8409**.

Telesalud a través de proveedores distintos de los mencionados anteriormente

La telesalud también es un beneficio cubierto con cualquier proveedor de la red que ofrezca este servicio. Serás responsable de cualquier costo compartido, incluido tu deducible, copago y coseguro, si utilizas un servicio de telesalud que no sea el de la Clínica de salud de LivingWell o el de LiveHealth Online.

Línea de Enfermería 24/7

Si tienes una emergencia o preguntas para el personal de enfermería, puedes llamar las 24 horas, los 7 días de la semana. La Línea de Enfermería te brinda información médica precisa a cualquier hora del día o la noche. Recibirás consejería personalizada de enfermeros experimentados a través de un número gratuito conveniente: **877-636-3720**. El personal de enfermería experimentado está capacitado para abordar las inquietudes comunes de atención de la salud, como la aplicación del protocolo de intervención médica, la educación, el acceso al cuidado médico, la alimentación, la dinámica social y familiar, y los problemas de salud mental.

Específicamente, la Línea de Enfermería 24/7 incluye lo siguiente:

- Un equipo clínico capacitado: un enfermero registrado (RN) que ayuda a evaluar tus sistemas, entiende las condiciones médicas, garantiza que recibas el cuidado adecuado en el entorno correcto y te remite a los programas y las herramientas adecuados para tu condición;
- RN bilingües, líneas de idiomas y servicios para personas con problemas auditivos;
- Acceso a la biblioteca Audio Health Library, que contiene cientos de cintas de audio sobre una amplia variedad de temas de salud;
- Devolución proactiva de llamadas en un plazo de 24 a 48 horas, remisiones a los servicios de emergencia 911, control de toxicología e identificación de la atención de urgencia o de emergencia para niños; y
- Remisiones a recursos comunitarios pertinentes.

Programas para dejar de fumar

Medicamentos recetados y de venta libre

Puedes obtener terapias de reemplazo de nicotina de venta libre, sin receta, y sin costo alguno si cumples todos los requisitos siguientes:

- Eres miembro del KEHP;
- Eres fumador (titular del plan y/o dependiente), tienes 18 años o más y figuras como fumador en el formulario de seguro médico del KEHP; y
- Asistes a todas las sesiones programadas regularmente de un programa aprobado para dejar de fumar.

Llama al **888-581-8834** para obtener más información sobre terapias de venta libre. También puedes obtener medicamentos recetados que te ayuden a dejar de fumar. Necesitas una receta de tu médico, y el medicamento debe estar en la lista de servicios preventivos que puedes encontrar [aquí](#).

Para dar el primer paso y obtener más información sobre los programas disponibles, consulta [aquí](#) o llama al **844-402-5347**.

Programa Live Tobacco Free

Cada trimestre, las clínicas de salud de LivingWell realizarán un programa de manejo del estilo de vida de 7 semanas que será virtual a través de Zoom. Las clases serán en un entorno de grupo virtual con sesiones semanales de 30 minutos de duración cada uno. Una vez que hayas completado el programa, podrás programar una visita virtual con el proveedor para terapia de reemplazo de nicotina.

Este programa está destinado a empleados únicamente. Los jubilados, cónyuges y dependientes no tienen cobertura en las clínicas de salud de LivingWell. Nota: Los empleados deben utilizar su propio tiempo para asistir a una sesión.

Freedom from Smoking

La American Lung Association ha ayudado a cientos de miles de personas a dejar de fumar a través de Freedom From Smoking. Freedom From Smoking está disponible en clínicas de grupos reducidos o en línea, y te ayuda a desarrollar un plan de acción que te lleve al día que establezcas para dejar de fumar y te brinda el apoyo que necesitas para no retomar el hábito. A partir de modelos actuales de adicción y cambio de comportamiento, el programa aborda las dificultades para dejar de fumar con un estilo sensible y de apoyo, y cuenta con el respaldo de consejeros certificados en la materia.

La atención está disponible en persona, por teléfono o a través del chat en línea. [Visita lung.org/ffs](http://lung.org/ffs) o llama al **800-LUNGUSA (800-586-4872)**.

Quit Now Kentucky

Este servicio telefónico ofrece ayuda personalizada de un consejero capacitado en técnicas para dejar de fumar. Para obtener más información, llama al **800-Quit-Now (800-784-8669)**.

Además de elegir uno de los programas aprobados, estas herramientas y recursos en línea pueden ayudarte a llevar una vida sin tabaco.

- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades brindan consejos, herramientas y estudios para dejar fumar en su [sitio web Cómo dejar de fumar \(How to Quit\) en cdc.gov/tobacco/quit_smoking](http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking).
- [Visita smokefree.gov](http://www.smokefree.gov), un sitio web dedicado a ayudar a los fumadores a abandonar el hábito. Puedes acceder a artículos, consejos y aplicaciones útiles, y elaborar tu propio plan para dejar de fumar.

Para obtener más información sobre estos programas y recursos que te ayudan a dejar de fumar, llama al **844-402-5347** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Beneficios para la diabetes

Lark

El Plan médico para empleados de Kentucky (a través de su proveedor médico, Anthem) se ha asociado con Lark para ofrecer un programa de prevención de la diabetes sin ningún costo adicional. Tras una breve encuesta, si se determina que tienes riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y te inscribes en el programa Lark, recibirás lo siguiente:

- Acceso a un programa personalizado a través de una aplicación móvil conveniente.
- Apoyo las 24 horas, los 7 días de la semana, para desarrollar hábitos para perder peso, manejar el estrés, comer más sano, dormir mejor y aumentar la actividad.
- Respuestas personalizadas y registros diarios.
- Información educativa sobre la prediabetes y la prevención de la diabetes tipo 2.
- Consejos para manejar el estrés cotidiano.

Recibe una balanza inteligente gratis con tu inscripción y un Fitbit gratis tras alcanzar determinados hitos. [Consulta si calificas en lark.com/anthem](https://lark.com/anthem).

DSMES

El programa Educación y apoyo para el manejo de la diabetes (DSMES) está disponible para ti si tu proveedor de cuidados médicos ya te ha diagnosticado diabetes tipo 1 o tipo 2. Sin deducible, sin coseguro y sin costo adicional para ti. El DSMES es un programa educativo para el cuidado personal asociado a la diabetes, desarrollado mediante prácticas basadas en la evidencia. El DSMES se puede impartir en un entorno grupal o individual, y puede ofrecerse en persona o en línea. Generalmente, los servicios son prestados por un dietista registrado o un instructor certificado especializado en diabetes.

El formato del programa DSMES comprende clases semanales centradas en aprender a comer más sano, mantenerse activo físicamente, controlarse los niveles de azúcar en sangre, sobrellevar el aspecto emocional de la diabetes, resolver problemas, reducir el riesgo de otros problemas de salud y muchos otros temas relacionados.

Consulta a tu médico sobre cómo encontrar un proveedor del programa DSMES en tu localidad o [busca el Programa de prevención y control de la diabetes en el sitio web del Gabinete de Servicios de Salud y Familia \(Cabinet for Health and Family Services\) \(chfs.ky.gov\)](#).

Atención de maternidad

Building Healthy Families

El programa de maternidad pasará a ser Cómo Promover Familias Saludables (Building Healthy Families) para brindar asistencia más allá del embarazo y el posparto. Puedes inscribirte a partir del 1.º de enero de 2024.

El programa Cómo Promover Familias Saludables te facilitará encontrar apoyo para la salud personalizado y a demanda para planificar tu familia. Al momento de prepararte para tener un nuevo bebé, atravesar el posparto y criar a tus hijos, contarás con los recursos que necesites para prosperar.

Con acceso las 24 horas, los 7 días de la semana, a través de la aplicación móvil SydneySM Health y anthem.com, puedes aprovechar los recursos del programa en cualquier momento, sin costo adicional para ti. Los beneficios incluyen:

- Una biblioteca digital para explorar miles de artículos y videos educativos sobre todo tipo de temas, desde planificación familiar hasta maternidad temprana.
- Herramientas de seguimiento para controlar tu salud prenatal, así como cambios de pañales, crecimiento y metas, una vez que llegue el bebé.
- Apoyo para la salud, para chatear con instructores de cuidado durante el embarazo y conectarte con el equipo virtual de apoyo para la lactancia, según sea necesario.

Un(a) enfermero(a) continuará a tu disposición, por teléfono, durante todo el embarazo y el posparto.

Inscríbete en Cómo Promover Familias Saludables a partir del 1.º de enero de 2024:

1. Inicia sesión en Sydney Health.
2. Busca *Programas destacados (Featured Programs)* en la parte inferior de la página de inicio.
3. Selecciona **Ver todos (View All)** y luego el título **Cómo Promover Familias Saludables (Building Healthy Families)**.

Apoyo para la lactancia a través de LiveHealth Online

Recibe apoyo para la lactancia a través de LiveHealth Online. Tendrás una visita de salud en directo con un asesor de lactancia o dietista registrado, para brindarte apoyo personalizado para la lactancia y la nutrición posparto. Comunícate con LiveHealth Online para obtener apoyo para lactancia y nutrición, al **888-548-3432**.

Dolor de espalda y de las articulaciones

Hinge Health

Hinge Health es un programa virtual de terapia de ejercicios diseñado para tratar el dolor de espalda, rodillas, cadera, cuello y hombros. Es conveniente, ya que se adapta a tu cronograma: se puede hacer en cualquier lugar y en cualquier momento.

El programa Hinge Health está disponible sin costo adicional para ti o tus dependientes elegibles inscritos en un plan médico KEHP. Visita HingeHealth.com/KEHP o llama al **855-902-2777** para más información.

Solicitud

- Visita hingehealth.com/kehp.
- Completa el cuestionario.
- Recibirás un correo electrónico de seguimiento en el plazo de 24 a 48 horas.

Aceptación en el programa

- Recibirás un mensaje de texto de bienvenida de tu instructor.
- Recibirás el kit en el plazo de una a dos semanas.

Recepción del kit

- Inicia sesión en la aplicación y comienza el programa Hinge Health.
- Programa la llamada inicial con tu instructor de salud.

Programa de acupuntura de UK Healthcare

Medicina integrativa de UK Healthcare y el KEHP han lanzado un programa de acupuntura sin costo para los miembros del KEHP. Los servicios deben prestarse en el Reino Unido para que se cubra la acupuntura. Los miembros pueden recibir hasta un máximo de 20 visitas en 2024, según el plan de tratamiento del miembro. No requiere ninguna referencia del médico.

Solo llama a Medicina integrativa de UK Healthcare, al **859-323-HEAL (4325)**.

Salud mental y conductual

RethinkCare

Consejería y apoyo para cuidadores de niños

RethinkCare provee a los padres y cuidadores los recursos y la orientación que necesitan para criar a los niños. Ya sea que estés tratando de resolver una dificultad de crianza en particular o solo desees consejos e ideas, RethinkCare te puede ayudar brindando apoyo personalizado las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, según las necesidades específicas de tu familia. Este programa es adecuado para todas las familias con niños a su cuidado y brinda apoyo especializado para aquellas personas a cargo

de la crianza de niños con dificultades conductuales, sociales o para el aprendizaje, o discapacidades de desarrollo.

Realiza consultas virtuales confidenciales y personalizadas con un experto en crianza dedicado, a tu disposición para responder tus preguntas, pensar en soluciones y ayudarte a encontrar recursos adicionales para ti y tu hijo. Obtén consejos útiles y aprende estrategias para afrontar los problemas y las técnicas de crianza para una gran variedad de desafíos, que cubren todas las edades y etapas del desarrollo de tu hijo. Profundiza aun más y toma cursos de capacitación a pedido para poder abordar la conducta del niño, el crecimiento social y emocional, la atención y concentración, los temas académicos y mucho más.

El programa no establece restricción de edad, no requiere diagnóstico y es completamente confidencial. Comienza en cualquier momento. Visita connect.rethinkcare.com/sponsor/kehp y utiliza el código de inscripción "KEHP". Envía un correo electrónico a support@rethinkcare.com para obtener asistencia para inscribirte o si tienes alguna pregunta.

Salud conductual de LiveHealth Online

Realiza consultas virtuales con un terapeuta o psiquiatra, rápida y fácilmente, cuando lo necesites. LiveHealth Online te permite realizar una videoconsulta con un terapeuta o psiquiatra certificado por el Colegio de Médicos desde tu teléfono inteligente, tableta o computadora con cámara.

Algunas condiciones comunes que pueden tratarse utilizando Salud conductual de LiveHealth Online comprenden:

- Ansiedad
- Depresión
- Duelo
- Ataques de pánico
- Medicamentos para adultos mayores de 18 años, para manejar una condición de salud mental.

No tienes que concurrir al consultorio médico ni sentarte en la sala de espera. Para Salud conductual de LiveHealth Online, puedes programar una cita en línea de 7 a.m. a 11 p.m. Llama al **888-548-3432** o **844-784-8409** o visita livehealthonline.com.

Learn to Live

Anthem provee herramientas digitales, desarrolladas con base en principios comprobados de la terapia conductual cognitiva (CBT), que están disponibles en cualquier lugar y en cualquier momento. Estas herramientas pueden ayudarte a identificar los pensamientos y patrones de conducta que afectan tu bienestar emocional, y trabajar en ello. Aprenderás maneras eficaces de manejar el estrés, la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y los problemas de sueño.

Capacitación personalizada: trabaja con un asesor experimentado que puede brindarte apoyo y ánimo por correo electrónico, mensajes de texto o llamadas telefónicas.

Crea un equipo de apoyo: incluye a tus amigos o a miembros de tu familia como compañeros de equipo. Pueden ayudarte a mantenerte motivado y responsable mientras trabajas en tus programas.

Practica la concentración activa desde donde quieras: recibe mensajes de texto semanales llenos de positividad, consejos y ejercicios para mejorar tu estado de ánimo.

Seminarios web en vivo y a demanda: obtén información sobre cómo mejorar tu bienestar mental con consejos útiles de expertos.

Realiza una prueba para encontrar un programa que sea adecuado para ti. [Para acceder a nuestros Recursos de bienestar emocional, inicia sesión en **anthem.com**](#) o en la aplicación Sydney Health, ingresa en **Mi panel de salud** (My Health Dashboard), elige **Programas** (Programs) y selecciona **Recursos para el bienestar emocional** (Emotional Well-being Resources).

De allí te enviarán al sitio web de Learn to Live, donde puedes registrarte con una dirección de correo electrónico y contraseña.

Centro de recursos de salud conductual y línea de recursos para el trastorno por abuso de sustancias

Si tú o alguien conocido tiene alguna inquietud sobre el abuso de sustancias y es miembro del KEHP, llama al **855-873-4931**. Un miembro del personal te conectará con un experto clínico capacitado en el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias. Puedes hablar con el experto de manera confidencial sobre:

- Opciones de tratamiento.
- Otros problemas conductuales o de salud que tengas.
- Encontrar médicos o centros de tratamiento en tu plan médico que se especialicen en el trastorno por abuso de sustancias.
- Herramientas móviles y en línea que pueden ayudarte durante y después del tratamiento.

La línea de apoyo está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, así que tienes ayuda a tu disposición de día o de noche.

¡Obtén dinero en efectivo y descuentos en primas!

SmartShopper

OBTÉN DINERO EN EFECTIVO al hacer las compras para cuidado médico. Ahorra dinero en cuidado médico según el lugar adonde vayas. Los precios de las pruebas y los procedimientos médicos no son iguales con todos los proveedores dentro de la red y los costos pueden variar de cientos a miles de dólares; todo depende de dónde vayas para recibir el servicio.

Con SmartShopper, obtienes incentivos en efectivo (desde \$25 hasta \$850) por recibir cuidado en sitios de menor costo, como resonancias magnéticas (MRI), cirugías, colonoscopias y más! Y ahora hay aun más sitios disponibles para que puedas ahorrar dinero. SmartShopper ha hecho todo el trabajo preliminar por ti. Lo único que tienes que hacer es comprar en línea o llamar a un asistente personal para que te oriente y programar la asistencia. Llama al **855-869-2133** para conocer los detalles o [visita **smartshopper.com**](#) para más información sobre obtener dinero en efectivo y cómo utilizar este programa.

Recompensas de bienestar

¡Castlight es el nuevo socio de bienestar del Plan! Conoce más acerca de nuestro nuevo socio en la página 5.

Puedes obtener hasta \$480 en descuentos de la prima cuando completes la Promesa de LivingWell el 1.º de julio. Lo único que tienes que hacer es realizar la Evaluación de la salud para completar la Promesa. También puedes obtener hasta \$200, y tu cónyuge hasta \$100, en recompensas por participar en LivingWell, por actividades como hacerte el examen preventivo anual, hacerte otros exámenes preventivos, como una colonoscopia o mamografía, completar un examen dental o participar en desafíos escalonados.

Con el programa LivingWell, es más fácil que disfrutes los pequeños momentos que contribuyen, en conjunto, a una mejor salud. ¡Tienes herramientas a tu disposición para encontrar proveedores para hacerte los exámenes o conectarte con programas que te brindarán recompensas!

Descarga la aplicación Castlight para registrarte en unos segundos o [visita **mycastlight.com/mybenefits**](#).

Términos que debes conocer

Coseguro

Tu parte del costo correspondiente a los servicios cubiertos, que es un porcentaje del monto máximo permitido que debes pagar. Tú pagas el coseguro una vez que has alcanzado el deducible.

Ejemplo: tu plan contempla un coseguro del 20% sobre el monto de una visita al consultorio de \$100. En este caso, tu costo compartido del coseguro con respecto al monto máximo permitido sería de \$20, una vez que hayas alcanzado el deducible. El Plan luego cubrirá el 80% restante del monto máximo permitido u \$80.

Copago

Monto fijo en dólares que es tu parte del costo correspondiente a ciertos servicios cubiertos. Los copagos no se aplican al deducible, pero sí se aplican al gasto máximo de bolsillo. Únicamente el plan PPO LivingWell utiliza copagos.

Costo compartido

La parte del pago de los servicios cubiertos que te corresponde. Según el plan que elijas, el costo compartido incluye el deducible, los copagos y el coseguro. Tu costo compartido puede variar si recibes servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red o fuera de la red.

Servicios cubiertos

El cuidado médico médicamente necesario y los medicamentos recetados que están cubiertos por tu plan médico. Consulta el Folleto de beneficios médicos y la descripción resumida del plan correspondientes a tu Plan, para más información.

Deducible

El monto que debes pagar por los servicios cubiertos antes de que tu plan comience a pagar. Una vez que hayas alcanzado el deducible del plan, solo deberás pagar el coseguro y cualquier copago aplicable. Algunos servicios cubiertos, como cuidado preventivo, estarán cubiertos por el plan en un 100%, independientemente del deducible.

Formulario

Lista de los medicamentos recetados que cubre un plan que ofrece beneficios para medicamentos recetados.

Monto máximo permitido

El monto máximo en dólares que el plan pagará por los servicios cubiertos prestados por un proveedor dentro o fuera de la red. El monto máximo permitido puede establecerse en virtud de un contrato entre Anthem o CVS Caremark y un proveedor dentro de la red o en virtud de las normas de cobertura del plan, según se detallan en los folletos de beneficios médicos o las Descripciones resumidas del plan.

Gasto máximo de bolsillo

El monto máximo que debes pagar de tu bolsillo por los servicios cubiertos por tu plan durante un año calendario determinado. Cuando alcanzas el gasto máximo de bolsillo, el plan pagará el 100% del monto máximo permitido por los servicios cubiertos, y tú ya no tendrás que pagar ningún costo compartido.

Folleto de beneficios médicos

Documento donde se detallan los servicios cubiertos correspondientes a cada plan ofrecido por el KEHP, así como los derechos y las responsabilidades de los miembros del plan médico, que comprenden, entre otros, deducibles, coseguro, copagos, requisitos de preautorización, exclusiones de cobertura y procedimientos de apelación por denegación de reclamación.

Proveedor de la red

Médico, profesional de la salud, hospital, farmacia u otra persona, organización y/o centro médico que ha celebrado un contrato, directa o indirectamente, con Anthem o Caremark, para prestar servicios cubiertos mediante acuerdos de reembolso negociados.

Proveedor fuera de la red

Médico, profesional de la salud, hospital, farmacia u otro proveedor de cuidados médicos que no ha celebrado un contrato, directa o indirectamente, con Anthem o CVS Caremark, para prestar servicios cubiertos en el momento en que efectivamente se prestan tales servicios cubiertos.

Evento calificado

Evento de vida, como matrimonio o nacimiento de un hijo, que tras su ocurrencia, permitirá a un empleado inscribirse, cambiar o terminar la cobertura del seguro médico, de vida, dental o de visión fuera del periodo de inscripción abierta o el periodo de inscripción para empleados recientemente contratados.

Declaración sobre el estado de salud

Cuestionario donde se documenta el estado de salud general de un empleado o su cónyuge, que desea aumentar los límites de la cobertura del seguro de vida opcional. La Declaración sobre el estado de salud, a veces también llamado cuestionario de Evidencia de asegurabilidad, es un formulario provisto por MetLife, que lo utiliza para evaluar la solicitud del seguro de vida cuando eliges la cobertura en otro momento distinto del periodo de inscripción abierta o el periodo para inscribirte como empleado nuevo.

Descripciones resumidas del plan

Documento donde se detallan los medicamentos recetados cubiertos por cada plan ofrecido por el KEHP, así como los derechos y las responsabilidades de los miembros del plan médico, que comprenden, entre otros, deducibles, coseguro, copagos, requisitos de preautorización, exclusiones de cobertura y procedimientos de apelación por denegación de reclamación. También hay una Descripción resumida del plan para las cuentas de gastos flexibles, las cuentas de gastos flexibles para cuidado diurno de niños y adultos y los acuerdos de reembolso de gastos médicos.

Plazos para empleados nuevos

Como empleado nuevo a tiempo completo, tienes 35 días a partir de la fecha de contratación para elegir el seguro médico, de vida, dental, de visión y cuenta FSA.

Si no eliges el seguro médico en el plazo de 35 días, se te asignará un plan predeterminado con cobertura individual. El plan de seguro médico predeterminado para 2024 es el LivingWell Basic CDHP sin HRA. También se te inscribirá en la cobertura del seguro de vida básico si tu empleador participa en el programa de seguros de vida del Commonwealth.

Si te inscribes en otro nivel de plan que no sea el individual, recibirás una solicitud del Centro de Verificación de Dependientes de Aight para que presentes documentación a fin de confirmar la elegibilidad de tu cónyuge o tu(s) dependiente(s) en tu plan.

La cobertura dental y de visión no se asignan automáticamente.



Eventos calificados

El KEHP es un plan flexible conforme a la Sección 125, regulado federalmente, que te permite pagar las primas del seguro médico, dental y de visión y las contribuciones a la cuenta de gastos flexibles con dólares antes de impuestos. Conforme a las normas que rigen los planes flexibles, solamente en tres ocasiones puedes cambiar o cancelar tus elecciones de beneficios durante el año del plan:

- Durante el periodo de inscripción cuando pasas a ser elegible para recibir los beneficios por primera vez (consulta Plazos para empleados nuevos);
- Durante el periodo de inscripción abierta anual; o
- Si tienes un evento de vida, denominado evento calificado.

¿Qué es un evento calificado?

Un evento calificado es un evento de cambio de vida o un cambio de estado, tales como:

- Matrimonio
- Tener o adoptar un hijo
- Divorcio
- Pérdida de otro seguro médico grupal
- Orden judicial que requiera cobertura
- El cónyuge tiene un periodo de inscripción abierta diferente

Pueden contemplarse otros eventos calificados menos comunes. Si tienes dudas respecto de si has tenido un evento calificado que te permitirá cambiar los beneficios del seguro, comunícate con tu coordinador de seguros o el asistente de Recursos Humanos para obtener información adicional.

Lo que debes saber sobre los eventos calificados

Los eventos calificados pueden ser complejos y en ocasiones, difíciles de entender. Hay restricciones sobre los tipos de cambios que puedes hacer debido a las normas federales que rigen los eventos calificados. Por ejemplo, un cambio de estado o en un evento de vida puede no facultarte para cambiar el monto que contribuyes a la cuenta de gastos flexibles. Por ese motivo, es muy importante que conozcas las siguientes normas y te comuniques con tu coordinador de seguros o asistente de Recursos Humanos lo antes posible luego de que haya tenido lugar un evento calificado:

1. Cualquier cambio en la opción de plan o nivel de cobertura **debe ser acorde** al evento calificado que ha tenido lugar. Por ejemplo, no puedes solicitar eliminar a un dependiente de tu plan debido a un nacimiento o una adopción.

2. Los eventos calificados están sujetos a **plazos estrictos**. Los eventos calificados requieren que llenes el Formulario de cambio de inscripción en los beneficios del empleado y lo presentes ante el coordinador de seguros o el asistente de Recursos Humanos en el plazo de 35 días calendario a partir de la fecha del evento, en la mayoría de los casos.
3. Todos los eventos calificados (excepto la muerte) requieren **documentación de respaldo**. La documentación de respaldo requerida por un evento calificado dependerá del tipo de evento. La documentación de respaldo debe presentarse junto con el Formulario de cambio de inscripción en los beneficios del empleado.
4. Si no firmas y fechas el Formulario de cambio de inscripción en los beneficios del empleado en el plazo establecido, no se te permitirá realizar el cambio solicitado hasta el siguiente periodo de inscripción abierta.

Comunícate con tu coordinador de seguros o el asistente de Recursos Humanos si tienes alguna pregunta, deseas asistencia o para obtener información adicional sobre los eventos calificados.

Eventos calificados y otros beneficios del seguro

En general, un evento calificado que permite un cambio en el seguro médico también permite un cambio en el seguro dental y de visión. De la misma manera, un evento calificado que permite un cambio en el seguro médico, en la mayoría de los casos, permitirá un cambio en el seguro de vida, incluso hacer un cambio en la cobertura del seguro o agregar una cobertura de seguro opcional.

Nota: Deberás aportar documentación de respaldo para verificar la elegibilidad de cualquier dependiente inscrito o que solicite ser inscrito en los beneficios. Los cónyuges y los hijastros están sujetos a una nueva verificación cada 24 meses. En caso de que no documentes debidamente la elegibilidad del dependiente, se eliminará al dependiente no verificado de tu(s) plan(es) de seguro.

Seguro dental opcional de Anthem

No habrá cambios de tasas para 2024

Puedes elegir el seguro dental opcional administrado por Anthem, patrocinado por el empleador o pagado por el empleado. Los beneficios dentales no solo protegen los dientes, sino que también cuidan la salud general. Algunas condiciones, como la enfermedad cardíaca, pueden presentar señales de alerta en la boca y las encías.¹ Nuestro plan dental te ofrece todos los beneficios que necesitas para tener una boca saludable y más.

Tu plan dental incluye lo siguiente:

- Acceso a una gran cantidad de dentistas en el plan.
- Una limpieza adicional si estás embarazada o si tienes diabetes u otra condición calificada.
- Beneficio de biopsia con cepillo para diagnosticar el cáncer bucal.
- Sin gastos de bolsillo para la mayoría de los servicios preventivos y de diagnóstico, incluidas las radiografías y las limpiezas regulares, si visitas a un dentista en la red del plan.
- Herramientas en línea fáciles de usar, como Evaluación de la salud dental (Dental Health Assessment), Calculadora de costos de cuidado dental (Dental Cost Estimator) y Solicitud de higienista dental (Ask a Dental Hygienist).
- Teleodontología, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Mediante la tecnología y las telecomunicaciones, los empleados pueden recibir cuidado dental de manera remota, sin la necesidad de acudir al consultorio de un dentista.
- Los beneficios de ortodoncia ahora incluyen alineadores transparentes a domicilio: Ortho@Home, que brinda una opción simple y más económica en el plan Gold para menores de 18 años inclusive.

	Bronze ²	Silver ²	Gold ²
Resumen de tu plan dental	Dentro/fuera de la red ³	Dentro/fuera de la red ³	Dentro/fuera de la red ³
Beneficio máximo anual ⁴	\$750	\$1,000	\$1,500
Deducible anual	\$50	\$50	\$50
Ortodoncia (solo para menores de 18 años inclusive)	Sin cobertura	Sin cobertura	\$1,500
Servicios preventivos y de diagnóstico	100%/100% del monto permitido ³	100%/100% del monto permitido ³	100%/100% del monto permitido ³
Servicios básicos	50%/50% del monto permitido ³	80%/80% del monto permitido ³	80%/80% del monto permitido ³
Cirugía oral (simple)	50%/50% del monto permitido ³	80%/80% del monto permitido ³	80%/80% del monto permitido ³
Servicios complejos ⁵ (incluye cirugía oral compleja, coronas de porcelana e implantes)	Sin cobertura	50%/50% del monto permitido ³	50%/50% del monto permitido ³
Transferencia máxima anual	Sin cobertura	Sin cobertura	Cubierto

Sin periodo de espera para los servicios básicos o complejos. Cláusula de dientes faltantes, periodo de espera de 24 meses como máximo.⁵

¹ Harvard Health Publishing, Gum disease and heart disease: The common thread (consultado en julio de 2023): [health.harvard.edu](https://www.health.harvard.edu).

² Pueden aplicarse limitaciones de tasas dentro de la red para cada nivel y de reembolso fuera de la red.

³ La diferencia entre el monto cobrado y el monto permitido fuera de la red puede dar lugar a la facturación del saldo.

⁴ Los servicios dentales que superan el máximo del beneficio anual no son servicios cubiertos conforme a las leyes estatales aplicables y no se aplicarán los descuentos de proveedores participantes.

Comunícate con tu dentista para determinar los descuentos disponibles antes de recibir los servicios. Para conocer los detalles completos de la cobertura, consulta el certificado de tu plan o comunícate con Servicios para Miembros.

⁵ Para el reemplazo de dientes por ausencia congénita o de dientes extraídos antes de que comenzara la cobertura de este plan.

Tasas de servicios dentales mensuales para 2024

Tasas mensuales	Bronze	Silver	Gold
Empleado solo	\$14.08	\$21.40	\$28.40
Empleado + cónyuge	\$25.68	\$40.62	\$54.90
Empleado + hijo(s)	\$33.40	\$45.92	\$70.00
Familia	\$49.28	\$68.26	\$102.10

Seguro de visión opcional de Anthem

No habrá cambios de tasas para 2024

Puedes elegir el seguro de visión opcional administrado por Anthem, patrocinado por el empleador o pagado por el empleado. Realizarse chequeos oftalmológicos de rutina es algo más que simplemente asegurarse de poder ver con claridad. También son importantes para tu salud general, para tu seguridad y para estar informado. Aunque puedas ver bien, los exámenes de la vista regulares son importantes para que tus ojos sigan sanos y para detectar tempranamente otros problemas de salud.¹

Con Blue View VisionSM, tienes acceso a una de las mayores redes de oculistas y comercios minoristas de artículos de la vista. Esto te facilita obtener cuidado de los ojos en el momento más conveniente para ti.

- 39,000 oculistas en la red Insight²
- 28,000 ubicaciones²
- Compras en línea, en Glasses.com, ContactsDirect.com, Lenscrafters.com, Targetoptical.com, ray-ban.com/insurance y al 1-800 CONTACTS[®]
- Red nacional de comercios de óptica, como LensCrafters[®], Target Optical[®] y la mayoría de las tiendas Pearle Vision[®]

Tus beneficios de la visión cubren lo siguiente:

- Examen oftalmológico de rutina
- Marcos y cristales de anteojos o lentes de contacto para adultos
- Exámenes oftalmológicos de rutina pediátricos
- Marcos y cristales de anteojos o lentes de contacto para menores cubiertos de 26 años inclusive. Para los menores de 19 años, se incluyen lentes Transitions[®] para proteger los ojos de los nocivos rayos UV y lentes de policarbonato sin costo adicional

	Bronze ³	Silver ³	Gold ³
Examen con dilatación según sea necesario	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10
Marcos	Asignación de \$125 y descuento del 20% del saldo restante	Asignación de \$150 y descuento del 20% del saldo restante	Asignación de \$150 y descuento del 20% del saldo restante
Lentes para anteojos: monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares	Copago de \$25	Copago de \$10	Copago de \$10
Lentes progresivos estándar	Descuento/precio fijo estándar	Descuento/precio fijo estándar	Copago de \$20
Lentes de contacto			
Convencionales	Asignación de \$150, descuento del 15% del saldo sobre \$150	Asignación de \$150, descuento del 15% del saldo sobre \$150	Asignación de \$175, descuento del 15% del saldo sobre \$175
Desechables	Asignación de \$150	Asignación de \$150	Asignación de \$175
Medicamento necesario	Cobertura total	Cobertura total	Cobertura total
Frecuencia			
Examen	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario
Lentes o lentes de contacto	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario
Marcos	Una vez cada dos años calendario	Una vez cada dos años calendario	Una vez por año calendario
Tasas mensuales			
	Bronze	Silver	Gold
Empleado solo	\$5.52	\$6.46	\$13.12
Empleado + cónyuge	\$10.94	\$12.80	\$26.14
Empleado + hijo(s)	\$11.22	\$13.12	\$26.80
Familia	\$16.64	\$19.48	\$39.82

¹ Asociación Estadounidense de Optometría (American Optometric Association), Evidence-Based Clinical Practice Guideline, Comprehensive Adult Eye and Vision Examination 2015 (consultado en julio de 2023): aoa.org.

² Datos internos, 2021.

³ Pueden aplicarse limitaciones de tasas dentro de la red para cada nivel y de reembolso fuera de la red.

Seguro de vida con MetLife

Como empleado público de la Commonwealth de Kentucky, tu empleador participante proporciona \$20,000 de cobertura de seguro de vida básica a los empleados elegibles sin costo para ti. Además de los \$20,000 gratuitos de cobertura de vida, tienes la opción de adquirir un seguro de vida adicional para ti y tus dependientes elegibles. Los planes de seguro de vida a término básico y opcional para empleados también brindan beneficios por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), así como protección financiera adicional en caso de muerte o lesión a causa de ciertos eventos.

Durante la inscripción abierta, puedes agregar o realizar cambios en tus planes de seguro de vida opcionales para empleados y dependientes.

Fuera de la inscripción abierta, puedes agregar o aumentar el seguro de vida opcional. Si estás fuera de la inscripción abierta, se requerirá una Declaración de salud para el seguro de vida opcional para el empleado o cónyuge.

Los dependientes mayores de 26 años no son elegibles para la cobertura de dependientes.

Consulta con tu empleador si participas en el programa de seguro de vida de la Commonwealth.

Recuerda mantener actualizada la información de los beneficiarios de tu seguro de vida en KHRIS ESS.

Seguro de vida opcional para empleados

Como empleado, si deseas adquirir un seguro de vida adicional además de los \$20,000 gratuitos, puedes seleccionar entre las opciones a continuación:

Opciones de cobertura del empleado y primas mensuales

Edad	\$10,000	\$25,000	\$50,000	\$100,000	\$150,000
16 a 29	\$0.92	\$2.28	\$4.60	\$9.18	\$13.76
30 a 39	\$1.94	\$4.86	\$9.72	\$19.44	\$29.16
40 a 59	\$4.28	\$10.70	\$21.40	\$42.80	\$64.20
60 años o más	\$6.98	\$17.48	\$34.96	\$69.90	\$104.86

Seguro de vida opcional para dependientes

Como empleado, puedes adquirir un seguro de vida para tu cónyuge y tus dependientes. Puedes seleccionar entre las siguientes opciones de planes disponibles:

Opciones de cobertura de dependientes y primas mensuales

Dependiente calificado	Opción de dependiente 1	Opción de dependiente 2	Opción de dependiente 3	Opción de dependiente 4	Opción de dependiente 5	Opción de dependiente 6	Opción de dependiente 7	Opción de dependiente 8
Cónyuge	\$10,000	\$20,000	\$50,000	\$10,000	\$20,000	\$50,000	\$0	\$0
Hijo menor de 6 meses	\$2,500	\$2,500	\$2,500	\$0	\$0	\$0	\$2,500	\$2,500
Hijo de 6 meses a 26 años	\$5,000	\$10,000	\$10,000	\$0	\$0	\$0	\$5,000	\$10,000
Prima	\$8.18	\$16.34	\$35.90	\$6.54	\$13.04	\$32.60	\$2.70	\$5.40

Compensación diferida



Kentucky's official supplemental retirement plan

Deja que este beneficio trabaje para ti

¿Qué es la compensación diferida de Kentucky?

La Compensación diferida de Kentucky (KDC) es un plan de ahorro para la jubilación con impuestos diferidos que se ofrece a todos los empleados estatales, empleados de escuelas públicas, empleados universitarios y empleados de subdivisiones políticas locales que hayan elegido participar.

¿Por qué conviene participar?

Lo más probable es que los beneficios del seguro social, además de tu jubilación estatal y de otros sistemas, no te proporcionen suficientes ingresos para mantener tu nivel de vida actual. Al contribuir a un plan de jubilación complementario, ahorras sistemáticamente con el objetivo de tener ingresos adicionales en el momento de la jubilación. KDC ayuda a cerrar la brecha entre lo que cobrarás de tu pensión y lo que necesitas para la jubilación.

Contribución fácil: contribuye desde tan solo \$30 por mes o \$15 por pago.

Conveniente: las contribuciones se deducen automáticamente de tu salario.

Ventajas fiscales: no hay impuestos federales o estatales sobre la renta sobre las contribuciones y ganancias antes de los impuestos hasta que se te pague el dinero.

Bajo costo: como programa del gobierno estatal de KY, no hay incentivos de ganancias, y los ahorros se transfieren a los participantes.

Accesible: administra tu cuenta en línea en cualquier momento, de día o de noche.

Servicio personal: los especialistas locales en jubilación están disponibles en toda la Commonwealth.

Inscripción sencilla: solo un formulario y unos minutos para comenzar.

<div style="text-align: center;">1</div> Ayúdame a lograrlo¹	<div style="text-align: center;">2</div> Hacerlo por mí mismo	<div style="text-align: center;">3</div> Hazlo por mí²
Fecha prevista de jubilación Fondos de Vanguard	Tu propia estrategia	Nationwide ProAccount[®]
<ul style="list-style-type: none"> • Invierte en el fondo más cercano al año en el que esperas jubilarte o recibir una distribución. • El fondo se administra, se reequilibra automáticamente, y está diseñado para volverse cada vez más conservador a medida que se acerca la fecha seleccionada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Define tus objetivos y tu estrategia de inversión. • Selecciona fondos de la Guía de inversiones de KDC. • Utiliza la herramienta para planificar inversiones My Investment PlannerSM para obtener recomendaciones de inversión gratuitas que te resulten adecuadas.² • Opta por el reequilibrio automático para mantener las inversiones alineadas con tus objetivos. • Dedicar tiempo y energía a manejar tus propias inversiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los administradores de inversiones profesionales seleccionan fondos de la línea de KDC según tu edad, tolerancia al riesgo y objetivos de inversión. • Estos administradores manejan activamente tu cuenta de acuerdo con la información que proporcionas. • Wilshire, un proveedor líder de productos y servicios de inversión, maneja activamente tu cuenta, incluido el reequilibrio periódico de acuerdo con la información que proporcionas. • Paga este servicio a través de un cargo adicional de administración de activos que se deduce del saldo de tu cuenta cada trimestre.

Los empleados pueden inscribirse en cualquier momento. Déjanos ayudarte. Llama al 800-542-2667 o al 502-573-7925 o [encuétranos en línea en kentuckydcp.ky.gov](http://www.kentuckydcp.ky.gov).

1 Los fondos de jubilación Vanguard Target Retirement Funds invierten en una amplia variedad de fondos subyacentes para ayudar a reducir el riesgo de inversión. Su índice de gastos representa un promedio ponderado de los índices de gastos y los cargos cobrados por los fondos mutuos subyacentes en los que invierten los Vanguard Target Retirement Funds. Los Vanguard Target Retirement Funds no cambian ningún gasto ni cargo propio. Al igual que otros fondos, los Vanguard Target Retirement Funds están sujetos a pérdidas y riesgos de mercado. La pérdida de principio puede ocurrir en cualquier momento, incluso en la fecha prevista, antes o después de esta. No hay garantía de que los fondos con fecha prevista proporcionen suficientes ingresos para la jubilación.

2 Nationwide Investment Advisors LLC (NIA), un asesor de inversiones registrado en la SEC, brinda asesoramiento de inversión para Nationwide ProAccount a los participantes del plan. NIA ha contratado a Wilshire Associates como experto financiero independiente para Nationwide ProAccount. Wilshire Associates no es una afiliada de NIA o KDC. Nationwide Investment Advisor LLC (NIA) no está afiliada a Wilshire Associates ni a KDC.

La inversión implica riesgo de mercado, incluida la posible pérdida de capital. Ninguna estrategia ni ningún programa de inversión puede garantizar una ganancia o evitar pérdidas. Los resultados reales variarán según su inversión y experiencia en el mercado.

Los especialistas en jubilación de KDC son representantes registrados de Nationwide Investment Services Corporation (NISC), miembro de FINRA. Los representantes de Nationwide no pueden ofrecer consejo legal, sobre inversiones o impuestos. Antes de tomar decisiones sobre tu plan de jubilación, debes consultar a tu propio abogado.

NRM-17372KY-KY (08/19)

Información de contacto

Respaldo durante la inscripción abierta

Línea directa de inscripción abierta del Departamento de Seguros para Empleados (DEI) 888-581-8834 O 502-564-6534

El horario extendido y las cinco opciones de teléfono a continuación solo están disponibles durante la **Inscripción abierta: del 9 al 27 de octubre.**

Horario de inscripción abierta para asistencia (hora del este)

Lunes 9 de octubre a viernes 13 de octubre, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

Lunes 16 de octubre a viernes 20 de octubre, de 7:30 a.m. a 6:00 p.m.

Lunes 23 de octubre a viernes 27 de octubre, de 7:30 a.m. a 8:00 p.m.

Puedes elegir una de estas cinco opciones:

Opción 1: Autoridad de Pensiones públicas de Kentucky

Opción 2: Restablecimiento de identificación de usuario y contraseña de KHRIS

Opción 3: Preguntas sobre beneficios para Anthem (médico, dental y de visión), HealthEquity o CVS Caremark

Opción 4: Asistencia técnica como errores de navegador o de compatibilidad.

Opción 5: Departamento de Seguros para Empleados (DEI) para todas las demás consultas

Direcciones del sitio web

Gabinete de personal: personnel.ky.gov

KEHP: kehpcy.gov

Seguro dental y de visión: personnel.ky.gov

Bienestar: mycastlight.com/mybenefits

Respaldo fuera de la inscripción abierta

Departamento de Seguros para Empleados: 888-581-8834 o 502-564-6534

De lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 4:30 p.m., excepto días feriados de la Commonwealth



Información de contacto

Socios y programas	Números de teléfono	Sitios web
Línea de Enfermería 24/7	877-636-3720	
Programa de acupuntura a través de Salud y medicina integrativa de UK Healthcare	859-323-HEAL (4325)	
Anthem: Seguro médico	844-402-5347	anthem.com/kehps
Centro de recursos de salud conductual y línea de recursos para el trastorno por abuso de sustancias	855-873-4931	
Cómo Promover Familias Saludables (Building Healthy Families): atención de la maternidad	844-402-5347	anthem.com
Castlight		mycastlight.com/mybenefits
COBRA	888-678-4861	healthequity.com
CVS		
Caremark: Medicamentos recetados	866-601-6934	caremark.com
Programa de manejo del peso		
Seguro dental y de visión	844-402-5347	anthem.com
HealthEquity: cuentas FSA y HRA	877-430-5519	
Hinge Health: alternativa digital a la fisioterapia	855-902-2777	hingehealth.com/kehps
Plan de jubilación judicial	502-564-5310	
Kentucky Community & Technical College System (Sistema de Educación Superior y Educación Técnica de Kentucky)	859-256-3100	
Autoridad de Pensiones públicas de Kentucky	800-928-4646 502-696-8800	kyret.ky.gov
Compensación diferida de Kentucky	800-542-2667	kentuckydcp.ky.gov
Lark: Programa de Prevención de la Diabetes	844-402-5347	lark.com/anthem
Plan de jubilación legislativa	502-564-5310	
LiveHealth Online: atención médica y de salud conductual	888-548-3432	
Clínicas de salud de LivingWell en Frankfort (solo empleados, no jubilados, cónyuges ni dependientes)		
300 Building	502-564-3444	
Capitol Annex	502-564-3333	
CHFS	502-564-5555	
Mayo-Underwood Building	502-564-4444	
Seguro de vida MetLife	800-638-6420	
PrudentRx	800-578-4403	
RethinkCare: apoyo para la familia	800-714-9285	connect.rethinkcare.com/sponsor/kehps
SmartShopper: transparencia, compra a mejores precios	855-869-2133	smartshopper.com
Sistema de jubilación para docentes	800-618-1687 502-848-8500	trs.ky.gov

Avisos legales

Como miembro del Plan médico para empleados de Kentucky (KEHP), tienes ciertos derechos legales. Varios de esos derechos se resumen a continuación. Lee atentamente las siguientes disposiciones. Para obtener más información, puedes comunicarte con la División de Servicios para Miembros del Departamento de Seguros para Empleados al (888) 581-8834 o (502) 564-6534 o [visita kehp.ky.gov](http://visita.kehp.ky.gov).

A. AVISO SOBRE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA), tienes derechos de "inscripción especial" si pierdes otra cobertura o si adquieres un nuevo dependiente. Además, puedes calificar para una inscripción especial en el KEHP en virtud de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños de 2009 (CHIPRA).

1. Cláusula de inscripción especial de la HIPAA: pérdida de otra cobertura

Si rechazas la inscripción para ti o tus dependientes elegibles (incluido tu cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan médico grupal (independientemente de si la cobertura se obtuvo dentro o fuera de un mercado de seguros), es posible que puedas inscribirte a ti mismo y a tus dependientes en este plan si tú o tus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a tu otra cobertura o a la de tus dependientes). Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 35 días posteriores a que finalice tu otra cobertura o la de tus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

2. Cláusula de inscripción especial de la HIPAA: nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción

Si tienes un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedas inscribirte tú e inscribir a tus nuevos dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 35 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

3. Cláusula de inscripción especial de CHIPRA: elegibilidad para asistencia para primas

Si tú o tus hijos son elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), y eres elegible para recibir cobertura médica de tu empleador, Kentucky puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura utilizando fondos de los programas estatales Medicaid o CHIP. Si tú o tus dependientes son elegibles para la asistencia para primas según Medicaid o CHIP, así como elegibles para la cobertura del seguro médico a través del KEHP, tu empleador debe permitirte inscribirte en el KEHP, si aún no estás inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debes solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine que eres elegible para recibir asistencia para primas**. Además, puedes inscribirte en el KEHP si tu cobertura de Medicaid o CHIP o la de tu dependiente termina debido a la pérdida de elegibilidad. Un empleado debe solicitar esta inscripción especial dentro de los 60 días de la pérdida de cobertura. Para obtener [más información y el aviso legal requerido de CHIP](#), [accede a kehp.ky.gov](http://accede.a.kehp.ky.gov) (enlace de Recursos/documentos [Resources/Docs], formularios [Forms] y avisos legales [Legal Notices]).

B. DIVULGACIÓN Y AVISO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR

LivingWell es el programa de bienestar voluntario del KEHP disponible para todas las personas que se inscriben en un plan de seguro médico KEHP y su cónyuge inscrito. El programa se administra de acuerdo con las normas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades. Esas normas federales incluyen la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud, según corresponda, entre otras. Si eliges participar en el programa de bienestar, se te le pedirá que completes una evaluación de la salud voluntaria (o "HA") que plantea una serie de preguntas sobre tus actividades y comportamientos relacionados con tu salud, y si tienes o tuviste ciertas condiciones médicas

(p. ej., cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). No es necesario que completes la HA. Sin embargo, los empleados que opten por participar en el programa de bienestar LivingWell recibirán un incentivo en forma de contribuciones de primas con descuento para la cobertura del seguro médico del empleado. Si bien no es necesario que completes la HA, solo los empleados que lo hagan recibirán primas de seguro médico con descuento.

Es posible que haya incentivos adicionales en forma de tarjetas de regalo, bienes de consumo y otros premios disponibles para los empleados que participen en determinadas actividades relacionadas con la salud, como desafíos para caminar o dejar de fumar. Además, el KEHP ofrece tasas de contribución de primas mensuales de empleado con descuento a no fumadores. Cada miembro del KEHP tiene al menos una oportunidad por año del plan para calificar para el descuento en la contribución de la prima mensual.

El KEHP se compromete a ayudarte a lograr la mejor salud. Los incentivos por participar en el programa de bienestar LivingWell del KEHP están disponibles para todas las personas que se inscriben en un plan de seguro médico KEHP y su cónyuge inscrito. Si no puedes participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud, o crees que no podrás cumplir con un estándar para obtener un incentivo según el programa de bienestar LivingWell, puedes solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo. Comunícate con la División de Servicios para Miembros del Departamento de Seguros para Empleados al (888) 581-8834 o al (502) 564-6534 y trabajaremos contigo (y, si lo deseas, con tu médico) para encontrar un programa de bienestar con el mismo incentivo que mejor se adapte a tu estado de salud.

Protecciones contra la divulgación de información médica: El KEHP está obligado por ley a mantener la privacidad y seguridad de tu información de salud de identificación personal. El KEHP no recopila ni retiene información médica o de salud personal a través de su programa de bienestar LivingWell a menos que forme parte de una auditoría, del cumplimiento o de una revisión de servicio al cliente; sin embargo, el KEHP puede recibir y utilizar información agregada que no identifica a ningún individuo para diseñar programas basados en riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo y que tienen como objetivo mejorar la salud de los miembros del KEHP. El KEHP nunca divulgará tu información personal públicamente ni a tu empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud tuya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que te identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a tus supervisores o gerentes, y nunca podrá usarse para tomar decisiones con respecto a tu empleo.

La información sobre tu salud no podrá venderse, intercambiarse, transferirse ni divulgarse de otro modo, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar. No se te pedirá ni se te exigirá que renuncies a la confidencialidad de tu información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba tu información con el fin de prestarte servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Los únicos individuos que pueden recibir información sobre tu salud de identificación personal son las personas empleadas por Castlight (administrador de bienestar del KEHP) y Anthem (administrador médico externo del KEHP). Esto puede incluir personal de enfermería del programa de manejo de enfermedades de Anthem o asesores de la salud. La divulgación de tu información de salud personal a estas personas es necesaria para poder brindarte servicios según el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de tus registros personales; la información almacenada electrónicamente estará cifrada; y ninguna información que proporciones como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar decisiones laborales. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos. Ante cualquier violación de datos que involucre la información que proporcionas en relación con el programa de bienestar, te lo notificaremos tan pronto como sea posible después de descubrir la violación.

C. LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA DE 1986 (COBRA)

La continuidad de la cobertura según COBRA es una continuación de la cobertura del KEHP cuando, de otro modo, terminaría debido a un evento de vida, también llamado "evento calificado". Tras un evento calificado, se ofrecerá la continuidad de la cobertura según COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Los beneficiarios calificados pueden optar por continuar su cobertura según el plan durante un periodo determinado pagándolo ellos mismos. **Cada beneficiario calificado tiene 60 días para decidir si elige o no la cobertura según COBRA, a partir de la fecha posterior en la que se proporciona el aviso de elección, o la fecha en la que el beneficiario calificado perdería la cobertura según el KEHP debido a un evento calificado.** El administrador externo de COBRA del KEHP es HealthEquity. Para obtener más información sobre COBRA y tus derechos según COBRA, consulta el folleto de beneficios médicos o [visita kehp.ky.gov](http://www.kehp.ky.gov) (enlace de Recursos/documentos [Resources/Docs], formularios [Forms] y avisos legales [Legal Notices]).

D. LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998 (WHCRA)

Tu plan, según lo exige la WHCRA, brinda beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre los senos, prótesis y complicaciones resultantes de una mastectomía, incluido el linfedema. Para más información sobre esta cobertura, consulta tu folleto de beneficios médicos o [visita kehp.ky.gov](http://www.kehp.ky.gov) (enlace de Recursos/documentos [Resources/Docs], formularios [Forms] y avisos legales [Legal Notices]).

E. LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD PARA MADRES Y RECIÉN NACIDOS DE 1996 (LEY DE RECIÉN NACIDOS)

Según la ley federal, los planes médicos grupales generalmente no pueden restringir los beneficios de una hospitalización relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de 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 de seguro médico no podrán exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del asegurador para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

F. AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

El KEHP recopila y recoge información demográfica sobre sus miembros, como nombre, dirección y números de seguro social. Esta información se conoce como información de salud de identificación individual y está protegida por HIPAA y las normas de seguridad y privacidad relacionadas. HIPAA requiere que el KEHP mantenga la privacidad de tu información de salud protegida (PHI) y que se te notifique después de una violación de PHI no segura. Además, el KEHP debe proporcionar a sus miembros una copia de su Aviso de prácticas de privacidad (NPP) detallando de qué manera el KEHP puede utilizar y divulgar tu PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones médicas, o para cualquier otro propósito que sea permitido o requerido por ley. El NPP también informa a los miembros sobre sus derechos con respecto a su PHI y cómo presentar una queja si un miembro cree que se han violado sus derechos. El Aviso sobre prácticas de privacidad del KEHP y los formularios asociados se pueden obtener visitando [kehp.ky.gov](http://www.kehp.ky.gov) (enlace de Recursos/documentos [Resources/Docs], formularios [Forms] y avisos legales [Legal Notices]).

G. COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL KEHP Y AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE

El KEHP ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados del KEHP, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que tu cobertura actual constituye una cobertura acreditable, puedes conservarla y no pagar una prima más elevada (una multa) si posteriormente decides inscribirte en el plan de medicamentos de Medicare.

H. AVISO DE DISPONIBILIDAD DEL RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

Como empleado o jubilado, los beneficios de salud disponibles para ti representan un componente importante de tu paquete de compensación/jubilación. Esos beneficios también brindan una protección importante para ti y tu familia en caso de enfermedad o lesión. El KEHP ofrece una variedad de opciones de cobertura médica, y elegir la opción adecuada para ti y tu familia es una decisión importante. Para ayudarte a tomar una decisión informada sobre tu cobertura médica, el KEHP publica un Resumen de beneficios y cobertura (SBC). Para facilitar la comparación, el SBC resume información importante sobre tus opciones de cobertura médica en un formato estándar. Los SBC son solo un resumen. Debes consultar las Descripciones resumidas del plan y los folletos de beneficios médicos del KEHP para determinar las cláusulas contractuales que rigen la cobertura. **Los SBC del KEHP están disponibles en el sitio web del KEHP en [kehp.ky.gov](http://www.kehp.ky.gov)** (Seguro médico/documentos [Health Insurance/Docs], formularios [Forms] y avisos legales [Legal Notices]). También está disponible una copia impresa, sin cargo, comunicándose con la División de Servicios para Miembros del Departamento de Seguros para Empleados al **(888) 581-8834** o al **(502) 564-6534**.

I. ACUERDO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS (HRA) DE EXENCIÓN

Si un empleador participa en el programa de Acuerdo de Reembolso de gastos médicos (HRA) de exención a través del KEHP, puede optar por renunciar a la cobertura del seguro médico del KEHP y elegir una HRA de exención financiada por el empleador, hasta \$2,100 al año. Hay dos opciones de HRA de exención: la HRA de exención para fines generales y la HRA de exención para fines limitados (anteriormente llamada HRA de exención solo dental/de la visión). Un empleado es elegible para la HRA de exención para fines generales solo si el empleado, su cónyuge y sus dependientes, si corresponde, tienen otra cobertura de plan médico grupal. Un empleado que elige una HRA de exención para fines generales debe dar fe de que él y, si corresponde, su cónyuge y sus dependientes están inscritos en otro plan médico grupal que proporciona un valor mínimo. Un "plan médico grupal" se refiere a la cobertura que proporciona un empleador, una organización empleadora o un sindicato. Un "plan médico grupal" no incluye pólizas individuales adquiridas a través del mercado de seguros ni planes de gobierno como TRICARE, Beneficios para Veteranos, Medicare o Medicaid. Un plan médico grupal que proporciona un "valor mínimo" significa que el plan paga al menos el 60% del costo total permitido de los beneficios/servicios cubiertos, y los participantes o miembros del plan no deben pagar más del 40% del costo total permitido de beneficios/servicios cubiertos. Un empleado que elige una HRA de exención para fines generales y que deja de estar cubierto por otro plan médico grupal que proporciona un valor mínimo debe notificarlo al KEHP dentro de los 35 días posteriores a la fecha en que cesó la cobertura del otro plan médico grupal. En este evento, se dará por terminada la cobertura según la HRA de exención para fines generales, y el empleado podrá elegir una opción del plan de seguro médico del KEHP o la HRA de exención para fines limitados. Cada empleado podrá de forma permanente renunciar a futuros reembolsos de la HRA de exención para fines generales al menos una vez al año durante la inscripción abierta.

Declaración del KEHP sobre el consumo de tabaco

La Commonwealth de Kentucky se compromete a fomentar y a alentar el bienestar y la salud de los trabajadores. Como parte del programa de bienestar LivingWell del KEHP, el KEHP ofrece un descuento mensual en las tasas de contribución a la prima del seguro médico para no fumadores. Eres elegible para las tasas de contribución a la prima para no fumadores siempre que certifiques, durante el proceso de inscripción al seguro médico, que tú u otra persona mayor de 18 años que vaya a estar cubierta por tu plan no han consumido tabaco regularmente en los últimos seis meses. "Regularmente" significa que se ha consumido tabaco cuatro o más veces por semana, en promedio, excepto cuando dicho consumo fuera por motivos religiosos o ceremoniales. "Tabaco" se refiere a todos los productos de tabaco incluidos, entre otros, cigarrillos, pipas, tabaco de mascar, tabaco seco, tabaco húmedo, puros, y cualquier otro producto de tabaco sin importar su modo de empleo. "Solicitud de inscripción en el seguro médico del KEHP" se refiere a cualquier método de inscripción en la cobertura del seguro médico del KEHP que incluye presentar una solicitud en papel, completar y presentar una solicitud en línea, o inscribirse en la cobertura del seguro médico del KEHP a través de un sistema de inscripción en línea como KHRIS.

Ya sea que completes tu inscripción a la cobertura del seguro médico del KEHP en línea o presentes una solicitud en papel, debes certificar que todas las declaraciones en relación al consumo de tabaco son correctas. Al completar el proceso de inscripción, certificas lo siguiente:

1. He respondido honestamente a todas las preguntas en mi solicitud de inscripción al seguro médico del KEHP con respecto al consumo de tabaco realizado por mí, mi cónyuge, y mis dependientes mayores de 18 años. Mi solicitud de inscripción en el seguro médico del KEHP refleja con exactitud el uso de productos de tabaco en los últimos seis meses en lo que respecta a mi persona y a las personas que estarán cubiertas por mi plan de seguro como cónyuge o dependiente.
2. Si completo mi solicitud de inscripción en el seguro médico del KEHP durante la inscripción abierta, entiendo que las tasas de contribución a la prima para los fumadores se aplicarán a partir del 1.º de enero de 2024, si respondí "Sí" a la pregunta sobre el consumo de tabaco.
3. Si completo mi solicitud de inscripción en el seguro médico del KEHP como nuevo empleado, entiendo que las tasas de contribución a la prima para los fumadores se aplicarán el primer día del segundo mes siguiente a la fecha de mi contratación, si respondí "Sí" a la pregunta sobre el consumo de tabaco.
4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al KEHP de cualquier cambio en mi consumo de tabaco o en el de mi cónyuge o un dependiente cubiertos por mi plan de seguro, incluida la notificación al KEHP si todos los fumadores pasan a ser no elegibles para la cobertura o son dados de baja durante el año del plan. La notificación se efectuará completando un formulario de cambio de consumo de tabaco.
5. Entiendo que si yo, un cónyuge o un dependiente cubiertos por este plan de seguro actualmente utilizamos productos de tabaco y dejamos de hacerlo durante el año del plan, seré elegible para el descuento sobre las tasas de contribución a la prima para no fumadores el primer día del mes siguiente a la fecha de la firma del formulario de cambio de consumo de tabaco en el que certifico que ni yo, ni mi cónyuge o dependiente(s) utilizamos regularmente productos de tabaco durante los seis meses previos a la cumplimentación de dicho formulario. Ambos titulares del plan combinados deben firmar el formulario de cambio de consumo de tabaco.
6. Entiendo que si he respondido "No" a la pregunta sobre el consumo de tabaco y que si yo, mi cónyuge o dependiente cubiertos por mi plan de seguro nos convertimos en fumadores habituales en cualquier momento, debo notificar al KEHP y mis tasas de contribución se ajustarán a las tasas de contribución a la prima para fumadores el primer día del mes siguiente a la fecha de la firma del formulario de cambio de consumo de tabaco.
7. Entiendo que la pregunta sobre el consumo de tabaco forma parte de mi solicitud de cobertura del seguro médico del KEHP. Toda persona que, con conocimiento e intención de estafar, presente una solicitud de seguro que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre algún dato material de la solicitud, comete un acto fraudulento, lo que constituye un delito.
8. Entiendo que si no respondo con veracidad las preguntas sobre el consumo de tabaco, el KEHP puede ajustar mis tasas de contribución retroactivamente para aplicar a la prima las tasas de contribución más altas correspondientes a los fumadores. Previa notificación por escrito, le pagaré al KEHP la diferencia entre las tasas de contribución a la prima para fumadores y no fumadores correspondientes al periodo para el cual certifiqué falsamente mi elegibilidad para las tasas de contribución a la prima para no fumadores.
9. El KEHP ofrece descuentos mensuales sobre las tasas de contribución a la prima para no fumadores como parte de su programa de bienestar LivingWell. Cada miembro del KEHP tiene al menos una oportunidad por año del Plan para calificar para el descuento. El KEHP se compromete a ayudarte a lograr la mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si consideras que no cumplirás con los estándares para obtener una recompensa conforme a este programa de bienestar, es posible que califiques para tener la oportunidad de obtener las mismas recompensas de formas diferentes. Comunícate con el Departamento de Seguros para Empleados al **(888) 581-8834** o al **(502) 564-6534** y trabajaremos contigo (y, si lo deseas, con tu médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que mejor se adapte a tu estado de salud.

Términos y condiciones

A continuación se encuentran los términos y condiciones para participar en la cobertura del seguro médico, dental, de visión y de vida grupal administrado por el Departamento de Seguros para Empleados (DEI).

Un empleado y un jubilado (según corresponda) pueden adjuntar una firma en una copia impresa de la solicitud de inscripción en el seguro médico del KEHP, la solicitud de seguro de vida grupal, las solicitudes dentales o de visión grupales, o en una versión electrónica de las solicitudes. Al escribir tu nombre en una solicitud electrónica o al iniciar sesión y utilizar tu identificación de usuario único de KHRIS e inscribirte a través del portal de autoservicio del empleado, aceptas llevar a cabo la inscripción en la cobertura del seguro médico, dental, de visión y de vida por medios electrónicos, creando así un contrato legal y vinculante, y aceptas recibir todos y cada uno de los registros o divulgaciones en formato electrónico a elección del DEI o de tu empleador como se describe en la Sección AA a continuación. Al adjuntar tu firma de una u otra forma, entiendes y aceptas que:

A. AÑO DEL PLAN. El año del plan 2024 comienza el 1.º de enero de 2024 y finaliza a la medianoche del 31 de diciembre de 2024.

B. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LAS ELECCIONES. Si eliges un plan médico, dental, de visión o una Cuenta de gastos flexibles (FSA) durante la inscripción abierta, la cobertura entrará en vigencia el 1.º de enero del siguiente año del plan. Si eres un empleado nuevo o un empleado recientemente elegible con derecho a escoger una cobertura de seguro o una cuenta FSA fuera de la inscripción abierta, la cuenta FSA y tu cobertura de seguro entrarán en vigencia el primer día del segundo mes después de que el empleado nuevo o el empleado recientemente elegible sea elegible para la inscripción. Los empleados que se inscriban en el seguro de vida deben ser trabajadores activos, a tiempo completo, el día en que está previsto que comience el seguro del empleado.

C. INFORMACIÓN DEL PLAN. Has leído y comprendido la Guía de selección de beneficios (BSG) 2024. Las normas y limitaciones del plan están comprendidas en las Descripciones resumidas del plan (SPD) del KEHP o en los folletos de beneficios médicos (MBB) y en el Resumen de Resumen de beneficios y cobertura (SBC). Las normas y limitaciones del seguro de vida, dental y de visión están detalladas en los Certificados de cobertura (CoC). Todos los beneficios para ti y tus dependientes elegibles serán proporcionados de acuerdo a las normas y limitaciones establecidas en los SPD, MBB, BSG, SBC y CoC. Te comprometes a respetar los términos y condiciones que rigen la participación, la membresía y la recepción de servicios de los planes en los que te hayas inscrito y que se establecen en los SPD, MBB y CoC. En caso de que existan discrepancias entre los términos de cobertura establecidos en los SPD, MBB, BSG, SBC y CoC, regirán los términos de cobertura establecidos en los SPD, MBB y CoC.

D. TERCEROS ADMINISTRADORES. El DEI recurre a terceros, como Anthem, CVS/Caremark, HealthEquity, Castlight, SmartShopper, y Metropolitan Life Insurance Company (MetLife) para proporcionar determinadas funciones administrativas. El DEI puede comunicarse directamente contigo o a través de estos terceros acerca de tu cobertura de seguro, tus beneficios, o productos o servicios relacionados con la salud proporcionados por o incluidos en los planes grupales médicos, dental, de visión o de vida de la Commonwealth.

E. COMBINADOS. La opción de pago combinado del seguro médico está disponible para los cónyuges que sean elegibles para participar en el KEHP y tengan al menos un dependiente. Si tú y tu cónyuge eligen la opción de pago combinado del seguro médico, son titulares del plan con cobertura familiar. En caso de que uno de los cónyuges pierda la elegibilidad, el titular del plan restante pasará por defecto a un nivel de cobertura Parent-plus. La opción de pago combinado finaliza en caso de pérdida de la elegibilidad o del empleo de uno los cónyuges o titulares del plan.

F. ELEGIBILIDAD DEL DEPENDIENTE. Certificas que cada dependiente inscrito cumple con los requisitos de elegibilidad para dependientes establecidos en los SPD, MBB y CoC. El DEI te solicitará aportar documentación de respaldo para verificar la elegibilidad de cualquier dependiente inscrito o que solicite ser inscrito en los beneficios. Los cónyuges y los hijastros están sujetos a una nueva verificación cada 24 meses. En caso de que no documentos debidamente la elegibilidad del dependiente, se eliminará al dependiente no verificado de tu(s) plan(es) de seguro.

G. CAMBIO DE ELECCIONES. Las elecciones indicadas por tu solicitud de inscripción en el seguro médico del KEHP, solicitud dental o de visión grupal, solicitud de seguro de vida grupal, o inscripción en línea no se pueden cambiar ni cancelar durante el año del plan sin un evento calificado autorizado.

H. DEDUCCIÓN DE INGRESOS. Cuando te inscribes en una cobertura de seguro (de salud, dental, de visión o de vida) o en una cuenta FSA, autorizas a tu empleador a deducir de tus ingresos el monto requerido para cubrir tu contribución de empleado a la cuenta FSA y a la cobertura de seguro que hayas elegido, incluidos los atrasos que puedas adeudar. Las deducciones para la cuenta FSA y las contribuciones del empleado al seguro médico, dental y de visión se efectúan antes de deducir impuestos, a menos que firmes un formulario de solicitud posterior a la deducción de impuestos. Las deducciones para las primas del seguro de vida se efectúan después de deducir los impuestos.

I. PRIORIDAD DE PAGOS. El dinero que envíes al DEI y que pretendas utilizar para financiar tu cuenta FSA o pagar las contribuciones de la prima del seguro puede utilizarse primero para pagar otras deudas prioritarias vencidas y exigibles, como impuestos y manutención infantil.

J. ELECCIÓN DE CUENTA FSA Y TRANSFERENCIA PARA CUIDADO DIURNO DE NIÑOS Y ADULTOS. Si eliges una cuenta FSA para el cuidado diurno de niños y adultos, eres elegible para solicitar el reembolso, tal y como autorizan los artículos 21 y 129 del Título 26 del Código de los Estados Unidos (U.S.C.) para gastos de cuidado del dependiente. Puedes elegir aportar hasta \$2,500 (o \$5,000 en el caso de un empleado casado con una declaración en conjunto) en una cuenta FSA para el cuidado diurno de niños y adultos para el año del plan 2024. La cuenta FSA para el cuidado diurno de niños y adultos solo puede reembolsar los gastos de cuidado del dependiente elegible en los que se incurra durante el periodo de cobertura correspondiente. Los fondos en tu cuenta FSA para el cuidado diurno de niños y adultos solo pueden utilizarse para reembolsar los gastos elegibles de cuidado diurno de niños y adultos y no pueden reembolsarse en caso de cierre de la cuenta FSA cualquiera sea el motivo. Los fondos aportados a una cuenta FSA para el cuidado diurno de niños y adultos no se transferirán al siguiente año del plan.

K. ELECCIÓN Y TRANSFERENCIA DE LA CUENTA FSA DE CUIDADO MÉDICO. Puedes elegir aportar hasta \$2,850 a una cuenta FSA de cuidado médico para el año del plan 2024 y pagar los gastos médicos elegibles que tu plan de seguro médico no cubre. Los montos no utilizados de al menos \$50 y hasta un máximo de \$570 que queden en tu cuenta FSA de cuidado médico al final del año del plan se transferirán al siguiente año del plan y podrán utilizarse para reembolsarte los gastos elegibles en los que se incurra durante el siguiente año del plan. Podrás utilizar los montos transferidos de la cuenta FSA de cuidado médico independientemente de que elijas o no una cuenta FSA de cuidado médico para el siguiente año del plan. Los montos superiores a \$570 que queden en tu cuenta FSA de cuidado médico al final del año de plan se perderán. Se perderán todos los fondos que queden en una cuenta FSA de cuidado médico en la que no se hayan realizado nuevas elecciones de contribuciones durante dos años consecutivos del plan.

L. TARJETA DE HEALTHEQUITY PARA CUIDADO MÉDICO. HealthEquity administrará las cuentas FSA y HRA para el año del plan 2024 y te emitirá una tarjeta de HealthEquity para cuidado médico para el pago de los gastos elegibles de la cuenta FSA de cuidado médico y la HRA. Tu tarjeta de HealthEquity para cuidado médico será suspendida si no se envía a HealthEquity la verificación de reclamación solicitada en un plazo de noventa (90) días tras la lectura de la tarjeta. Te comprometes a respetar todas las normas y guías establecidas por el Plan en relación a la tarjeta de HealthEquity para cuidado médico. El Plan se reserva el derecho a denegar el acceso a la tarjeta, requerir reembolso, deducir o retener tu salario y compensar tu cuenta FSA de cuidado médico o HRA si no verificas una reclamación.

M. RENUNCIA A LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO. Si eliges renunciar a la cobertura del seguro médico del KEHP, con o sin Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA) de exención, lo estás haciendo voluntariamente. Si tu empleador forma parte del programa de HRA de exención, hay dos opciones disponibles: la HRA de exención para fines generales y la HRA de exención para fines limitados. Entiendes que serás elegible para la HRA de exención para fines generales únicamente si cuentas con otra cobertura del plan médico grupal. Asimismo, entiendes que tu cónyuge y tus dependientes elegibles, si corresponde, no pueden estar cubiertos por la HRA de exención para fines generales a menos que tu cónyuge y tus dependientes también tengan otra cobertura de plan médico grupal.

N. NORMAS DE LA HRA DE EXENCIÓN PARA FINES GENERALES. Si eliges una HRA de exención para fines generales, declaras que tú, tu cónyuge y tus dependientes, si corresponde, están inscritos en otro plan médico grupal que proporciona un valor mínimo. Un "plan médico grupal" se refiere a la cobertura

Términos y condiciones

que proporciona un empleador, una organización empleadora o un sindicato. Un "plan médico grupal" no incluye pólizas individuales adquiridas a través del mercado de seguros ni planes de gobierno como TRICARE, Beneficios para Veteranos, Medicare o Medicaid. Un plan médico grupal que proporciona un "valor mínimo" significa que el plan paga al menos el 60% del costo total permitido de los beneficios/servicios cubiertos, y los participantes o miembros del plan no deben pagar más del 40% del costo total permitido de beneficios/servicios cubiertos. Si eliges una HRA de exención para fines generales y dejas de estar cubierto por otro plan médico grupal que proporciona un valor mínimo, aceptas notificarlo al KEHP dentro de los 35 días posteriores a la fecha en que cesó la cobertura del otro plan médico grupal. En este evento, se dará por terminada la cobertura bajo la HRA de exención para fines generales, y podrás elegir una opción del plan de seguro médico del KEHP o la HRA de exención para fines limitados. Los fondos no utilizados que queden en la HRA de exención para fines generales en caso de terminación se perderán. Podrás de forma permanente renunciar a futuros reembolsos de la HRA de exención para fines generales al menos una vez al año en la inscripción abierta.

O. TRANSFERENCIA DE HRA. HRA de exención: los montos no utilizados hasta un máximo de \$2,100 que queden en tu HRA de exención al final del año del plan podrán transferirse al siguiente año del plan siempre que seas elegible para optar por una HRA. HRA integradas con CDHP: Los montos no utilizados hasta un máximo de \$7,500 que queden en tu HRA integrada con CDHP al final del año del plan podrán transferirse al siguiente año del plan. Debes elegir el mismo tipo de HRA en un año del plan posterior para que los fondos se transfieran.

P. FONDOS DE LA CUENTA FSA/HRA DE EXENCIÓN DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN. Puedes utilizar los fondos que queden en una HRA de exención o una cuenta FSA después de la terminación para reembolsarte gastos elegibles en los que hayas incurrido durante el periodo de cobertura y antes de la terminación de la HRA o la FSA. En caso de terminación del empleo, incluida la jubilación, los montos que queden en una HRA de exención o una cuenta FSA se pierden, excepto que se te puede reembolsar cualquier gasto elegible en el que hayas incurrido antes del último día del último periodo de pago trabajado, siempre que presentes una reclamación antes del 31 de marzo siguiente al cierre del año del plan en el que se incurrió el gasto.

Q. REEMBOLSO DE GASTOS DE LA HRA Y DE LA CUENTA FSA. Una cuenta FSA de cuidado médico y/o HRA solo pueden reembolsarte los gastos médicos, según lo autorizado por los artículos 105(b) y 213(d) del Título 26 del U.S.C., en los que hayas incurrido durante el periodo de cobertura correspondiente. La ley federal ahora te permite utilizar tu tarjeta HealthEquity para pagar medicamentos de venta libre (OTC), medicamentos, productos de cuidado menstrual y determinados equipos de protección personal como mascarillas, desinfectante de manos y paños desinfectantes. La HRA de exención para fines limitados solo puede reembolsarte los gastos dentales y de visión elegibles. Si tienes una cuenta FSA y una HRA, los fondos para los gastos elegibles se reembolsarán primero de tu cuenta FSA antes de ser reembolsados de tu HRA.

R. PERIODO DE VALIDEZ DE LA CUENTA FSA Y LA HRA. Dispones de un periodo de validez de 90 días (hasta el 31 de marzo) para el reembolso de los gastos elegibles de la cuenta FSA y la HRA en los que hayas incurrido durante el periodo de cobertura.

S. COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA. El KEHP ofrece opciones de planes que, según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, constituyen una cobertura esencial mínima a bajo precio y proporciona un valor mínimo. Por lo tanto, al recibir una oferta de cobertura a través de tu empleador, ni tú, ni tu cónyuge, ni tu(s) dependiente(s) son elegibles para un crédito fiscal para las primas de seguro médico si adquieren un seguro a través del mercado de seguros.

T. COORDINACIÓN DE LOS PLANES MÉDICOS KEHP Y LA COBERTURA DE MEDICARE. En general, las tres opciones de planes del KEHP y HRA de exención para fines generales deben pagar en primer lugar a Medicare. La HRA de exención para fines limitados paga en segundo lugar a Medicare.

U. PROMESA DE LIVINGWELL. La ley federal permite al KEHP recompensar a los miembros que participen en el programa de bienestar LivingWell del KEHP. En 2024, los tres planes médicos del KEHP forman parte del programa de bienestar LivingWell del KEHP y requieren llevar a cabo la realización de la Promesa de LivingWell para recibir descuentos en primas en el año del plan 2025.

Si cumpliste con la Promesa de LivingWell en 2023, recibirás un descuento en la prima mensual de \$40.00 en 2024. Si no cumpliste con la Promesa de LivingWell, no recibirás un descuento en la prima mensual de \$40.00 en 2024.

Si eliges un plan médico del KEHP en 2024, deberás completar una evaluación de la salud proporcionada por Castlight entre el 1.º de enero de 2024 y el 1.º de julio de 2024 para recibir un descuento en la prima en 2025.

Si eres un nuevo empleado con fecha de contratación posterior al 1.º de enero de 2024 y eliges una opción del plan LivingWell fuera de la inscripción abierta, no se te requerirá realizar la Promesa de LivingWell para recibir el descuento en la prima en 2025.

V. ELECCIONES DE DEPENDIENTES DEL SEGURO Y REEMBOLSO DE PRIMAS. Es tu responsabilidad notificar a tiempo al DEI que tu dependiente o cónyuge ya no es elegible para la cobertura de seguro de vida. (Consulta las cláusulas de elegibilidad CoC para obtener más información sobre elegibilidad). "Notificar a tiempo" significa que has comunicado al DEI que un dependiente o un cónyuge ya no es elegible para la cobertura de seguro en un plazo de 90 días a partir de la pérdida de elegibilidad. Cuando se notifique que un dependiente o cónyuge ya no es elegible para la cobertura de seguro, el DEI te reembolsará la prima hasta la fecha en que finalizó la elegibilidad, hasta un máximo de 90 días.

W. HIPAA. Tienes derechos conforme a la HIPAA con respecto a la protección de tu información de salud. El KEHP cumplirá con las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA, y los usos y divulgaciones de tu información de salud protegida se harán de acuerdo con la ley federal. El KEHP puede usar y divulgar dicha información a socios comerciales u otros terceros solo de acuerdo con el **Aviso sobre prácticas de privacidad del KEHP disponible en kehp.ky.gov** (enlace de Recursos/documentos [Resources/Docs], formularios [Forms] y avisos legales [Legal Notices]).

X. ADVERTENCIA SOBRE FRAUDES. Toda persona que, con conocimiento e intención de estafar, presente una solicitud de seguro que contenga información sustancialmente falsa (incluida una firma falsificada o una fecha de firma incorrecta) o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre algún dato material pertinente, comete un acto fraudulento, lo que constituye un delito. Puedes ser considerado responsable de cualquier acto fraudulento que hubieras podido evitar mientras actuabas dentro de tus funciones relacionadas con la obtención de un seguro médico, dental, de visión y de vida patrocinado por el empleador, y este puede utilizarse para reducir o denegar una reclamación o para terminar tu cobertura. La información incluida en las elecciones de beneficios del seguro de vida, si es incorrecta o engañosa, puede anular la póliza en vigencia a partir de la fecha de emisión.

Y. ACUSE DE RECIBO. Has leído en su totalidad los términos y condiciones, los Avisos legales del KEHP y la Declaración del KEHP sobre el consumo de tabaco. Tu firma en la solicitud de inscripción en el seguro médico del KEHP, las solicitudes dentales o de visión grupales, la solicitud de seguro de vida grupal; o tu firma electrónica utilizada para la inscripción en línea certifica que toda la información proporcionada durante esta oportunidad de inscripción es correcta a tu leal saber y entender.

Z. PUEDEN APLICARSE EXCEPCIONES. Pueden aplicarse excepciones a los empleados de determinados empleadores que participen en el plan médico KEHP y en los beneficios del seguro grupal dental, de visión y de vida de la Commonwealth. También pueden aplicarse excepciones a los jubilados de KTRS, KPPA, KCTCS, LRP y JRP. Para obtener más información, consulta las normas de participación de tu empleador o sistema de jubilación.

AA. CONSENTIMIENTO PARA LAS DIVULGACIONES ELECTRÓNICAS. Das tu consentimiento para recibir todas y cada una de las comunicaciones, incluidos los registros, las divulgaciones o la información de cobertura (o cualquier parte de esta) en formato electrónico, incluso por correo electrónico o a través de KHRIS, a elección del DEI, el coordinador de seguros/generalista de Recursos Humanos que se comunica en nombre del DEI, o un proveedor utilizado por el DEI o tu empleador para la administración de tus beneficios de seguro. Es posible que sigas recibiendo documentos en papel de vez en cuando o que se te requiera completar y firmar documentos en papel. También aceptas que puedes imprimir o guardar cualquier comunicación o acuerdo electrónico para tu registro y posterior revisión. Debes tener acceso a una computadora y a un explorador de Internet que estén actualizados para acceder al sitio web del KEHP/KHRIS, y a un correo electrónico que acepte correo electrónico externo. Puedes solicitar una copia impresa de cualquier registro o divulgación electrónicos comunicándote con el coordinador de seguros de tu empleador. Puede cobrarse un cargo por cada copia impresa. Puedes retirar el consentimiento para obtener registros y avisos electrónicos comunicándote con el coordinador de seguros de tu empleador con la solicitud y completando cualquier formulario necesario.



TEAM
KENTUCKY
PERSONNEL CABINET

Kentucky Employees'
Health Plan