



Guía de beneficios para empleados nuevos

PLAN AÑO 2024

1 de septiembre de 2023 – 31 de agosto de 2024

Para empleados de:

Instituciones de educación superior (excepto University of Texas y los sistemas de Texas A&M University)

Departamento de Correcciones y Supervisión Comunitaria
(Community Supervision and Corrections Department)

Sistema de Jubilación de Profesores

Sistema de Jubilación Municipal de Texas

Sistema de Jubilación de Condados y Distritos de Texas

Distrito Escolar de Windham

Un mensaje de Porter Wilson, director ejecutivo del ERS



¡Felicitaciones por su nuevo empleo! Permítame ser uno de los primeros en darle la bienvenida a la función pública.

Como empleado del estado de Texas, usted obtiene beneficios que son integrales y que, en promedio, representan aproximadamente un tercio de la remuneración total. Estos beneficios valiosos están diseñados para ayudarlo a mejorar su bienestar y asegurar su futuro.

Las decisiones que usted tome —deberá tomar algunas entre los primeros 31 y 60 días de empleo— afectarán su atención médica, su seguro de jubilación y su salario neto. Lo animo a que se tome un momento para leer esta guía sobre sus opciones para que pueda tomar decisiones informadas durante sus primeras semanas en el trabajo. Después, aproveche sus beneficios al máximo para mejorar su salud, su bienestar económico y su tranquilidad.

En el Sistema de Jubilación de Empleados de Texas (Employees Retirement System of Texas), nos enorgullece apoyar la excelencia en el servicio público administrando seguros médicos, jubilaciones y otros beneficios para los empleados de agencias estatales y sus familias. Tenemos el compromiso de apoyarlo mientras presta servicios a sus conciudadanos. Esta guía de beneficios para empleados nuevos tiene la información que necesita para aprovechar al máximo su jubilación, su seguro y los beneficios relacionados con el estado de Texas. Para obtener más información, visite el sitio web del ERS en www.ers.texas.gov.

Atentamente,

Porter Wilson
Director ejecutivo
Sistema de Jubilación de Empleados de Texas

La guía de beneficios para empleados nuevos del plan año 2024 destaca los beneficios vigentes en el momento de la publicación. Todos los beneficios del Programa de Beneficios de Grupo (GBP) para empleados de Texas podrían cambiar sin aviso previo. La Asamblea Legislativa de Texas decide el nivel de financiamiento de los beneficios del GBP y no tiene la obligación de darlos más allá de cada año fiscal.

Sistema de Jubilación de Empleados de Texas

Siempre disponible en línea en www.ers.texas.gov

Acceso 24/7 a información automatizada de los beneficios de su seguro y su jubilación.

Para hablar con un representante, llame al (877) 275-4377 (TDD: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. CT.

Índice

Introducción	2
Preguntas frecuentes	3
Lista de verificación de beneficios	4
Cobertura de dependientes.	5
Cuadro de elegibilidad de dependientes.	6
Comprenda sus opciones de planes médicos.	7
Seguro médico	8
Cobertura de medicamentos recetados	13
Programa de Compra con Descuento.	13
¿Cuándo empiezan mis beneficios?	23
Seguro dental	24
State of Texas Vision SM	26
Seguro de vida	27
Seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D).	28
Texas Income Protection Plan SM seguro por discapacidad	28
TexFlex SM	30
Beneficios en la jubilación.	32
Plan Texa\$aver 457	33
Primas mensuales	34
Para obtener más información sobre sus beneficios.	37
Explicación de términos relativos a los seguros médicos	38
Consejos para ahorrar dinero en los planes HealthSelect	39
Información de contacto	42
Enlaces rápidos a los beneficios.	43
Aviso de cobertura acreditable	44



Conéctese
Para ver un resumen rápido de sus beneficios como nuevo empleado,
visite ers.texas.gov/Employees/New-Employee/Overview

ERS ofrece beneficios competitivos para mejorar la vida de sus miembros.

Introducción: ¿Cómo inscribirse para recibir los beneficios?

Como nuevo empleado elegible para la cobertura del Programa de Beneficios de Grupo (GBP) para empleados de Texas, ERS lo inscribirá automáticamente en:

- **HealthSelect of Texas®**, un plan médico en función del lugar de servicio que incluye cobertura de medicamentos recetados. La inscripción automática en el seguro médico solo se aplica a los empleados de tiempo completo.
- **Seguro de vida básico a término y seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D) de \$5,000**. Si es empleado de tiempo completo, este está incluido automáticamente y sin costo en su seguro médico. (Los empleados de tiempo parcial que se inscriben en el seguro médico pagan la mitad del costo del seguro de vida básico a término y por AD&D).

Usted puede elegir

Si no quiere inscribirse en HealthSelect of Texas, puede elegir Consumer Directed HealthSelectSM, un plan médico con deducibles altos y una Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA) sin impuestos con una contribución mensual del estado de Texas.

También puede inscribirse en estos beneficios opcionales:

- Uno de los dos planes de seguro dental;
- Seguro State of Texas VisionSM;
- Seguro de vida extra para usted o sus dependientes elegibles;
- Seguro por muerte y desmembramiento accidental adicional;
- Cobertura por discapacidad de largo o corto plazo a través del Texas Income Protection PlanSM (TIPP);
- TexFlexSM Cuentas de Gastos Flexibles para atención médica, de uso limitado (según su plan médico) o para dependientes; y
- Si su institución participa, una cuenta Texa\$averSM 457.

Nota para los empleados de tiempo completo



A menos que decida no recibir cobertura médica o elija Consumer Directed HealthSelectSM, ERS lo inscribirá en HealthSelect of Texas. Usted puede cambiar de plan médico o inscribirse en una FSA de TexFlex para atención médica y de uso limitado durante el período de espera de su cobertura médica. Tendrá 31 días desde la fecha de contratación para inscribirse en los beneficios opcionales. Si no lo hace dentro de este plazo, deberá esperar hasta el período de inscripción de verano o hasta que ocurra un Acontecimiento de Vida Calificado (QLE), como un matrimonio o el nacimiento de un hijo. Si espera para inscribirse, no se garantiza la cobertura de algunos planes.

Preguntas frecuentes (FAQs)

¿Cuándo inician mis beneficios?

El inicio de sus beneficios depende de la fecha de contratación, la fecha de la inscripción y los beneficios que elija. Para obtener información detallada sobre las fechas importantes y para saber cuándo inician sus coberturas, consulte la página 23 de esta guía.

Si estoy transfiriéndome de una institución de educación superior a otra, ¿necesito reinscribirme en los beneficios del seguro?

Sí. Como parte de su proceso de incorporación, su nueva agencia le pedirá que elija su seguro médico y sus beneficios opcionales para reinscribirse.

¿Puedo hacer cambios en mis beneficios en cualquier momento del año?

No. Para obtener más información, consulte la lista de verificación de beneficios en la página 4 de esta guía.

¿Qué sucede si no elijo mi seguro médico en un plazo de los 60 días posteriores a mi fecha de contratación o si no elijo otros beneficios en un plazo de los 31 días posteriores a mi fecha de contratación?

Como nuevo empleado con un período de espera para la cobertura médica, tiene 31 días para inscribirse en beneficios opcionales y 60 días para decidir sobre su seguro médico. Si no se inscribe en ciertas coberturas opcionales en un plazo de sus primeros 31 días o no decide sobre el seguro médico en un plazo de sus primeros 60 días, deberá esperar hasta el período de inscripción de verano o hasta que ocurra un cambio en su vida, también llamado Acontecimiento de Vida Calificado (QLE). Después de sus primeros 31 días de empleo, es posible que se le pida que presente una Prueba de Asegurabilidad (EOI) para ciertos planes de seguros opcionales. La cobertura no está garantizada. Para obtener información detallada, vea la página 27 de esta guía.

¿Qué es lo más importante que tengo saber sobre la cobertura para mis dependientes?

Hay mucha información importante que debe conocer sobre la elegibilidad de los dependientes. Consulte la información sobre la cobertura y elegibilidad de dependientes en las páginas 5-6 de esta guía. También puede encontrar información sobre la elegibilidad del GBP en el sitio web de ERS en <https://ers.texas.gov/Benefits-at-a-Glance/GBP-Eligibility> and <https://ers.texas.gov/PDFs/Dependent-eligibility-chart.pdf>.

¿Existen recursos que me ayuden a calcular los costos mensuales de mis opciones de seguro?

Sí. Encuentre tablas de comparación, tarifas de primas y una calculadora de tarifas muy útil en el sitio web de ERS <https://www.ers.texas.gov/Active-Employees/Rates>.

¿Qué es el “costo compartido”?

Los planes de seguro médico del GBP cubren a aproximadamente uno de cada 56 tejanos. Como su empleador, el estado de Texas actualmente cubre más de dos tercios de los costos para todos los participantes del plan. Los participantes del plan comparten los costos de salud a través de copagos, coseguros, deducibles médicos o de recetas médicas y contribuciones escalonadas de primas para dependientes o jubilados. Además de diseñar planes médicos en los que el estado y los participantes comparten los costos, ERS hace todo lo posible para mantener bajos los gastos administrativos y administrar la inflación de los costos de atención médica para los miembros. Para obtener una explicación rápida, vea el video “Costos compartidos y cómo funcionan” en <https://youtu.be/8X2EFNup580>.

¿Dónde puedo encontrar más preguntas frecuentes?

Visite la página de preguntas frecuentes en el sitio web de ERS en <https://ers.texas.gov/Contact-ERS/Additional-Resources/FAQs>.

Lista de verificación de beneficios

En un plazo de 31 días desde su inicio

Inscríbase e inscriba a sus dependientes elegibles en una cobertura opcional. No puede inscribir a sus dependientes en ninguna cobertura en la que no esté inscrito usted.

-
- Seguro dental: cobertura para usted y su familia**
- Organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO) DeltaCare® USA u
 - Organización de proveedores preferidos (PPO) del State of Texas Dental Choice PlanSM

-
- Seguro de la vista: cobertura para usted y su familia**
- State of Texas VisionSM

-
- Seguro de vida a término opcional: cobertura para usted**
- Cobertura de 1 o 2 veces su salario anual
 - Cobertura de 3 o 4 veces su salario anual, presentando una EOI

-
- Seguro voluntario por muerte y desmembramiento accidental (AD&D): cobertura para usted y su familia**
- De \$10,000 a \$200,000 para usted o para usted y su familia.

-
- Seguro de vida a término para dependientes: cobertura para su familia**
- Cobertura para dependientes elegibles

-
- Texas Income Protection Plan (TIPP): cobertura para usted**
- Seguro por discapacidad de corto plazo
 - Seguro por discapacidad de largo plazo

-
- FSA TexFlex para la atención de dependientes**
- Reembolsos de los gastos de atención de hijos elegibles (menores de 13 años) y adultos
 - Para obtener información sobre las FSA para atención médica o de uso limitado, consulte la entrada de TexFlex en “En un plazo de 60 días desde su contratación”.



Nota: Si decide no tener cobertura y contratar otro seguro médico grupal equiparable al seguro médico del GBP, puede recibir un crédito por exclusión del seguro médico que se aplicará en las primas del seguro dental, de la vista o voluntario por AD&D.

En un plazo de 60 días desde su contratación

-
- Seguro médico**

Si es empleado de tiempo completo sujeto a un período de espera para el seguro médico, cambie su seguro médico de HealthSelect of Texas a una de las siguientes opciones:

- Consumer Directed HealthSelect o
- renuncie a la cobertura médica o decida no tenerla.

Si es empleado de tiempo parcial, inscríbase en una de las siguientes opciones:

- HealthSelect of Texas o
- Consumer Directed HealthSelect.

Inscriba a sus dependientes elegibles en el mismo plan en el que usted está inscrito.

- Complete la certificación de hijos dependientes y comience el proceso de verificación de elegibilidad de los dependientes. Consulte la página 5.

-
- Certifique su condición de consumidor de tabaco y la de los dependientes cubiertos.**

-
- Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) TexFlex para gastos relacionados con la salud**

- FSA para atención médica (no disponible para los participantes de Consumer Directed HealthSelect)
- FSA de uso limitado (disponible únicamente para los participantes de Consumer Directed HealthSelect)

Nota: No es necesario que su dependiente esté inscrito en su seguro médico para que usted abra una cuenta de gastos flexibles y presente reclamos.

En cualquier momento

-
- Cuentas Texa\$aver de ahorros de jubilación voluntarios**

- Si pertenece a una institución participante, inscríbase en un plan 457.
- Cambie su contribución a la cuenta 457.

-
- Agregue y actualice los beneficiarios de:**

- Seguro de vida
- Texa\$aver
- Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (si se inscribió en Consumer Directed HealthSelect)



IMPORTANTE: Inscríbese en una cobertura valiosa, sin que le hagan preguntas, por 31 días

Si quiere una cobertura de seguro de vida opcional de una o dos veces su sueldo anual, un seguro de vida a término para dependientes o un seguro por discapacidad del TIPP, ahora es el mejor momento para inscribirse. Si se inscribe en el primer mes de empleo, ni usted ni sus dependientes elegibles deberán presentar una EOI. La EOI es un proceso de solicitud que requiere que presente información de su salud o la de sus dependientes.

Si espera, deberá pedir estos beneficios mediante la EOI y puede no calificar según los resultados. ¡No se pierda esta oportunidad disponible solo por 31 días! (**Nota:** Para el seguro de vida opcional de tres o cuatro veces su sueldo anual, siempre se exige EOI, incluso en el primer mes de empleo).



Después de los primeros 31 o 60 días de empleo, puede hacer cambios en los beneficios únicamente durante el período de inscripción de verano, a menos que ocurra un QLE, por ejemplo, si se casa, se divorcia o tiene un hijo. Sin embargo, debe hacer los cambios en los beneficios en un plazo de 31 días a partir del QLE.

EJEMPLO: Su cónyuge puede proveerle cobertura médica a su hijo. Usted tendrá 31 días para quitar a su hijo del plan.

EXCEPCIÓN: Si su hijo pierde la elegibilidad para Medicaid o CHIP, usted tendrá 60 días para inscribirlo en la cobertura médica del GBP.

Cobertura y elegibilidad de dependientes



Su cónyuge y otros dependientes elegibles pueden acceder al seguro médico y a otras coberturas pagando una prima adicional. Sin embargo, usted debe inscribirse en un plan médico, dental o de la vista para poder inscribir a sus dependientes en ese plan.

Sus dependientes deben cumplir ciertos criterios para ser elegibles. Consulte el cuadro de elegibilidad de dependientes en la página 6.

Para obtener más información sobre quiénes califican para recibir cobertura, también puede visitar <https://ers.texas.gov/New-Employee/Insurance-Eligibility>.

Si quiere inscribir a sus dependientes elegibles en la cobertura del seguro de vida para dependientes, este es el mejor momento para hacerlo. Si usted se inscribe en el primer mes de empleo, su dependiente no deberá presentar una EOI.

Certificación de hijos dependientes

Si inscribe a uno o más hijos a través de su cuenta de ERS OnLine, deberá certificar a cada uno de ellos antes de presentar sus elecciones de inscripción.

Si inscribe a sus hijos con la ayuda de su coordinador de beneficios/del Departamento de Recursos Humanos (Human Resources Department), debe completar, firmar y presentar el formulario "Dependent Child Certification" (certificación de hijos dependientes). Para conseguir el formulario:

- Pídaselo a su coordinador de beneficios/al Departamento de RR. HH. o
- Visite <https://ers.texas.gov/Active-Employees/Forms/>. Desplácese hacia abajo hasta que vea el enlace al formulario de certificación de hijos dependientes. Puede completarlo en línea e imprimirlo o puede imprimirlo y escribir la información con tinta.

Esta certificación en línea es legalmente vinculante. Si presenta información falsa, usted y sus dependientes podrían perder los beneficios o estar sujetos a otras sanciones.

Verificación de todos los dependientes inscritos en el seguro médico

Una vez que el ERS procese la inscripción de sus dependientes en la cobertura médica, un administrador externo llamado Alight Solutions se comunicará con usted. El ERS trabaja con Alight Solutions para verificar que los dependientes sean elegibles para participar en los planes del GBP.

Alight Solutions le enviará por correo postal una carta en la que se detallarán los pasos del proceso de verificación. En la carta, estarán los nombres de los dependientes por verificar, los documentos necesarios para verificarlos y el plazo para enviar estos documentos.

Importante: Si recibe una carta de Alight Solutions, ábrala de inmediato. Asegúrese de revisar atentamente toda la información y **tenga presente el plazo.** Si no envía los documentos correctos o envía los documentos después del plazo indicado, se podría determinar que sus dependientes no son elegibles y quitarlos de todas las coberturas. Su próxima oportunidad para inscribir a sus dependientes será durante la inscripción de verano. Debería recibir la guía de inscripción de verano por correo en junio o julio.

Si tiene preguntas sobre la verificación de sus dependientes, llame gratis a Alight Solutions al (800) 987-6605 (TTY: 711).



Tenga en cuenta: Si usted y su cónyuge trabajan para el estado de Texas y cada uno se inscribe en los planes médicos del GBP, tendrán un límite máximo de gastos de bolsillo totales por separado y, si se aplica a su plan, un deducible anual diferente. Considere inscribir a sus dependientes en la cobertura del miembro del GBP que tenga más probabilidades de alcanzar el límite máximo de gastos de bolsillo totales o, si corresponde, del deducible. Para obtener más información de los gastos de bolsillo máximos y los deducibles, consulte las páginas 14 y 15.

Cuadro de elegibilidad de dependientes

Asegúrese de que sus dependientes sean elegibles para el seguro y de que usted tenga la documentación correspondiente para mostrar la elegibilidad antes de inscribirlos en alguna cobertura. Si no puede presentar los documentos que se mencionan abajo, comuníquese con Atención al Cliente de Alight Solutions llamando gratis al (800) 987-6605 (TTY: 711). Puede obtener más información en <https://ers.texas.gov/new-employee/dependent-eligibility-verification>.

Nota: Debe presentar un certificado de nacimiento para inscribir a su hijo. Alight Solutions aceptará un certificado de nacimiento emitido por el hospital para niños menores de tres meses. La presentación de información falsa puede llevar a la expulsión del GBP o a una acción penal.

Dependiente del participante (empleado, jubilado u otra persona inscrita en el programa GBP reconocido por la ley de Texas)	Elegibilidad	Ejemplos de documentos de respaldo (estos documentos son obligatorios)
Cónyuge	Cónyuge reconocido por la ley	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de matrimonio emitido por el Gobierno Y <ul style="list-style-type: none"> • Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Declaración de impuestos federales actual – Constancia de propiedad conjunta** emitida en los últimos seis meses – Solo el certificado de matrimonio emitido por el Gobierno (si el matrimonio se celebró en los últimos 12 meses)
Cónyuge de derecho consuetudinario	Cónyuge reconocido por la ley	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de matrimonio informal en el tribunal del condado Y <ul style="list-style-type: none"> • Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Declaración de impuestos federales actual – Constancia de propiedad conjunta** emitida en los últimos seis meses
Hijo biológico*	Hijo natural	<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento emitido por el Gobierno (vea la nota de arriba)
Hijo adoptivo*	El hijo es elegible en el momento de la adopción.	<ul style="list-style-type: none"> • Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Certificado de adopción – Acuerdo de adopción – Solicitud de adopción Nota: En la documentación relativa a la adopción debe constar que el niño ha sido adoptado por el miembro y debe incluir la fecha de la adopción.
Hijastro*	No es obligatorio que el hijo viva en el grupo familiar del participante.	<ul style="list-style-type: none"> • Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Certificado de matrimonio emitido por el Gobierno – Declaración de matrimonio informal en el tribunal del condado Y <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento del niño emitido por el Gobierno Y <ul style="list-style-type: none"> • Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Declaración de impuestos federales actual – Constancia de propiedad conjunta** emitida en los últimos seis meses
Niño a cargo del custodia principal*	El niño está identificado en la custodia principal asignada al participante.	<ul style="list-style-type: none"> • Documento legal de custodia principal firmado por un juez
Hijo de acogida*	El niño no debe tener otro seguro del Gobierno.	<ul style="list-style-type: none"> • Orden de adopción Y <ul style="list-style-type: none"> • Declaración jurada del hijo de acogida
Niño en guarda legal*	El niño está bajo la protección o la custodia del participante.	<ul style="list-style-type: none"> • Orden judicial firmada por un juez en la que se nombra al participante como tutor del niño (documentación de custodia legal) Y <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacimiento emitido por el Gobierno
Otro hijo*	El niño está vinculado con el participante por consanguinidad o matrimonio, se declaró como dependiente en el impuesto federal sobre la renta del participante del año fiscal anterior y lo seguirán declarando en dicho impuesto cada año calendario en el que el niño esté cubierto. Un hijo adoptado o nacido en el año calendario actual se reclamará y seguirá siendo reclamado en el impuesto federal sobre la renta del participante cada año calendario que el niño esté cubierto.	<ul style="list-style-type: none"> • Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Certificado de nacimiento emitido por el Gobierno (vea la nota de arriba) – Licencia matrimonial emitida por el Gobierno para demostrar la relación familiar Y <ul style="list-style-type: none"> • Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Declaración de impuestos federales actual – Declaración jurada de motivo suficiente

*Su hijo debe ser menor de 26 años y puede estar casado o no para recibir seguro médico. Su hijo debe ser menor de 26 años y no debe estar casado para acceder al seguro dental, a State of Texas Vision y al seguro de vida a término para dependientes. Los hijos dependientes con discapacidad que sean mayores de 26 años pueden ser elegibles para el seguro. Para obtener más información, visite <https://ers.texas.gov/Active-Employees/Life-Changes/Children/Disabled-Dependent-Child>.

**Consulte los requisitos de documentación de Alight Solutions para ver ejemplos de documentos de propiedad conjunta.

Comprenda sus opciones de planes médicos

La elección de un seguro médico que sea adecuado para usted y su familia es una decisión importante. Usted debe comprender cómo los beneficios que elige afectan a la salud y la economía de su familia.

Como empleado de una institución de educación superior que no es elegible para Medicare, usted puede elegir HealthSelect of Texas o Consumer Directed HealthSelect.

Los dos planes médicos tienen un sistema de red. Esto significa que usted ahorrará dinero (en algunos casos, mucho dinero) si consulta a médicos y otros proveedores dentro de la red del plan. Los dos planes HealthSelect tienen una amplia red de proveedores de atención primaria (PCP), especialistas, profesionales en salud mental, hospitales y otros proveedores en Texas.

Todos los planes tienen gastos compartidos. Usted y el estado de Texas, como su empleador, pagan la cobertura y la atención. El estado paga el 100 % de la prima mensual de los empleados de tiempo completo elegibles y el 50 % de la prima de sus dependientes elegibles. El estado paga el 50 % de la prima de los empleados de tiempo parcial elegibles y el 25 % de la prima de sus dependientes elegibles.

También puede que usted tenga que pagar una parte de su atención con su dinero, mediante copagos, coseguros, deducibles para los medicamentos recetados y, en algunos casos, deducibles para la atención médica. Los gastos de bolsillo dependerán del plan que elija y, una vez que esté inscrito, de los proveedores que consulte. En el plan médico con deducibles altos (HDHP) Consumer Directed HealthSelect, los gastos de bolsillo iniciales podrían ser mucho más altos. Sin embargo, este plan también le da la oportunidad de ahorrar dinero sin impuestos para los costos de atención médica en una HSA y, si es elegible, incluye una contribución mensual del estado a su HSA. La HSA es transferible, lo que significa que puede conservar la cuenta y sus fondos si deja de trabajar para el estado. Además, no es necesario que use el dinero durante el año del plan; puede ahorrarlo el tiempo que quiera y usarlo cuando usted decida.

¿Cuál es el mejor plan para usted y su familia? En la tabla de la página siguiente, se muestran las características de cada plan. También puede usar la herramienta de decisión en healthselect.bcbstx.com/medical-benefits/healthselect-plans. La información de las primas de los empleados a tiempo parcial y los dependientes está en la página 34.

Cree una cuenta de ERS OnLine

Con una cuenta en ERS OnLine, usted puede verificar su cobertura, actualizar la información de contacto y hacer otras actividades relacionadas con los beneficios a cualquier hora del día o de la noche, sin tener que llamar o ir al ERS. Siga estos pasos para crear una cuenta:

1. Visite <https://www.ers.texas.gov/account-login>.
2. Seleccione **Register Now** (Registrarse ahora).
3. Ingrese su información y cree un nombre de usuario y una contraseña.

Como es un nuevo empleado, es probable que su coordinador de beneficios los inscriba a usted y a sus dependientes en la cobertura que elija. Podrá actualizar la cobertura elegida usted mismo durante el siguiente período de inscripción de verano con su cuenta de ERS OnLine.

No olvide actualizar su cuenta de ERS OnLine si se muda u ocurren otros cambios en su vida. Además de crear su cuenta, puede suscribirse para recibir novedades y actualizaciones del ERS en <https://www.ers.texas.gov/subscribe>.



Seguro médico

Características de los planes de seguro médico

Resumen de las características del plan del seguro médico	HealthSelect of Texas	Consumer Directed HealthSelect
Ventajas principales	<ul style="list-style-type: none"> Gastos de bolsillo más bajos para la atención dentro de la red Copagos para ciertos servicios dentro de la red, como visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) Amplia red en todo el estado y en todo el país para quienes viven o trabajan fuera de Texas 	<ul style="list-style-type: none"> Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA) con ventajas impositivas y contribuciones mensuales del estado para los participantes elegibles Amplias redes en todo el estado y todo el país Sin remisiones Prima mensual más baja que HealthSelect of Texas para dependientes y empleados de tiempo parcial
Atención preventiva dentro de la red cubierta al 100 %	Sí	Sí
Cobertura de medicamentos recetados	Sí	Sí
Desventajas principales	<ul style="list-style-type: none"> Requiere remisiones para atenderse con la gran mayoría de los especialistas. Las primas mensuales para dependientes y empleados de tiempo parcial son más altas que las de Consumer Directed HealthSelect. 	<ul style="list-style-type: none"> Excepto para servicios preventivos específicos y algunos artículos limitados, el plan no paga nada hasta que se alcance el deducible. Se deben cumplir las directrices de elegibilidad del IRS para acceder a la HSA.
Puede ser bueno para las personas que:	<ul style="list-style-type: none"> Quieren mantener los gastos de bolsillo bajos. No les molesta necesitar remisiones para la atención especializada. Están dispuestas a pagar primas más altas para los dependientes o los empleados a tiempo parcial. 	<ul style="list-style-type: none"> Generalmente tienen gastos médicos bajos (o muy altos). Pueden pagar gastos médicos y de farmacia de su bolsillo hasta que se alcance el deducible. Quieren la contribución sin impuestos del estado a la HSA. No quieren remisiones para la atención especializada.

¿Qué es el GBP?

Los empleados de las agencias del estado de Texas y de muchas instituciones de educación superior pueden participar en el Programa de Beneficios de Grupo (GBP) para empleados de Texas. Creado por la Asamblea Legislativa de Texas en 1991, el GBP ofrece seguro y otros beneficios relacionados que ayudan a los empleados del estado de Texas y a sus familias a llevar una vida sana y mantener su estabilidad económica.

Usted es miembro del GBP mientras trabaje en:

- Una agencia estatal;
- Una institución pública de educación superior de Texas que no forme parte de University of Texas ni de los sistemas de Texas A&M University;
- El Departamento de Correcciones y Supervisión Comunitaria (CSCD);
- El Sistema de Jubilación de Profesores (TRS) de Texas;
- El Distrito Escolar de Windham;
- El Sistema de Jubilación Municipal de Texas (TMRS) o
- El Sistema de Jubilación de Condados y Distritos de Texas (TCDRS).

HealthSelect of Texas y Consumer Directed HealthSelect

Puede elegir entre HealthSelect of Texas y Consumer Directed HealthSelect. Con ambos planes, usted tiene acceso a una amplia red de proveedores de atención médica y de salud mental en Texas. Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) administra la red de proveedores, procesa reclamos y presta servicios al cliente. Ambos planes incluyen un programa integral de medicamentos recetados.



Cambio de administrador en el Programa de Medicamentos Recetados

Express Scripts será el administrador del Programa de Medicamentos Recetados de HealthSelect of Texas a partir del 1 de enero de 2024. OptumRx seguirá administrando el programa hasta el 31 de diciembre de 2023. Para obtener más información sobre el programa, visite <https://ers.texas.gov/what-s-happening-now/healthselect-rx-transition>.

HealthSelect^{of Texas}

Características principales de HealthSelect of Texas:

- No es necesario que alcance un deducible médico anual si usa proveedores de la red de HealthSelect. Si recibe atención fuera de la red, deberá alcanzar un deducible anual de \$500 por persona, con un deducible anual máximo de \$1,500 por familia. Este deducible se restablece al inicio de cada año calendario.
- Deberá alcanzar un deducible de \$50 por persona antes de que el plan comience a pagar los medicamentos recetados. Este deducible se restablece al inicio de cada año calendario del 1 de enero al 31 de diciembre. (El año del plan para los beneficios médicos y las primas respeta el calendario del año fiscal del Estado, del 1 de septiembre al 31 de agosto). Para obtener más información sobre el Programa de Medicamentos Recetados de HealthSelectSM, vea la página 13.
- Usted es responsable de los copagos o el coseguro de las consultas médicas o en el hospital y de otros servicios médicos, como operaciones ambulatorias y radiología de alta tecnología.
- Debe elegir un PCP registrado en BCBSTX y conseguir remisiones de su proveedor de atención primaria (PCP) para ser atendido por especialistas dentro de la red. Si no elige un PCP después de los primeros 60 días en el plan, tendrá cobertura fuera de la red hasta que elija uno, incluso si consulta a un proveedor dentro de la red. Un PCP ayuda a mantener sus costos lo más bajos posible y garantiza que reciba la atención que necesita.
- Si no tiene una remisión de su PCP registrado en BCBSTX antes de recibir tratamiento de un especialista, podría pagar más por su tratamiento, incluso si el proveedor pertenece a la red de HealthSelect.

No necesita remisiones para:

- Exámenes de la vista (de rutina y de diagnóstico);
- Visitas al OB-GYN
- Servicios médicos de salud mental;
- Visitas al quiropráctico;
- Terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia;
- Consultas virtuales de atención médica o de salud mental por medio de Doctor on Demand[®] o MDLIVE[®].

Las visitas virtuales de atención médica y salud mental están cubiertas sin costo para los participantes de HealthSelect of Texas.

- Centros de atención de urgencia y clínicas de acceso fácil.

Nota:

- Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) si se inscribe en HealthSelect of Texas. Si no elige un PCP, puede que termine pagando más —probablemente mucho más— por los servicios.
- Si está inscrito en HealthSelect of Texas y debe consultar a un especialista (es decir, alguien que no sea su PCP), necesitará una remisión de su PCP registrado en BCBSTX para visitar al especialista y recibir los beneficios dentro de la red.
- Si se inscribe en Consumer Directed HealthSelect o si está inscrito en HealthSelect of Texas y su dirección registrada en el ERS es fuera de Texas, no es necesario que designe a un PCP ni que reciba remisiones a especialistas.

Consumer Directed HealthSelect es un plan médico con deducibles altos (HDHP) asociado a una HSA sin impuestos. Un deducible alto significa que usted podría tener gastos de bolsillo más altos antes de que su plan médico comience a pagar los servicios de atención médica no preventiva y los medicamentos recetados. El plan cubre el 100 % de los servicios preventivos dentro de la red. Está disponible para participantes del GBP que no están inscritos en Medicare.

Características principales de Consumer Directed HealthSelect:

- No es necesario que designe a un PCP ni que solicite remisiones para especialistas.
- La prima mensual para dependientes es menor que la de HealthSelect of Texas, pero usted debe pagar el costo total de las consultas médicas, los medicamentos recetados, las hospitalizaciones y cualquier otro producto o servicio de atención médica no preventiva hasta alcanzar el deducible anual.
- Usted recibe una contribución del estado a la HSA para ayudar a pagar los gastos médicos elegibles. (Consulte la información de las HSA en la página 11).
- Después de alcanzar el deducible, en lugar de pagar un copago, pagará un coseguro (20 % dentro de la red, 40 % fuera de la red) por servicios médicos y medicamentos recetados.
- Tiene cobertura de medicamentos recetados. (Para obtener más información sobre el Programa de Medicamentos Recetados de Consumer Directed HealthSelect, vea la página 19).
- El deducible y el límite máximo de gastos de bolsillo totales para la cobertura individual y familiar se restablecen el 1 de enero. (El año del plan para las primas y los beneficios médicos respeta el calendario del año fiscal del Estado, de septiembre a agosto).

Para obtener más información sobre Consumer Directed HealthSelect, visite <https://ers.texas.gov/Contact-ERS/Additional-Resources/FAQs/High-Deductible-Health-Plan>.

Deducibles anuales de Consumer Directed HealthSelect

Para los años calendario 2023 y 2024 (incluye medicamentos recetados)

	Dentro de la red	Fuera de la red
Individual	\$2,100	\$4,200
Familiar	\$4,200	\$8,400



Eileen Eiden Explicación del HDHP con una HSA

Cuando Eileen Eiden se unió a Austin Community College en 2014, no tenía un HDHP entre sus opciones de planes médicos. “Estaba sorprendida y no dejaba de preguntar cuándo ofrecería el ERS un plan con deducibles altos”, recordó Eiden.

Dos años más tarde, cuando el ERS comenzó a ofrecer Consumer Directed HealthSelect, Eiden se inscribió de inmediato y descubrió que este HDHP con una HSA era el adecuado para ella.

Un HDHP “es ideal para adultos sanos, en especial si van al médico solo una vez al año. La atención preventiva dentro de la red está totalmente cubierta, sin copagos ni coseguros”, explicó Eiden. Además, está la HSA. “Es como un plan 401(k), pero para la salud”.

Cuando un miembro de Consumer Directed HealthSelect abre una HSA en Optum Bank, el estado de Texas aporta dinero a la HSA todos los meses. Además, los miembros del GBP pueden contribuir con dinero propio sin pagar impuestos. Los fondos de la HSA no tienen impuestos cuando se usan en gastos elegibles de atención médica (incluso en la jubilación).

Además, si dejara su trabajo o se jubilara, el dinero de su cuenta (incluso la parte aportada por el estado) sería todo suyo. Con el tiempo, se pueden acumular fondos en una HSA con las contribuciones, los intereses devengados y las ganancias de inversión. Ninguna parte de este incremento está gravada cuando se usa en gastos elegibles de atención médica.

Eiden reconoció que los planes como Consumer Directed HealthSelect podrían ser riesgosos para las personas que no tienen suficiente dinero en efectivo para cubrir los altos deducibles anuales del plan, que incluye los costos médicos y de farmacia cubiertos. Después de alcanzar el deducible, el miembro del GBP paga un 20 % de coseguro (sin copagos) para los medicamentos recetados y los servicios de atención médica dentro de la red. Si no ha ahorrado lo suficiente en su HSA para alcanzar el deducible, podría enfrentar retos económicos.

“Lo que más me asustaba era la posibilidad de no poder pagar mi atención médica”, afirmó Eiden. “Una vez que comencé a sumar dinero a mi HSA, eso dejó de ser un problema”.

Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA)

Disponible únicamente con Consumer Directed HealthSelect

- Una HSA le permite apartar dinero sin impuestos y usar los fondos para pagar los gastos de bolsillo médicos elegibles en cualquier momento, incluso en la jubilación. (Cuando cumple 65 años, incluso puede usar su HSA para gastos no relacionados con la salud, pero pagará impuestos sobre los fondos gastados en costos que no sean de salud).
- Puede usar los fondos de su HSA para los gastos médicos calificados para usted, su cónyuge y sus dependientes elegibles, incluso si no están cubiertos por su seguro médico.
- El Servicio de Rentas Internas (IRS) define los gastos médicos calificados. Para obtener más información, visite [optumbank.com/resources/medical-expenses.html](https://www.optumbank.com/resources/medical-expenses.html).
- Para ayudarlo a cubrir sus gastos médicos de bolsillo, el estado hace una contribución mensual a la HSA de cada miembro elegible del GBP que se haya inscrito en Consumer Directed HealthSelect. Si está inscrito en Medicare o en otros casos específicos, usted no es elegible para hacer ni recibir contribuciones a una HSA. (Para obtener más información sobre la elegibilidad para HSA, visite <https://www.optumbank.com/all-products/hsa/hsa-eligibility.html>). Las contribuciones, tanto del estado como, opcionalmente, del salario de un miembro del GBP, generalmente están disponibles en la HSA a mediados de mes.
- Usted puede hacer contribuciones antes de impuestos a su HSA mediante deducciones de su sueldo. El IRS fija la cantidad máxima de contribuciones todos los años. Consulte la tabla de abajo para ver las contribuciones máximas.
- También puede hacer una contribución (o contribuciones) directamente a su HSA. Serían contribuciones después de impuestos que podría reclamar cuando presente la declaración de impuestos de ese año.
- Las contribuciones de los miembros a la HSA son voluntarias. No tiene la obligación de contribuir si no quiere hacerlo.
- Todo el dinero que tiene en su HSA se transfiere de un año al siguiente (si no lo usa, no lo pierde) y puede conservar los fondos si cambia de plan médico o incluso si deja de trabajar para el estado.

Aporte para TRIPLE AHORRO DE IMPUESTOS



1. Aporte dinero a la cuenta (sin impuestos).
2. Pague los gastos médicos calificados (sin impuestos).
3. Genere intereses o aumento de la inversión en la cuenta sin impuestos.

Para obtener más información sobre las HSA, visite <https://ers.texas.gov/Contact-ERS/Additional-Resources/FAQs/Consumer-Directed-HealthSelect-Health-Savings-Account>.

Contribuciones y cantidades máximas de la HSA*

Contribución	Cuenta individual	Cuenta familiar**
Año calendario 2023 contribución máxima total anual (1 de enero – 31 de diciembre de 2023)	Hasta 54 años: \$3,850 Mayores de 55 años: \$4,850	\$7,750
Año calendario 2024 contribución máxima total anual (1 de enero – 31 de diciembre de 2024)	Hasta 54 años: \$4,150 Mayor de 55 años: \$5,150	\$8.300
Año Fiscal 2024 contribución estatal anual (1 de septiembre de 2023 – 31 de agosto de 2024)	\$540 (\$45 al mes)	\$1,080 (\$90 al mes)

*Una cuenta familiar incluye al participante de GBP más cualquier cantidad de dependientes inscritos en Consumer Directed HealthSelect.

Nota: Los límites y las contribuciones a la HSA pueden cambiar de un año a otro. También pueden cambiar según los requisitos de elegibilidad y la edad del participante. El IRS fija las cantidades máximas, que incluyen las contribuciones a una HSA antes y después de impuestos. Las contribuciones se basan en el año calendario y se restablecen el 1 de enero.

Abra su HSA



¿Se inscribirá en Consumer Directed HealthSelect? Abra su HSA tan pronto como pueda.

Si se inscribe en Consumer Directed HealthSelect, abra su HSA tan pronto como pueda para que las contribuciones mensuales del estado y todos los demás fondos se puedan depositar en su cuenta. Optum Bank administra el programa de HSA del ERS. Incluso si no planea hacer sus propias contribuciones antes de impuestos, debe abrir una HSA de Optum Bank para recibir las contribuciones del Estado. Puede visitar optumbank.com/texasers para abrir una cuenta o, si quiere que le envíen una solicitud por correo postal, llame gratis a Optum Bank al (866) 234-8913.

Al igual que los cheques de pago del Estado, los depósitos estatales en la HSA se pagan a mes vencido (es decir, al final de cada mes trabajado), por lo que los fondos estatales de la HSA pueden depositarse en su cuenta en algún momento después del día 15 del mes siguiente al mes trabajado. Por ejemplo, si elige Consumer Directed HealthSelect durante la inscripción de verano y abre su HSA a principios de septiembre, el primer depósito del estado en la cuenta generalmente ocurrirá dos o tres semanas después de recibir su pago de jubilación del 30 de septiembre o su cheque de sueldo del 1 de octubre.

Si quiere contribuir a su HSA con deducciones de sueldo, debe hacer esa elección mediante su cuenta de ERS OnLine. El coordinador de beneficios de su agencia puede hacerlo por usted. (No es necesario que contribuya a su HSA con deducciones del sueldo, pero es una forma conveniente y constante de hacer contribuciones antes de impuestos). Puede modificar sus contribuciones en cualquier momento del año, siempre que el total de sus contribuciones y las del estado no superen la contribución máxima del IRS para ese año.

Una vez que abra su HSA, Optum Bank le enviará una tarjeta de débito para que pague los gastos médicos elegibles. Tendrá acceso únicamente a la cantidad de dinero que se haya acumulado en su HSA, pero no a los fondos que se haya comprometido a depositar en el futuro.



¡Para tener en cuenta!

Puede elegir no recibir la cobertura de seguro médico y recibir un crédito.

Si puede certificar que ya tiene un seguro médico que es igual o mejor que el que ofrece ERS, puede inscribirse para recibir un crédito mensual por exclusión del seguro médico de hasta \$60, para empleados de tiempo completo, y de \$30, para empleados de tiempo parcial.

- El crédito lo ayuda a pagar las primas de su seguro dental, de la vista o voluntario por muerte y desmembramiento accidental. **Nota:** No se reembolsará ninguna parte del crédito por exclusión si la totalidad de ese crédito no se usa para las primas del seguro dental, de la vista o por AD&D.
- El crédito no está disponible si el otro seguro que tiene es Medicare, si tiene cobertura de seguro médico mediante el ERS como dependiente o si recibe una contribución del estado para otro seguro.

Importante: Si opta por no tener un plan médico del ERS, renuncia a la cobertura de medicamentos recetados y ya no tendrá el seguro de vida básico a término de \$5,000 y la cobertura de \$5,000 por AD&D.

Si opta por no tener la cobertura médica del ERS o renuncia a esta y luego pierde su otra cobertura, puede inscribirse en uno de los planes de seguro médico del ERS. Perder la cobertura es un acontecimiento de vida calificado y usted tendrá 31 días después de perder su otro plan para inscribirse en un plan médico del ERS.



Reduzca los costos de su atención médica con HealthSelectShoppERSSM

Los participantes de HealthSelect of Texas, HealthSelectSM Out-of-State y Consumer Directed HealthSelect pueden reducir los costos de su atención médica y obtener incentivos con HealthSelectShoppERSSM. Las opciones de menor costo para la atención médica pueden permitirle ahorrar dinero en ciertos servicios o procedimientos médicos y recompensarlo con contribuciones en su FSA de TexFlex para atención médica o de uso limitado. Para obtener más información, consulte la página 40 o visite healthselect.bcbstx.com/content/medical-benefits/healthselectshoppers.

Cobertura de medicamentos recetados



Su plan de seguro HealthSelect incluye cobertura para medicamentos recetados. OptumRx administra el Programa de Medicamentos Recetados de HealthSelect para HealthSelect of Texas y para Consumer Directed HealthSelect hasta el 31 de diciembre de 2023. Express Scripts será el administrador del programa de Medicamentos Recetados de HealthSelect of Texas a partir del 1 de enero de 2024. Recibirá tarjetas de identificación por separado de Blue Cross and Blue Shield of Texas (cobertura médica), de OptumRx y del administrador del programa de medicamentos recetados (cobertura de medicamentos recetados). Es posible que deba presentar la tarjeta de identificación del Programa de Medicamentos Recetados de HealthSelect cuando surta una receta.

En el Programa de Medicamentos Recetados de HealthSelect, los medicamentos recetados se dividen en tres categorías, llamadas niveles, con diferentes costos para cada nivel.

- En general, los medicamentos recetados del nivel 1 son medicamentos de bajo costo, como los genéricos.
- Los medicamentos recetados del nivel 2 suelen ser medicamentos de marca preferidos de menor costo.
- Los medicamentos recetados del nivel 3 son medicamentos de marca no preferidos con un costo más alto.

Nueva tarjeta de identificación del Programa de Medicamentos Recetados en enero



Si su período de espera para el seguro médico termina antes del 1 de enero de 2024, recibirá una tarjeta de identificación del Programa de Medicamentos Recetados de HealthSelect de OptumRx. Use esa tarjeta hasta el 31 de diciembre de 2023.

Dado que el administrador del Programa de Medicamentos Recetados de HealthSelect cambiará el 1 de enero de 2024, en diciembre recibirá una segunda tarjeta de identificación del Programa de Medicamentos Recetados de Express Scripts. A partir del 1 de enero de 2024, use la tarjeta de Express Scripts (y destruya la tarjeta de OptumRx).

Recibirá más información sobre el cambio de administrador en noviembre y diciembre.



Para saber qué farmacias puede usar con su plan, visite www.HealthSelectRx.com.

DISCOUNT
Purchase Program
administered by BENEPLACE

Los participantes en el GBP también son elegibles para descuentos en una variedad de productos y servicios ofrecidos a través del Programa de Compras con Descuento, administrado por Beneplace. No hay cargos ni requisitos de membresía. Para obtener más información, visite <https://ers.texas.gov/Discount-Purchase-Program>.

Límites en los gastos de bolsillo médicos

Para protegerlo de los gastos médicos extremadamente altos, los planes médicos de HealthSelect tienen valores máximos de gastos de bolsillo dentro de la red. Esta es la cantidad máxima que usted o su familia pagarán en un año por los copagos, el coseguro y los deducibles dentro de la red para la atención médica y los medicamentos recetados cubiertos. Si alcanza esta cantidad máxima, el plan pagará el 100 % de los gastos cubiertos de atención médica y de farmacia dentro de la red por el resto del año. (No hay máximo de gastos de bolsillo para atención fuera de la red.)

El máximo de gastos de bolsillo se restablece cada año calendario (el 1 de enero).

Gastos de bolsillo máximos dentro de la red (todos los planes)	
Año calendario 2023 (1 de enero - 31 de diciembre de 2023)	\$7,050 por persona \$14,100 por familia (miembro de GBP + uno o más familiares cubiertos)
Para el año calendario 2024 (Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024)	\$7,500 por persona \$15,000 por familia (miembro de GBP + uno o más familiares cubiertos)

*La familia incluye al miembro del GBP más uno o más familiares cubiertos.



Debe certificar su condición de consumidor o no consumidor de tabaco

Si se inscribe en un plan de seguro médico del GBP, debe certificar su condición y la de sus dependientes cubiertos como consumidores o no consumidores de tabaco. Los consumidores de tabaco certificados pagan una prima mensual más alta para la cobertura médica.

La política de tabaco del ERS define los productos de tabaco como todos los tipos de tabaco, incluyendo, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para masticar, rapé, tabaco para chupar y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo. Los productos de vapeo que no contienen tabaco ni nicotina también se consideran productos de tabaco.

Un consumidor de tabaco es una persona que ha consumido cualquier producto de tabaco, como se define arriba, cinco o más veces en los últimos tres meses consecutivos.

Si usted o un dependiente cubierto consumen productos de tabaco, debe certificarse o certificar a su dependiente como consumidor de tabaco y pagar la prima mensual para consumidores de tabaco.

Nota: Debe certificar su condición solo una vez, a menos que cambie. Puede actualizar su condición de consumidor de tabaco mediante su cuenta de ERS OnLine, por teléfono o enviando el formulario en línea de Certificación de Consumo de Tabaco a ERS.

¿Quiere dejar de fumar?

Todos los planes de HealthSelectSM cubren programas y medicamentos recetados que ayudan a dejar de fumar. Si el participante no consume tabaco por tres meses consecutivos, puede certificar que no es consumidor de tabaco y ya no tendrá que pagar las primas más altas.

Alternativa a la prima para consumidores de tabaco

Si usted consume tabaco, puede calificar para una alternativa a la prima para consumidores de tabaco, si se ajusta a las recomendaciones de su médico. Para obtener más información, consulte la política sobre tabaco del ERS en el sitio web del ERS, <https://ers.texas.gov/About-ERS/Policias/Tobacco-Policy-and-Certification> o comuníquese con el ERS llamando a la línea gratuita: (877) 275-4377.

¡Mejore su salud y su estilo de vida!

El programa para dejar de fumar es solo uno de los programas y las herramientas que incluye el paquete de beneficios del estado para ayudarlo a llevar una vida sana. Para obtener más información sobre los programas para dejar de fumar y otros programas de bienestar disponibles, visite el sitio web de HealthSelect.



Si usted o uno de sus familiares cubiertos es consumidor de tabaco y se certifica como no consumidor o si no actualiza la condición de consumidor de tabaco cuando usted o uno de sus familiares cubiertos empieza a fumar, podría perder la cobertura de seguro médico del GBP.

Cuadro comparativo de planes dentales

Empleados a tiempo completo y jubilados no elegibles para Medicare, a partir del 1 de septiembre de 2023

Esta tabla muestra la parte de los costos que le corresponde abonar para los beneficios más comunes de atención médica, salud mental, medicamentos recetados y suministros para la diabetes en los planes HealthSelect of Texas® y Consumer Directed HealthSelectSM. Para obtener información detallada sobre elegibilidad, servicios cubiertos y no cubiertos y sobre cómo se pagan los beneficios, consulte el Documento Maestro de Beneficios del Plan (MBPD) en el sitio web de su plan. Si hay diferencias entre el MBPD, las enmiendas al MBPD y esta tabla, regirán el MBPD y sus enmiendas.

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) maneja los beneficios médicos y de salud mental en ambos planes. OptumRx, una filial de UnitedHealthcare, maneja los beneficios de medicamentos recetados para los planes hasta el 31 de diciembre de 2023. Como administradores, procesan los reclamos y supervisan las redes de proveedores y los formularios de medicamentos. ERS planifica los beneficios y paga los reclamos.

Nota: El 1 de enero de 2024, Express Scripts será el nuevo administrador del plan para beneficios de medicamentos recetados. El Sistema de Jubilación de Empleados de Texas (ERS) dará más información sobre este cambio en los próximos meses.

	HealthSelect ^{of Texas}		CONSUMER DIRECTED HealthSelect SM	
	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM Out-of-State Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect Out-of-State Fuera de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect SM de deducibles altos Dentro de la red	Plan médico de Consumer Directed de deducible alto Fuera de la red
Administrador	Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX)			
Deducible anual	Ninguno	\$500 por persona \$1,500 por familia	\$2,100 por persona \$4,200 por familia El Estado contribuye a la cuenta de ahorro para gastos médicos de un participante elegible: \$540/año por persona, \$1,080/año por familia	\$4,200 por persona, \$8,400 por familia Para ayudar a cubrir parte del deducible, el Estado contribuye a la cuenta de ahorro para gastos médicos de un participante elegible: \$540/año por persona, \$1,080/año por familia
¿Beneficios fuera de la red?		Sí. Para obtener más información, consulte la página siguiente.		Sí. Para obtener más información, consulte la página siguiente.
¿Facturación del saldo? (La facturación del saldo ocurre cuando un proveedor fuera de la red le cobra la diferencia entre sus cargos facturados y la cantidad permitida del plan).		Sí. La facturación del saldo se puede aplicar a ciertos servicios fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Documento Principal del Plan de Beneficios.		Sí. La facturación del saldo se puede aplicar a ciertos servicios fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Documento Principal del Plan de Beneficios.
Límite máximo de gastos de bolsillo totales dentro de la red (incluyendo deducibles, coseguro y copagos) ¹	Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023: \$7,050 por persona \$14,100 por familia Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024: \$7,500 por persona \$15,000 por familia		Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023: \$7,050 por persona \$14,100 por familia Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024: \$7,500 por persona \$15,000 por familia	
Gastos de bolsillo máximos por coseguro	\$2,000 por persona	\$7,000 por persona	Ninguno	Ninguno
Copago máximo para pacientes hospitalizados	Copago máximo de \$750, hasta 5 días de hospitalización \$2,250 de copago máximo por persona por año calendario		Ninguno	Ninguno
¿Se necesita un proveedor de atención primaria (PCP)?	Participantes que viven y trabajan en Texas: Sí Participantes fuera del estado: No	No	No	No
¿Se exigen remisiones?	Participantes que viven y trabajan en Texas: Sí Participantes fuera del estado: No	No	No	No

¹Incluye copagos, coseguros y deducibles por gastos médicos y medicamentos recetados. Excluye los servicios bariátricos y fuera de la red.

Todos los beneficios del programa de beneficios de grupo (GBP) para empleados de Texas podrían cambiar sin aviso previo. La Asamblea Legislativa de Texas decide el nivel de financiamiento para esos beneficios sin tener la obligación permanente de darlos tras haber transcurrido el año fiscal.

Beneficios médicos

Servicio	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM Out-of-State Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect Out-of-State Fuera de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect SM de deducibles altos Dentro de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect de deducible alto Fuera de la red
Tratamiento de alergias	Cubierto al 100 % si se administra en el consultorio del médico; 20 % de coseguro en cualquier otro centro para pacientes ambulatorios	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Servicios de ambulancia (para emergencias)	Coseguro del 20 %	20 % de coseguro; no se aplica el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual dentro de la red
Operación bariátrica*	<ul style="list-style-type: none"> Deducible: \$5,000 Coseguro: 20 % Máximo de por vida: \$13,000 	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Atención quiropráctica	<ul style="list-style-type: none"> Sin visita en el consultorio: Coseguro del 20 % Con visita en el consultorio: \$40 de copago más 20 % de coseguro Beneficio máximo de \$75 por visita y máximo de 30 visitas por año calendario 	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual. Beneficio máximo de \$75 por visita y máximo de 30 visitas por año calendario	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual. Beneficio máximo de \$75 por visita y máximo de 30 visitas por año calendario	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual. Beneficio máximo de \$75 por visita y máximo de 30 visitas por año calendario
Pruebas de diagnóstico de la hemoglobina glicosilada (A1c) (para participantes diagnosticados con diabetes)	20 % de coseguro; Vea la página 20 para obtener información	40 % de coseguro después de alcanzada la franquicia anual; consulte la página 20 para más información	20 % de coseguro después de alcanzada la franquicia anual; consulte la página 20 para más información	40 % de coseguro después de alcanzada la franquicia anual; consulte la página 20 para más información
Equipo para diabetes *	coseguro del 20 % Vea la página 20 para obtener información.	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual; consulte la página 20 para obtener más información.	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual; consulte la página 20 para obtener más información.	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual; consulte la página 20 para obtener más información.
Suministros para la diabetes	Vea la página 20 para obtener información.			
Radiografías de diagnóstico y examen de laboratorio	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Mamografía de diagnóstico	Cubierto al 100 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Cubierto al 100 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Equipo médico duradero*	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Proveedores del centro (radiólogos, patólogos y técnicos de laboratorio, anestesiastas, médicos de salas de emergencias, etc.)	Coseguro del 20 %	Emergencias: 20 % de coseguro; no se aplica el deducible anual. Para casos que no son de emergencia: Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Emergencias: Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual dentro de la red. Para casos que no son de emergencia: Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual fuera de la red.
Atención de emergencia en un centro (no FSER) y departamentos de emergencia independientes afiliados a un hospital*	\$150 de copago más 20 % de coseguro (Si ingresa, el copago se aplicará al copago del hospital).	Emergencias: \$150 de copago más un 20 % de coseguro (si lo ingresan, el copago se aplicará al copago del hospital). No se aplica el deducible anual. Para casos que no son de emergencia: \$150 de copago más 40 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual fuera de la red.	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Emergencias: Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual dentro de la red. Para casos que no son de emergencia: Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual fuera de la red.
Sala de emergencias independiente	Copago de \$150 más Coseguro del 20 %	Emergencias: copago de \$300 más coseguro del 20 %; no se aplica el deducible anual. Para casos que no son de emergencia: \$300 de copago más coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual fuera de la red.	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Emergencias: Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual dentro de la red. Para casos que no son de emergencia: Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual fuera de la red.

*Se puede exigir autorización previa.

Servicio	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM Out-of-State Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect Out-of-State Fuera de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect SM de deducibles altos Dentro de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect de deducible alto Fuera de la red
Servicios de habilitación y rehabilitación - terapia para pacientes no hospitalizados (incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia)*	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Audífonos sujetos a receta médica (para los afiliados cubiertos mayores de 18 años)	El plan paga hasta \$1,000 por oído durante cualquier período de 36 meses consecutivos y \$1 por batería. Se cubren aparatos auditivos dentro y fuera de la red en el mismo nivel de beneficios.		El plan paga hasta \$1,000 por oído cada tres años después de alcanzar el deducible.	
Audífonos sujetos a receta médica (para participantes de 18 años o menos)	El plan paga el 100 %, con un límite de un audífono por oído durante cualquier período de 36 meses consecutivos y \$1 por batería (los aparatos auditivos dentro y fuera de la red están cubiertos al mismo nivel de beneficios).		Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual dentro de la red (los aparatos auditivos dentro y fuera de la red están cubiertos al mismo nivel de beneficios).	
Radiología de alta tecnología (tomografía computarizada CT, MRI y medicina nuclear)*	\$100 de copago más 20 % de coseguro	\$100 de copago más Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Atención médica en casa*	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Atención de hospicio*	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Centro para pacientes hospitalizados (habitación semiprivada y pensión diaria, y unidad de cuidados intensivos)*	<ul style="list-style-type: none"> \$150 de copago/día más 20 % de coseguro Copago máximo de \$750, hasta 5 días de hospitalización Copago máximo por persona de \$2,250 por año calendario 	<ul style="list-style-type: none"> \$150 de copago/día más Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual. Copago máximo de \$750, hasta 5 días de hospitalización Copago máximo por persona de \$2,250 por año calendario 	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Solo cargos del médico de atención de maternidad; se aplicarán copagos del hospital para pacientes hospitalizados	\$25 o \$40 para la primera visita prenatal; sin cargo para las citas posnatales de rutina	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Sin cargo por citas prenatales y posnatales de rutina después de alcanzar el deducible anual y un 20 % de coseguro para la visita inicial	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Medicamentos e inyecciones administrados por un proveedor (véase más abajo para medicamentos e inyecciones para pacientes ambulatorios)*	<ul style="list-style-type: none"> Consultorio del médico: Cubierto al 100 % después del copago (o al 100 % si no hay cargos por la visita en el consultorio) Cualquier otro centro para pacientes ambulatorios: Coseguro del 20 % Vacunas preventivas cubiertas al 100 % 	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual Vacunas preventivas cubiertas al 100 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Procedimientos de operación y diagnóstico en el consultorio	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Visitas en el consultorio del PCP	\$25 de copago	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Servicio de enfermería privada*	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual Máximo de 96 horas por año calendario	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual Máximo de 96 horas por año calendario
Atención médica en farmacia/clínica de atención de conveniencia	\$25 de copago	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Examen de la vista de rutina, uno por año por participante	\$40 de copago	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Atención preventiva de rutina	Sin costo para los participantes	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Sin costo para los participantes	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Servicios de un centro de enfermería especializada/ centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados*	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Visitas en el consultorio de un médico especialista	\$40 de copago con remisión válida registrada del PCP	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual

*Se puede exigir autorización previa.

Servicio	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM Out-of-State Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect Out-of-State Fuera de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect SM de deducibles altos Dentro de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect de deducible alto Fuera de la red
Operación (ambulatoria) que no sea en el consultorio del médico*	\$100 de copago más 20 % de coseguro	\$100 de copago más Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Consulta de telemedicina	La cobertura está basada en el lugar del tratamiento facturado. • Consultorio del proveedor: \$25/\$40 de copago por visita en el consultorio del médico • Cualquier otra telemedicina para pacientes ambulatorios: Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Tratamientos terapéuticos: para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Clínica de atención de urgencia	\$50 de copago más 20 % de coseguro	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Visitas virtuales (médicas)	\$0 de copago por visitas virtuales cuando las da Doctor on Demand® o MDLIVE®	Sin cobertura	20 % de coseguro después de alcanzar el deducible anual si se usa Doctor on Demand o MDLIVE	Sin cobertura

*Se puede exigir autorización previa.

Prestaciones de salud mental

Las prestaciones se aplican a todos los servicios de salud mental cubiertos (incluyendo el tratamiento de enfermedades mentales graves, el tratamiento de la drogodependencia, los servicios para trastornos del espectro autista, etc.).

	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM Out-of-State Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect Out-of-State Fuera de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect SM de deducibles altos Dentro de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect de deducible alto Fuera de la red
Estancia por salud mental en un hospital para pacientes hospitalizados*	<ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago/día más 20 % de coseguro • Copago máximo de \$750, hasta 5 días de hospitalización • Copago máximo por persona de \$2,250 por año calendario 	<ul style="list-style-type: none"> • \$150 de copago/día más Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual • Copago máximo de \$750, hasta 5 días de hospitalización • Copago máximo por persona de \$2,250 por año calendario 	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Telemedicina para salud mental	La cobertura está basada en el lugar del tratamiento facturado. • Consultorio del proveedor: \$25 • Cualquier otra telemedicina para pacientes ambulatorios: Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Atención en un centro ambulatorio (hospitalización parcial/tratamiento diurno y tratamiento ambulatorio extenso)*	Coseguro del 20 %	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Visitas en el consultorio de un médico o proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios	\$25 de copago	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Tratamiento de Análisis Conductual Aplicado (ABA)	La cobertura está basada en el lugar del tratamiento. • \$25 de copago si se administra en el consultorio de un proveedor de salud mental • 20 % de coseguro para cualquier otro centro para pacientes ambulatorios, incluyendo la casa	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Visitas virtuales/visitas electrónicas (salud mental)	\$0 de copago para visitas virtuales mediante Doctor on Demand o MDLIVE	Sin cobertura	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Sin cobertura

*Se puede exigir autorización previa.

Beneficios de medicamentos recetados

La participación en los gastos que usted paga por su medicamento depende de su nivel de medicamento, de la cantidad que compre (suministro para 30, 60 o 90 días) y de si la receta médica se surte en una farmacia (de la red o no), en una farmacia de suministro prolongado diurno (EDS) o en una farmacia de servicio postal.

Pagará menos por sus medicamentos si surte sus recetas médicas en una farmacia dentro de la red. La red Optum Rx tiene miles de farmacias, incluyendo cadenas nacionales y muchas farmacias de la comunidad. Para buscar una farmacia dentro de la red cerca de usted, use la herramienta Find a Pharmacy en www.HealthSelectRx.com o llamando sin costo a un representante de atención al cliente de OptumRx al (855) 828-9834 (TTY: 711).

Los medicamentos que no son de mantenimiento son los que se recetan para uso temporal o condiciones de corto plazo. Los medicamentos de mantenimiento son los que se toman con regularidad para condiciones de largo plazo.

	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM Out-of-State Dentro de la red	HealthSelect of Texas y HealthSelect Out-of-State Fuera de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect SM de deducibles altos dentro de la red	Plan médico de Consumer Directed HealthSelect de deducible alto fuera de la red
Administrador de beneficios de farmacias (PBM)	OptumRx (UnitedHealthcare)			
¿Beneficios fuera de la red?		Sí		Sí
Deducible	Se aplica un deducible de \$50 para medicamentos recetados por participante por año calendario antes de que el plan pague cualquier medicamento con receta (excepto los medicamentos de prevención cubiertos, los suministros para la diabetes específicos que se mencionan en la página 20 y la insulina dispensados por una farmacia dentro de la red).		\$2,100 por persona; \$4,200 por familia Los gastos médicos y de medicamentos recetados se aplican al deducible.	\$4,200 por persona; \$8,400 por familia Los gastos médicos y de medicamentos recetados se aplican al deducible.
Nivel 1 (principalmente, medicamentos genéricos)	Medicamentos de mantenimiento y que no son de mantenimiento: \$10 de copago Pedido por correo postal o farmacia de suministro prolongado para un día (suministro para 90 días): Copago de \$30	Sin mantenimiento y con mantenimiento: \$10 de copago más 40 % de coseguro Pedido por correo postal o farmacia de suministro extendido (suministro de 90 días): \$30 de copago más 40 % de coseguro	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos en su mayoría)*	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos que no son de mantenimiento: \$35 de copago Medicamentos de mantenimiento: \$45 de copago Pedido por correo postal o farmacia de suministro extendido: \$105 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Sin mantenimiento: \$35 de copago más 40 % de coseguro Mantenimiento: \$45 de copago más 40 % de coseguro Pedido por correo postal o suministro de día extendido: \$105 de copago más 40 % de coseguro 	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos en su mayoría)*	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos que no son de mantenimiento: \$60 de copago Medicamentos de mantenimiento: \$75 de copago Pedido por correo postal o farmacia de suministro extendido: \$180 de copago 	<ul style="list-style-type: none"> Sin mantenimiento: \$60 de copago más 40 % de coseguro Mantenimiento: \$75 de copago más 40 % de coseguro Farmacia de pedido por correo postal o de suministro prolongado: \$180 de copago más 40 % de coseguro 	Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual
Medicamentos especializados*	Si se compran mediante una farmacia, los medicamentos especializados se cubren como medicamentos de un nivel específico (genéricos, preferidos o no preferidos) como se menciona arriba. Si no, se cubren como un beneficio médico.		Coseguro del 20 % después de alcanzar el deducible anual	Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual

*Se puede exigir autorización previa.

Equipo y suministros para la diabetes

Es posible que otros equipos, suministros y medicamentos recetados para la diabetes no mencionados abajo estén cubiertos por estos planes. Para obtener más información sobre sus beneficios de medicamentos recetados o para obtener ayuda para buscar una farmacia dentro de la red, llame sin costo a HealthSelect PDP al **(855) 828-9834 (TTY: 711)**. Para obtener más información de los beneficios del plan médico llame sin costo a un asistente médico personal de BCBSTX al **(800) 252-8039 (TTY: 711)**.

	HealthSelect of Texas® y HealthSelect SM Out-of-State		Consumer Directed HealthSelect SM	
	Beneficios del Programa de Medicamentos con receta médica (PDP)	Beneficios del plan médico	Beneficios del Programa de Medicamentos con receta médica (PDP)	Beneficios del plan médico
Glucómetros para la diabetes	Ciertas marcas de glucómetros preferidos están cubiertas sin costo para los participantes cuando se reciben por el programa de glucómetros gratis*. Para obtener más información, llame a OptumRx.	Consulte los beneficios del Programa de Medicamentos con receta médica (PDP)	Ciertas marcas de glucómetros preferidos están cubiertas sin costo para los participantes cuando se reciben por el programa de glucómetros gratis*. Para obtener más información, llame a OptumRx.	Consulte los beneficios del Programa de Medicamentos con receta médica (PDP)
Monitores continuos de glucosa/bombas de insulina	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados estarán disponibles a partir del 1 de enero de 2024.	20 % de coseguro para monitores continuos de glucosa y bombas de insulina dentro y fuera de la red y suministros relacionados por medio de los beneficios de equipo médico duradero	Ciertas marcas de monitores continuos de glucosa y suministros relacionados estarán disponibles a partir del 1 de enero de 2024.	20 % de coseguro para monitores continuos de glucosa y bombas de insulina dentro y fuera de la red y suministros relacionados después de alcanzar el deducible anual; por medio de los beneficios de equipo médico duradero
Suministros para la diabetes	Ciertas marcas de tiras reactivas para diabéticos preferidas* están cubiertas sin costo para los participantes cuando se compran en una farmacia dentro de la red del PDP. Las lancetas, los dispositivos de punción y las jeringas están cubiertos sin costo para los participantes si los compran en una farmacia dentro de la red del PDP.	Consulte los beneficios del Programa de Medicamentos con receta médica (PDP)	20 % de coseguro para suministros para la diabetes cubiertos después de alcanzar el deducible anual dentro de la red si se compran en una farmacia dentro de la red del PDP Coseguro del 40 % después de alcanzar el deducible anual fuera de la red si se compra en una farmacia fuera de la red del PDP	Consulte los beneficios del Programa de Medicamentos con receta médica (PDP)
Insulina con receta médica	Farmacia dentro de la red: Los productos de insulina en la lista de medicamentos del PDP (lista de medicamentos cubiertos (formulario)) están cubiertos con un copago máximo \$25 por suministro de 30 días, sin considerar el nivel Farmacia fuera de la red: Los productos de insulina están cubiertos con un copago de Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3 y un 40 % de coseguro	No la cubren los beneficios del plan médico	Farmacia dentro de la red: 20 % de coseguro (hasta un máximo de \$25 por suministro de 30 días) para productos de insulina que estén en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del PDP Farmacia fuera de la red: 40 % de coseguro para productos de insulina después de alcanzar el deducible anual fuera de la red	No la cubren los beneficios del plan médico

* Los beneficios y las marcas cubiertas de glucómetros y tiras reactivas pueden cambiar.

Programas para una vida sana

HealthSelect[®]
of Texas

CONSUMER DIRECTED
HealthSelect[™]

Los participantes pueden:

- Recibir apoyo para controlar condiciones crónicas como diabetes, falla cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias (CAD), asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Inscribirse en programas de coaching sobre salud relacionados con la actividad física, el estrés, la nutrición, el manejo del peso y el abandono del consumo de tabaco.
- Obtener apoyo clínico para tomar decisiones informadas sobre las opciones de tratamiento o sobre servicios relacionados con las enfermedades coronarias, el dolor de espalda crónico, el reemplazo de rodilla o cadera, una enfermedad benigna de la próstata, el cáncer de próstata y de mama, una condición benigna del útero, endometriosis y tumor fibroide.
- Inscribirse en uno de los dos programas de control de peso en línea, Wondr Health y Real Appeal. Ambos programas ofrecen componentes interactivos y recursos fáciles de usar.

Herramientas en línea para la salud y el bienestar

Visite healthselectoftexas.com y haga clic en el botón “Log In” (Iniciar sesión) para ir a su cuenta personal de Blue Access for Members. En Blue Access for Members, puede poner en práctica todos o cualquiera de los siguientes puntos para mejorar o mantener sus hábitos saludables:

- Haga la evaluación de salud en línea para identificar sus necesidades de salud personales y aprender hábitos saludables. Luego, lleve su informe personal de salud a su PCP.
- Use monitores de bienestar para no perder de vista sus objetivos. Hay monitores disponibles para el manejo del estrés, el consumo de tabaco, la alimentación y mucho más.
- Sincronice su dispositivo fitness, como Fitbit o Jawbone, y consulte los minutos de actividad física, las millas recorridas y las calorías quemadas en el panel.
- Obtenga información sobre el programa de incentivos para el bienestar llamado BluePoints y comience a ganar puntos participando en actividades saludables para comprar productos en el centro comercial en línea.
- Use herramientas interactivas, como el verificador de síntomas.
- Obtenga apoyo de coaching por teléfono
- Descargue aplicaciones móviles como la aplicación de BCBSTX, Centered y AlwaysOn.
- Consulte su historial de reclamos y la de su familia.
- Hable por chat con un asistente personal de salud.

Descuentos en salud y bienestar

Ahorre dinero en los productos y los servicios para la salud y el bienestar de las principales tiendas que no cubre el seguro. No es necesario presentar reclamos, remisiones ni autorizaciones previas. Visite healthselectoftexas.com y haga clic en “Wellness Resources” (Recursos de bienestar). En el menú desplegable, haga clic en “Wellness Discount Program” (Programa de descuentos en bienestar).

Mejore su salud con “AMP”

Conozca los riesgos para la salud para mejorar su salud general. AMP es una iniciativa de bienestar del ERS que lo anima a **A**nalizar su salud mediante evaluaciones en línea, **M**anejar su peso y tomar medidas para **P**revenir potenciales problemas mediante la atención preventiva.



Ambos planes HealthSelect ofrecen un menú completo de programas de salud y bienestar con base científica para los empleados estatales, los jubilados y sus familias:

- Evaluaciones de salud
- Manejo de la diabetes
- Ejercicio
- Salud cardíaca
- Nutrición
- Ayuda para dejar de consumir tabaco
- Manejo del peso
- Manejo del estrés
- Manejo de enfermedades
- Embarazo sano

¡Haga actividad física!

¿Sabía que incluso el ejercicio moderado ayuda a prevenir o retrasar la aparición de las enfermedades y las discapacidades? Asegúrese de entrar en calor antes de hacer ejercicio.

Estire los músculos lentamente. Intente con una caminata lenta y movimientos ligeros de los brazos. Cuando haga actividades de resistencia que lo hagan sudar, beba mucho líquido, sobre todo agua o bebidas que tengan electrolitos. Evite contener la respiración mientras hace ejercicio.



Desde hacer suficiente ejercicio hasta tener una alimentación equilibrada, hay muchas formas de mantener su salud y bienestar. El GBP tiene varios recursos y herramientas de bienestar para ayudarlos a usted y a sus dependientes cubiertos a alcanzar sus objetivos de salud física y mental. Los recursos del plan médico y los seminarios web de bienestar del GBP lo ayudarán en su recorrido hacia el bienestar.

Eventos de bienestar:

<https://ers.texas.gov/event-calendars/wellness-events>

Recursos de bienestar:

<https://ers.texas.gov/wellness-resources>



Jennica Preston Coordinadora de beneficios

Resultados visibles con Real Appeal

Cuando Jennica Preston se unió a Real Appeal, quería bajar el peso que había subido cuando estuvo embarazada de su hijo, que ahora tiene 10 años. Preston, especialista en recursos humanos de la Comisión de Ferrocarriles (RRC) de Texas, no estaba contenta con la mujer que veía en el espejo.

“Siempre había sido menuda y pequeña”, dice Preston, que se entusiasmó con el método

de Real Appeal desde el principio. “Real Appeal me motivó a tomar las decisiones correctas”, expresó. “Desde el principio, abandoné las comidas rápidas y los refrescos de un día para el otro. Empecé a usar los aparatos de entrenamiento de mi esposo para hacer ejercicio en casa. Algunas veces por semana, subía los doce pisos por escalera hasta mi consultorio”.

El compromiso de Preston valió la pena. En menos de seis meses, bajó 32 libras. Hoy pesa 64 libras menos y está encantada con los resultados de su cambio de estilo de vida. “Me entusiasma volver a ser la persona que verdaderamente soy”.

Preston también siente entusiasmo por ayudar a otros miembros del GBP en su misión de estar más sanos... y ser más felices. Hace poco, aceptó convertirse en la nueva coordinadora de bienestar en la RRC de Texas y está entusiasmada: “Tengo la oportunidad de ayudar a mis compañeros de trabajo compartiendo los beneficios de ponerse y mantenerse en forma”.

¿Cuándo empiezan los beneficios de mi seguro?

Primer día de trabajo

La cobertura de sus prestaciones opcionales -dental, oftalmológica, seguro de vida opcional elecciones 1 y 2, de vida para dependientes, AD&D, seguro de incapacidad TIPP y TexFlex FSA de atención a dependientes- podría empezar de inmediato si se inscribe el primer día.

El primer día del mes siguiente a la fecha de contratación

Si no se inscribe en los beneficios opcionales el primer día, sino en un plazo de 31 días desde la fecha de contratación, la cobertura empieza el primer día del mes después de que haya agregado la cobertura.

Nota: Para las elecciones 3 y 4 del seguro de vida opcional, la cobertura empieza cuando usted recibe la aprobación mediante el proceso de evidencia de asegurabilidad (EOI). Obtenga más información sobre la EOI en la página 27.

El primer día del mes siguiente a los 60 días de contratación

La cobertura de seguro médico, la cobertura de medicamentos recetados y, si la elige, una FSA TexFlex para atención médica o de uso limitado se activan el primer día del mes posterior a su 60.º día de empleo. Si su 60.º día de trabajo coincide con el primer día del mes, la cobertura empieza ese día. Por ejemplo, si lo contratan el 2 de marzo, su 60.º día será el 1 de mayo. Si su fecha de contratación cae en una fecha posterior del mes, su cobertura empieza el primer día del mes siguiente a su 60.º día de empleo. Por ejemplo, si lo contratan el 23 de julio, su cobertura empezará el 1 de octubre.

La cobertura médica, la cobertura de medicamentos recetados o la FSA TexFlex para atención médica o de uso limitado se activan el 1 de mayo; no tiene que esperar hasta el 1 de junio.

Este período de espera no se aplica a la cobertura de seguro médico, a la cobertura de medicamentos recetados ni a la FSA TexFlex para atención médica o de uso limitado si usted:

- Se transfirió de una agencia de GBP o institución de educación superior a otra agencia o institución de GBP sin interrupción de la cobertura médica de GBP,
- Se transfirió de la University of Texas o del sistema Texas A&M University sin interrupción de la cobertura sanitaria,
- Es un jubilado que se reincorpora al trabajo y está inscrito en la cobertura sanitaria de GBP como jubilado,
- Está inscrito en la cobertura sanitaria de GBP como dependiente en la fecha de contratación o recontractación,
- Está inscrito en la cobertura sanitaria GBP de conformidad con la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA) en la fecha de contratación o recontractación, o
- Fue reincorporado el 1 de septiembre de 2015 o después y volvió a trabajar en la misma agencia estatal en un plazo de 90 días tras dejar el servicio militar activo.

Si pertenece a alguna de las categorías de arriba, informe a su departamento de RR. HH. en un plazo de 31 días para empezar a recibir sus beneficios médicos. Para quienes empiezan a mediados de mes, la cobertura con el nuevo empleador empieza el primer día del mes siguiente.

Si no tiene un período de espera, tendrá 31 días para hacer cambios en la cobertura médica. Esos cambios empezarán el primer día del mes siguiente. Sin embargo, si se transfirió como empleado de una entidad del GBP a otra sin interrupción en el servicio, empieza su trabajo el primer día del mes y cambia la cobertura médica ese día, el cambio se produce de inmediato.

Si se inscribe en una FSA para atención de dependientes en la fecha de contratación, su inscripción empieza ese mismo día. Si no se inscribe en su primer día, pero en un plazo de 31 días posteriores a la fecha de contratación, su inscripción empieza el primer día del mes siguiente. Si se inscribe por un acontecimiento de vida calificado, su cobertura empieza el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si adopta a un niño el 4 de octubre y se inscribe en una cuenta de dependencia, su inscripción empezaría el 1 de noviembre. Su contribución de noviembre se deducirá de su salario de diciembre y estará disponible para que la use una vez depositada en su cuenta.

Jubilados que se reincorporan al trabajo



Si es usted un jubilado que se reincorpora al trabajo, puede cambiar entre las prestaciones de jubilado y las de activo poniéndose en contacto con el coordinador de prestaciones de su institución o con el departamento de recursos humanos.

Seguro dental

Por una prima adicional, puede inscribirse en uno de los siguientes planes dentales.

Debe inscribirse en un plan dental para poder agregar dependientes, y sus dependientes deben inscribirse en el mismo plan que usted.

Conéctese

Encuentre una lista de proveedores para el State of Texas Dental Choice PlanSM o DeltaCare USA DMHO en **ERSdentalplans.com** o llamando a Delta Dental, gratis, al (888) 818-7925 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. CT.

State of Texas Dental Choice es un plan de seguro dental de organización de proveedores preferidos (PPO). Puede consultar al dentista que quiera, pero pagará menos si acude a un dentista de una de las dos redes de Delta Dental:

- Delta Dental PPO
- Delta Premier



Los dentistas de Delta Premier y de Delta Dental PPO son proveedores dentro de la red. Usted recibirá la misma cobertura en cualquiera de las dos redes, pero es posible que pague menos por los servicios cubiertos de la red de Delta Dental PPO. Los dentistas de Delta Premier pueden cobrar tarifas más altas por los mismos servicios, lo que significa que sus costos podrían ser más altos con esos dentistas.

Si recibe prestaciones fuera de Estados Unidos, los servicios que sean elegibles se reembolsarán en moneda estadounidense al nivel de prestaciones fuera de la red.

DeltaCare USA es una organización de mantenimiento de la salud dental (DHMO) plan de seguro dental.

- La cobertura se aplica solo a los dentistas del área de servicio de Texas. Antes de inscribirse, asegúrese de que en su área haya un dentista de la red de la DHMO que acepte pacientes nuevos. Para ver una lista de proveedores, visite **www.ERSdentalplans.com** o llame al (888) 818-7925 (TTY: 711).
- Debe elegir un dentista de atención primaria (PCD) de una lista de proveedores aprobados. Usted y sus dependientes inscritos pueden elegir PCD diferentes.
- Los servicios de los dentistas especialistas participantes cuestan un 25 % menos que el cargo habitual de los dentistas si su PCD coordina la atención especializada.

DeltaCare[®] USA

Beneficios “inteligentes”

Para mantener bajos los costes, los empleados en activo que se inscriban en el seguro dental GBP no obtendrán una tarjeta de identificación del plan, y los dentistas Delta participantes no deberán exigírsela.

En cambio, si quiere una, puede descargar una tarjeta digital en su teléfono mediante la aplicación Delta Dental. Si no tiene un teléfono, puede descargar e imprimir su información de **ERSdentalplans.com** o llamar gratis a Delta Dental al (888) 818-7925 (TTY: 711) y le enviarán por correo postal una copia impresa.

Nota: Los dependientes cubiertos no pueden acceder a la aplicación y sus nombres no están mencionados en la tarjeta. Un dependiente puede verificar la cobertura con un proveedor dándole su nombre o el nombre del miembro del GBP y el número de identificación del plan.

Verifique el Discount Purchase Program para obtener descuentos en atención dental

El Discount Purchase Program, administrado por Beneplace, incluye programas de descuentos en la atención dental y descuentos en los servicios dentales. Puede consultarlos en **beneplace.com/discountprogramers/**. (Para tener acceso a los descuentos, deberá registrarse con su dirección de correo electrónico).

Cuadro comparativo de planes dentales

Este cuadro es un resumen de los beneficios en los dos planes de seguro dental. Consulte los folletos del plan en www.ERSdentalplans.com para ver la cobertura real y las limitaciones. Delta Dental administra los dos planes. Antes de empezar el tratamiento, hable del plan de tratamiento y de todos los cargos con su dentista.

	State of Texas Dental Choice Plan PPO – Dentro de la red	State of Texas Dental Choice Plan PPO – Fuera de la red	DeltaCare® USA DHMO (Servicios solo de los PCD participantes)
Dentistas	Dentistas dentro de la red	Dentistas fuera de la red	Usted debe elegir un dentista de atención primaria (PCD). NOTA: no todos los dentistas dentro de la red aceptan pacientes nuevos. Los dentistas no tienen la obligación de permanecer en el plan por todo el año.
Deducibles	Servicios de prevención: Individual: \$0; por familia: \$0 Servicios básicos/de alta complejidad combinados: por persona: \$50; por familia: \$150 Servicios de ortodoncia: sin deducible En State of Texas Dental Choice los deducibles están sobre la base del año calendario y se restablecen el 1 de enero.	Servicios de prevención: por persona: \$50; por familia: \$150 Servicios básicos/de alta complejidad combinados: por persona: \$100; por familia: \$300 Servicios de ortodoncia: sin deducible	Ninguno
Copagos/coseguro	Servicios de prevención y diagnósticos: ninguno Servicios básicos: 10 % de coseguro después de alcanzar el deducible para servicios básicos Servicios de alta complejidad: 50 % de coseguro después de alcanzar el deducible para servicios de alta complejidad No hay ningún cargo para lo que supere la cantidad permitida. Después de alcanzar el beneficio máximo del año calendario, el participante paga el 60 % hasta el 1 de enero.	Servicios de prevención y diagnóstico: 10 % de coseguro después de alcanzar el deducible para servicios de prevención y diagnóstico Servicios básicos: 30 % de coseguro después de alcanzar el deducible para servicios básicos Servicios de alta complejidad: 60 % de coseguro después de alcanzar el deducible para servicios de alta complejidad Es posible que los participantes deban pagar la diferencia entre la cantidad permitida y los cargos facturados. Cuando se alcanza el beneficio máximo del año calendario, el participante paga el 100 % hasta el 1 de enero.	Dentista de atención primaria (PCD): Los copagos varían según el servicio y se mencionan en el folleto "Programa de beneficios dentales". Odontología especializada: 75 % de la tasa usual y habitual del dentista cuando el PCD coordina la atención especializada (DHMO no paga nada)
Beneficios máximos por año calendario	\$2,000 por persona cubierta (incluye extracciones ortodónticas) más 40 % después de que se alcanza el beneficio máximo del año calendario	No aplica a servicios prestados de ortodoncia por dentistas fuera de la red (el plan paga \$0)	Ilimitados
Beneficio máximo de por vida	\$2,000 por persona cubierta para servicios de ortodoncia	\$2,000 por persona cubierta para servicios de ortodoncia	Ilimitados
Costo promedio de la limpieza/los exámenes bucales	Se permiten hasta dos limpiezas/exámenes bucales por año calendario	10 % de la cantidad permitida después de alcanzar el deducible Se permiten hasta dos limpiezas/exámenes bucales por año calendario	Varían según el servicio y se mencionan en el folleto "Lista de beneficios dentales" Se permiten hasta dos limpiezas/exámenes bucales por año calendario
Cobertura de ortodoncia	50 % de la cantidad permitida	50 % de la cantidad permitida Es posible que los participantes deban pagar la diferencia entre la cantidad permitida y los cargos facturados	Servicios de ortodoncia que presta un dentista general que se mencionan en el directorio con un código de tratamiento "0": \$1,800 para niños, \$2,100 para adultos Servicios de ortodoncia que presta por un especialista: 75 % de la tasa usual (el plan paga \$0)

Plan de la vista



Los planes de seguro médico de GBP cubren algunos servicios de visión y salud de la vista, incluyendo un examen anual de la vista y el tratamiento de enfermedades de la vista (consulte el cuadro de abajo).

Los planes médicos del GBP no cubren el costo de anteojos ni de lentes de contacto. Para este tipo de cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en State of Texas VisionSM por una prima mensual extra. (Aparte del examen de la vista, las otras ofertas de atención de la vista mediante los planes médicos son beneficios de valor agregado. El ERS no garantiza la duración del período en el que se ofrecerá un producto específico de valor agregado).

Administrado por EyeMed Vision Care, LLC (EyeMed), State of Texas Vision cubre un examen de la vista, la adaptación de lentes de contacto y otras opciones de lentes. El plan incluye una asignación para las monturas de los anteojos o los lentes de contacto y descuentos en operación LASIK. El plan State of Texas Vision le da una asignación de \$200 para usar en lentes de contacto O anteojos (monturas y lentes) en el mismo año del plan. Por ejemplo, si elige usar su asignación de \$200 para comprar lentes de contacto, no tendrá asignación para lentes el resto del año. Para obtener una lista completa de las prestaciones del plan y una lista de proveedores, consulte StateofTexasVision.com.

Cuadro comparativo de la cobertura de la vista, servicios dentro de la red

Los afiliados al plan oftalmológico tienen acceso a la red INSIGHT de EyeMed, que incluye distribuidores independientes, nacionales y regionales, y proveedores en línea. Todas las franquicias son al por menor; usted es responsable de cualquier cargo que supere las franquicias, menos los descuentos disponibles. Los descuentos no son prestaciones financiadas y pueden variar o cambiar en función del proveedor o el fabricante. A partir del 26 de junio puede buscar la red de proveedores de EyeMed en member.eyemedvisioncare.com/stateoftexasvision.

Servicios de atención oftalmológica	Coste para los miembros de la red	Reembolso para afiliados fuera de la red
Servicios de examen		
Examen	Copago de \$15 ¹	Hasta \$40 después de \$15 de copago
Adaptación y seguimiento de lentes de contacto²		
Adaptación y seguimiento estándar	Copago de \$25 ¹	Hasta \$100
Adaptación y seguimiento premium	Copago de \$35 ¹	Hasta \$100
Montura		
Montura	\$200 de descuento por venta; 20 % de descuento en la cantidad superior a \$200	Hasta \$75
Lentes		
Lentes monofocales	Copago de \$10 ¹	Hasta \$30
Lentes bifocales	Copago de \$15 ¹	Hasta \$45
Lentes trifocales	Copago de \$20 ¹	Hasta \$60
Progresivo - Estándar ³	Copago de \$70 más bifocales \$15 ¹	Sin cobertura
Opciones de lentes		
Policarbonato - Estándar	Copago de \$40 ¹	Sin cobertura
Revestimiento antirayaduras - Plástico estándar	Copago de \$10 ¹	Sin cobertura
Tinte - Sólido/Degradado	Copago de \$10 ¹	Sin cobertura
Tratamiento UV	Copago de \$10 ¹	Sin cobertura
Capa antirreflejos - Estándar	Copago de \$40 ¹	Sin cobertura
Lentes de contacto		
Lentes de contacto - Electivos	Prestación de \$200	Hasta \$200
Lentes de contacto - médicamente necesarios	Copago de \$0	Hasta \$210
OTROS		
LASIK o PRK de U.S. Laser Network	15 % de descuento o 5 % sobre el precio de promoción; llame al (800) 988-4221	Sin cobertura
Imagen retiniana	Usted es responsable del 100 % del coste, que es de hasta \$39 para los clientes de EyeMed.	Sin cobertura

¹Cubierto en su totalidad después de cubierto el copago.

²A El ajuste y seguimiento de lentes de contacto tiene su propio copago y es independiente del copago del examen de la vista. La adaptación y seguimiento estándar de lentes de contacto se aplica únicamente a usuarios de lentes de contacto desechables, de uso diario o de uso prolongado. La adaptación y seguimiento de lentes de contacto Premium se aplica a los nuevos usuarios de lentes de contacto/a los participantes que usen lentes tóricas, permeables al gas o multifocales.

³Las lentes progresivas estándar están cubiertas en su totalidad después de un copago de \$70. El copago de \$15 por lentes bifocales también se aplica a las lentes progresivas estándar. Para las lentes progresivas premium (solo dentro de la red), la cobertura del plan es hasta el pago del plan dentro de la red para las lentes progresivas estándar.

Seguro de vida opcional

Seguro de vida a término opcional

Su cobertura sanitaria GBP incluye \$5.000 de seguro de vida temporal básico y \$5.000 de cobertura por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin coste alguno para usted. Puede adquirir cobertura extra del seguro de vida en incrementos que dependen de su sueldo anual. Tanto el seguro de vida temporal básico como el opcional, además del seguro de vida temporal básico, están asegurados por Securian.

Si opta por la elección 1 o 2 del seguro de vida a término opcional (una o dos veces su sueldo anual) durante los primeros 31 días de empleo, no será necesario que complete la evidencia de asegurabilidad (EOI). Si no se inscribe como nuevo empleado, puede presentar la solicitud cuando ocurra un acontecimiento de vida calificado o por el período de inscripción de verano, pero deberá presentar la EOI y no se garantiza la cobertura.

Puede solicitar la elección 3 o 4 del seguro de vida a término opcional (tres o cuatro veces su salario anual) de hasta \$400,000. Deberá completar la EOI, un proceso en el que tendrá que presentar información de su salud. No se garantiza la cobertura; es posible que no aprueben sus beneficios por la información incluida en su EOI.

Cada elección de Vida a Término Opcional da una cantidad igual de cobertura adicional por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D).

La página web de Securian para afiliados GBP puede ayudarle a decidir cuánta cobertura de seguro de vida podría necesitar: securian.com/content/securian/en/insights-tools/life-insurance-needs-calculator.

Las primas y los importes de cobertura para cada año del plan (del 1 de septiembre al 31 de agosto) se basarán en el salario informado al ERS el 1 de septiembre de ese año del plan. Las primas mensuales del seguro de vida opcional a término dependerán de su edad, su sueldo y el nivel de cobertura en cada año del plan. Para calcular las primas, consulte la página 36 de esta guía.

Como ocurre con la mayoría de las pólizas de grupo de vida a término, las primas del seguro de vida a término opcional del GBP aumentan a medida que el titular de la póliza envejece. Las reducciones de la cobertura basadas en la edad empiezan a los 70 años. Para obtener más información, visite el sitio web de Securian para revisar la descripción general del plan y obtener más información de las opciones de cobertura para usted y sus dependientes.

Seguro de vida a término para dependientes

Por una prima extra, puede inscribir a sus dependientes elegibles en el seguro de vida a término. El plan incluye un seguro de vida a término de \$5,000 con una cobertura por AD&D de \$5,000 para cada dependiente cubierto, por una prima mensual de unos pocos dólares. Usted recibirá el beneficio del seguro de vida cuando fallezcan sus dependientes cubiertos. Recibirá el beneficio del seguro por AD&D cuando fallezcan o se lesionen en un accidente. Una prima mensual cubre a todos sus dependientes elegibles, pero se debe incluir a todos los dependientes elegibles en la cobertura.

Si no se inscribe como nuevo empleado, puede presentar la solicitud para este seguro cuando tenga un acontecimiento de vida calificado (QLE) o por el período de inscripción de verano, pero deberá presentar la EOI y no se garantiza la cobertura.

No es necesario que facilite la EOI para el seguro de vida temporal para dependientes si añade un nuevo dependiente, tal como un nuevo cónyuge o niño, en un plazo de 31 días siguientes al matrimonio o en un plazo de 31 días siguientes al nacimiento o colocación del hijo.

Primeros 31 días: Ninguna pregunta



Si quiere una cobertura adicional de seguro de vida y de invalidez, su primer mes de empleo es el mejor momento para inscribirse porque no tendrá que aportar pruebas de asegurabilidad (EOI) para la Elección Opcional de Vida a Plazo 1 o 2, ni para el seguro de invalidez a corto o largo plazo. La EOI es un proceso de solicitud en el que debe presentar información de su salud o la de sus dependientes. ¡No se pierda esta oportunidad disponible solo por 31 días! Si espera, corre el riesgo de no calificar para recibir estos beneficios por sus resultados de la EOI.

Seguro voluntario AD&D

La cobertura del Seguro Voluntario de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) puede dar un apoyo económico adicional cuando se produce un fallecimiento accidental o una lesión de cierto tipo. Puede elegir el seguro en incrementos de \$5,000, desde \$10,000 hasta \$200,000.

No tendrá que presentar la EOI para el seguro por AD&D. Securian maneja los beneficios del seguro por AD&D.

La cobertura incluye lo siguiente:

- Si fallece como consecuencia directa de una lesión corporal accidental, sus beneficiarios recibirán la cantidad íntegra de su cobertura.
- Los familiares inscritos están cubiertos con niveles de beneficios parciales. Su cónyuge está cubierto al 50 % de su cantidad inscrita. Los hijos elegibles están cubiertos a un porcentaje más bajo, que se reduce si su cónyuge vive en el momento del fallecimiento de su hijo.
- Si tiene un accidente y sufre alguna de las lesiones cubiertas, como la pérdida de una mano, un pie o la vista en uno o ambos ojos, recibirá un porcentaje de la cantidad total de su cobertura.
- Si un familiar que es elegible pierde una mano, un pie o la vista de uno o ambos ojos en un accidente, recibirá un porcentaje de la prestación si tiene cobertura para ese familiar.

Puede cambiar los beneficiarios en cualquier momento. Visite <https://ers.texas.gov/Beneficiary-Designation> para obtener instrucciones paso a paso.

Seguro por discapacidad



El Texas Income Protection PlanSM (TIPP) le da dinero para ayudarlo a pagar las facturas si un accidente u otra condición relacionada con la salud le impiden trabajar.

1. **El seguro de invalidez de corta duración** da una prestación máxima del 66 % de su salario mensual, con un tope de \$6.600 al mes para quienes ganan más de \$10.000 mensuales, por un máximo de cinco meses (un máximo de 150 días). Por ejemplo, si su salario mensual es de \$4.800, la cantidad máxima que percibirá por incapacidad de corto plazo será de \$3.168 al mes.
2. **El seguro de invalidez de larga duración** da una prestación máxima del 60 % de su salario mensual, con un tope de \$6.000 al mes para quienes ganan más de \$10.000 mensuales. Por ejemplo, si su salario es de \$4.800 al mes, su pago mensual por incapacidad de largo plazo sería de \$2.880. Los beneficios se pagan hasta que la reincorporación al trabajo, alcance la edad de jubilación del seguro social o ya no tenga una discapacidad según el plan.

Si sufre una discapacidad a partir de los 69 años, los beneficios se pagarán por un máximo de 12 meses. Nota: Para algunas enfermedades y trastornos mentales, el periodo máximo de prestación por invalidez es de dos años.

Las condiciones preexistentes están sujetas a ciertas exclusiones.

Debe usar toda la licencia por enfermedad (incluyendo la licencia extendida por enfermedad, la donación de licencia por enfermedad y el fondo de licencia por enfermedad) o completar un período de espera (30 días para corto plazo, 180 días para largo plazo), la opción que sea más prolongada, antes de que se hagan los pagos por discapacidad. No es necesario que use el tiempo de vacaciones.

Si es elegible para los pagos de compensación de los trabajadores o para la jubilación por discapacidad del estado de Texas, es posible que se reduzcan sus pagos por discapacidad de largo plazo. El beneficio mínimo es del 10 % de su sueldo mensual.

La cobertura del TIPP no está disponible para sus familiares.

Revise los documentos del plan, incluyendo la Guía del usuario en reedgrouptipp.com/forms-users-guide, antes de solicitar el seguro de invalidez TIPP.

Aviso importante sobre el seguro de incapacidad de corto plazo por licencia parental

La 88ª Legislatura de Texas aprobó recientemente el Proyecto de Ley 222 del Senado, que da licencia pagada a algunos empleados de agencias estatales que son nuevas madres/padres. Esta nueva política de licencia parental remunerada entra en vigor el 1 de septiembre de 2023 y puede afectar la necesidad de algunos empleados de tener un seguro de discapacidad de corto plazo del Texas Income Protection Plan (TIPP). Los empleados de la agencia que están pensando en convertirse en madres/padres deben revisar atentamente la nueva legislación, las políticas federales de la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA) y la cobertura de discapacidad de corto plazo de TIPP. Es importante entender cómo las leyes federales y estatales afectan su acceso a licencias pagadas y no pagadas y cómo TIPP podría suministrar ingresos por lo menos una parte de la licencia de padre/madre.

Tenga en cuenta: ERS no maneja licencias pagadas para empleados de agencias estatales. Si tiene preguntas sobre las políticas de licencias, incluyendo FMLA y licencia pagada para padre/madre, consulte con el personal de recursos humanos de su organización.

Resumen de la cobertura del TIPP

	Cobertura por discapacidad de corto plazo	Cobertura por discapacidad de largo plazo
Beneficios mensuales	66 % de su sueldo mensual, hasta un beneficio de \$6,600 cada mes	60 % de su sueldo mensual, hasta un beneficio de \$6,000 cada mes
Potencial reducción de beneficios	Los beneficios se reducen si usted recibe otros pagos por discapacidad. El beneficio mínimo es del 10 % de su sueldo mensual.	Los beneficios se reducen si usted recibe otros pagos por discapacidad. El beneficio mínimo es del 10 % de su sueldo mensual.
¿Cuándo empiezan los beneficios?	Después de un período de espera de 30 días naturales o después de que haya usado toda su licencia por enfermedad (el período que sea más prolongado); la licencia por enfermedad se puede usar por el período de espera de 30 días	Después de un período de espera de 180 días naturales o después de que haya usado toda su licencia por enfermedad (el período que sea más prolongado); la licencia por enfermedad se puede usar por el período de espera de 180 días
¿Por cuánto tiempo se pagan los beneficios?	Hasta 150 días después de que haya finalizado su período de espera	Hasta que pueda reincorporarse al trabajo o hasta que alcance su período máximo de beneficios (según la edad cuando sufra la discapacidad) o según la condición que produzca la discapacidad

ReedGroup administra la cobertura del seguro por discapacidad del TIPP.

Si no se inscribe como nuevo empleado, puede presentar la solicitud para este seguro cuando tenga un acontecimiento de vida calificado (QLE) o por el período de inscripción de verano, pero deberá presentar la EOI y no se garantiza la cobertura. Guardian Life Insurance administra la EOI para la cobertura por discapacidad de corto y largo plazo.



Thomas Barker-White Supervisor en todo el estado de admisiones

Desde 1995, Thomas Barker-White, participante en la GBP, trabaja para el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (DFPS), actualmente como supervisor de admisiones en todo el estado, supervisando a una plantilla de nueve personas.

Barker-White y su esposa, Lutishia, exempleada del Estado, valoran sus beneficios médicos y de jubilación administrados por el ERS.

Reservan dinero para la jubilación mediante Texa\$aver para prepararse para el futuro. Creen que es un buen beneficio para los empleados que no confían en su propio criterio para las inversiones.

Sin embargo, en 2011, el beneficio más importante se convirtió en el seguro por discapacidad de corto y largo plazo.

Desde 2011, Lutishia tiene una discapacidad por la artritis y las lesiones asociadas. Los pagos de su seguro por discapacidad compensaron una parte de los ingresos que perdió cuando ya no pudo trabajar.

En consecuencia, la pareja pudo manejar su economía sin ningún cambio considerable.

Tener el seguro por discapacidad de corto y largo plazo marcó una enorme diferencia, ya que supuso el apoyo económico que necesitaba la pareja cuando uno de ellos ya no pudo trabajar, explica Barker-White.

“Conozco a personas que trabajan en el sector privado y que no tienen acceso a un seguro por discapacidad mediante su empleador.

Pueden adquirirlo por su cuenta, pero la prima no es tan razonable como la que tenemos como empleados estatales”.

Barker-White aprecia el hecho de que el Estado cubra el costo total de la prima del seguro médico del empleado.

“Es otro valioso beneficio que hace que trabajar para el Estado sea atractivo”, expresa.

“Tener una buena cobertura de seguro es muy importante. Es posible que nunca se necesite (y ojalá sea así), pero, si uno la necesita, es probable que sea MUY necesaria. La vida se puede poner difícil rápidamente; por eso, lo mejor es tomar todas las precauciones”.

TEXFLEXSM

Participar en una o más de las cuentas de gastos flexibles (FSA) TexFlexSM le permite reservar dinero de su salario, antes de impuestos, para cubrir los gastos de bolsillo elegibles de atención médica y cuidado de dependientes. Su contribución de TexFlex se retiene automáticamente de su salario y se deposita en su cuenta todos los meses.

Antes de inscribirse, se recomienda que use las herramientas de la sección "Program Resources" (Recursos del programa) del sitio web de TexFlex [texflexers.com](https://www.texflexers.com) para calcular cuánto puede contribuir a cada cuenta.

El período de inscripción de verano es el único momento en el que puede cambiar la cantidad con la que contribuye a su FSA TexFlex, a menos que tenga un acontecimiento de vida calificado en el año del plan. Una vez inscrito, si no hace ningún cambio durante la inscripción de verano, su inscripción continuará y sus contribuciones anuales seguirán siendo iguales en el siguiente año del plan.

Ahorre en impuestos

El beneficio de las cuentas TexFlex es la capacidad de ahorrar en impuestos. Las contribuciones a una FSA se deducen antes de que usted pague impuestos sobre ingresos, lo que disminuye sus ingresos imponibles. El Servicio de Impuestos Internos (IRS) federal regula las FSA. El IRS determina en qué puede gastar los fondos de las FSA y fija fechas límite para el uso del dinero de sus FSA. Si no gasta el dinero de la FSA antes de esas fechas, podría perder al menos una parte. Si está pensando inscribirse, le recomendamos que use la planilla o la calculadora de contribuciones de [texflexers.com](https://www.texflexers.com) para decidir cuánto debería contribuir según sus gastos previstos.

Los empleados activos pueden ser elegibles para inscribirse en más de una cuenta TexFlex a la vez. Consulte el siguiente cuadro para conocer las reglas que se aplican a cada tipo de cuenta.

Si se inscribe en Consumer Directed HealthSelect, no puede inscribirse en una FSA para atención médica. Sin embargo, puede inscribirse en una FSA de uso limitado. Puede usar la FSA de uso limitado solo para gastos de bolsillo elegibles de atención dental y de la vista. Los gastos generales de atención médica elegibles para una FSA para atención médica (como consultas médicas y medicamentos recetados) NO son elegibles para una FSA de uso limitado.

Visite [texflex.payflex.com/texflex/program-resources.html](https://www.texflex.payflex.com/texflex/program-resources.html) para obtener más información.

¿Le sobra dinero TexFlex?

Atención médica o FSA de uso limitado: Al final del año del plan 2024 (del 1 de septiembre de 2023 al 31 de agosto de 2024), puede transferir los fondos que no haya usado o de uso limitado, entre \$25 y \$610 al año del plan 2025. Perderá los fondos que superen los \$610 si no los gasta antes de que termine el año del plan el 31 de agosto.

FSA para atención de dependientes: No puede transferir los fondos que no haya usado de una FSA para cuidado de dependientes, pero tiene más tiempo para usar esos fondos, lo que se denomina período de gracia. El período de gracia le da dos meses y medio más después de que termine el año del plan el 31 de agosto (hasta el 15 de noviembre) para usar el dinero que le haya sobrado en esa cuenta. Perderá los fondos del año del plan anterior que no use antes del 15 de noviembre.

Consulte el siguiente cuadro para obtener más información sobre los traspasos y el período de gracia. El dinero perdido se destina al fondo general de TexFlex para pagar los costos administrativos del programa.

Cómo pagar con TexFlex

Después de inscribirse en una FSA TexFlex para atención médica o de uso limitado, recibirá una tarjeta de débito por correo postal que podrá usar para pagar los gastos elegibles, como una receta médica o una consulta con el dentista. Si tiene una cuenta TexFlex para cuidado de dependientes, debe presentar un reclamo de reembolso después de que se hayan prestado los servicios elegibles. **No puede usar la tarjeta de débito TexFlex para pagar los gastos del cuidado de dependientes.**

En el caso de la FSA para atención médica y la FSA de uso limitado, puede elegir no usar la tarjeta de débito y, en cambio, presentar un reclamo de reembolso en línea o por correo postal o fax.

Si presenta un reclamo de reembolso en línea o por correo o fax, TexFlex le enviará un cheque por correo postal. Para obtener un reembolso más rápido, cree un depósito directo para que los fondos se depositen directamente en su cuenta bancaria en unos días.

Conserve sus recibos

Como las cuentas TexFlex están exentas de impuestos, el IRS exige que se validen todas las compras hechas con fondos de TexFlex.

PayFlex, el administrador de planes de TexFlex, puede pedirle que presente un comprobante de que usó sus fondos de TexFlex para pagar gastos elegibles. Recuerde **GUARDAR SUS RECIBOS**, independientemente de cómo pague. Si no puede presentar un recibo de una compra elegible que haya pagado con su tarjeta de débito TexFlex, PayFlex podría pedirle que reembolse los fondos a su cuenta. Su tarjeta de débito se suspenderá si no presenta la documentación de las compras hechas con la tarjeta que deban validarse.

Cuenta de gastos flexibles en el Año del plan 2024

Atención médica, propósito limitado y atención de dependientes

	FSA para atención médica	FSA de uso limitado (Solo para participantes de Consumer Directed HealthSelect)	FSA para atención de dependientes
Gastos elegibles Consulte la lista completa en https://texflex.payflex.com	<ul style="list-style-type: none"> Copagos, coseguros y otros cargos por gastos de bolsillo médicamente necesarios no cubiertos por el seguro ni reembolsados por otra fuente Copagos y deducible para medicamentos recetados Medicamentos de venta libre 	<ul style="list-style-type: none"> Gastos de la vista y dentales no cubiertos por el seguro ni reembolsados por otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Guardería, cuidado extraescolar y campamento diurno de verano para hijos dependientes menores de 13 años Programas de cuidados diurnos para adultos para las personas que califican
Contribución anual máxima	\$3,050 por participante	\$3,050 por participante	\$5,000 por grupo familiar
Disponibilidad de fondos	Elección total disponible a partir del 1 de septiembre	Elección total disponible a partir del 1 de septiembre	Fondos disponibles todos los meses a medida que se hacen las contribuciones
Tarjeta de débito (sin cargo)	Sí	Sí	No
Transferencia de fondos o período de gracia	Se permite hasta \$610 para trasladar del Año del plan 2024 (que termina el 31 de agosto de 2024) para el Año del plan 2025 (que empieza el 1 de septiembre de 2024). Los fondos no usados del Año del plan 2024 de más de \$610 se deben considerar perdidos).	Se permite hasta \$610 para trasladar del Año del plan 2024 (que termina el 31 de agosto de 2024) para el Año del plan 2025 (que empieza el 1 de septiembre de 2024). Los fondos no usados del Año del plan 2024 de más de \$610 se deben considerar perdidos).	Hay un período de gracia de 2½ del 1 de septiembre al 15 de noviembre de 2024. Cualquier fondo del Año del plan 2024 que no se use antes del 15 de noviembre de 2024 se perderá.
Período de validez	Presente los reclamos para gastos elegibles que pagó entre el 1 de septiembre de 2023 y el 31 de agosto de 2024 antes del 31 de diciembre de 2024.	Presente los reclamos para gastos elegibles que pagó entre el 1 de septiembre de 2023 y el 31 de agosto de 2024 antes del 31 de diciembre de 2024.	Presente los reclamos para gastos elegibles que pagó entre el 1 de septiembre de 2023 y el 15 de agosto de 2024 antes del 31 de diciembre de 2024.



Serena López

La participante del GBP Serena López ayuda a los empleados activos y jubilados a comprender qué opciones de beneficios son adecuadas para ellos. Para esta madre de tres hijos, TexFlex tiene sentido.

“TexFlex me permite reservar dinero sin impuestos para gastos médicos y reduce mis ingresos imposables”.

“Parece que mis hijos enferman de manera rutinaria en noviembre, justo cuando estoy empezando a hacer la lista de compras para las fiestas. Entonces, me alegra tener la cuenta TexFlex de gastos flexibles de atención médica para pagar las consultas con el médico y los medicamentos. Reservando cierta cantidad de mi salario mes a mes, sé que el dinero estará allí cuando lo necesite”.

Beneficios en la jubilación

La mayor parte de los beneficios para empleados (médicos, dentales, de vida, de la vista, por discapacidad y las cuentas de gastos flexibles) se ofrecen mediante el ERS. Cada sistema de jubilación tiene reglas específicas y estas reglas dependen de su empleador. Comuníquese con su sistema para obtener más información.

Empleador	Plan o sistema de jubilación	Información de contacto
Departamentos de Correcciones y Supervisión Comunitaria (CSCD)	Sistema de Jubilación de Condados y Distritos de Texas (TCDRS)	(800) 823-7782 tcdrs.org
Instituciones de educación superior	El Sistema de Jubilación de Maestros (TRS) o el programa de jubilación opcional (Optional Retirement Program, ORP) mediante la Junta Coordinadora de Educación Superior de Texas	TRS: (800) 223-8778, trs.texas.gov o (512) 427-6101 highered.texas.gov
Sistema de Jubilación de Condados y Distritos de Texas	TCDRS	(800) 823-7782 tcdrs.org
Sistema de Jubilación Municipal de Texas (TMRS)	TMRS	(800) 924-8677 tmrs.org
Sistema de Jubilación de Maestros de Texas	TRS	(800) 223-8778 trs.texas.gov
Distrito Escolar de Windham	TRS	(800) 223-8778 trs.texas.gov

El seguro médico en la jubilación

En la actualidad, el seguro para jubilados del GBP está disponible para los jubilados con al menos 10 años de servicio en una agencia estatal o una institución de educación superior que participe en el GBP. Un jubilado que cumpla este requisito es elegible para recibir los beneficios del seguro médico para jubilados del GBP a los 65 años o después de cumplir la Regla de 80. Usted cumple la Regla de 80 cuando la suma de su edad más la acumulación de tiempo de servicio (en meses y en años) es igual o superior a 80.

El servicio con un Distrito Escolar Independiente (ISD) no cuenta como crédito de servicio elegible según GBP para fines de jubilación y tampoco cuenta para la regla de 80 de ERS para la elegibilidad del seguro de jubilados a menos que el servicio de TRS se transfiera a ERS mediante una jubilación de ERS.

The University of Texas y Texas A&M University no participan en GBP, pero el servicio en cualquiera de estas instituciones de educación superior puede contar para la elegibilidad del seguro.

Si usted participa en ORP, necesitará una cuenta ORP de la que sea elegible para retirar fondos. Si retira o reinvierte la cuenta completa al jubilarse, no será elegible para el seguro para jubilados.

En el caso de los jubilados elegibles para el seguro médico del GBP, los niveles de contribución estatal varían según los años de servicio. Para obtener más información del seguro médico en la jubilación, visite <https://ers.texas.gov/Retirees/Health-Benefits-for-retirees>.

Al igual que todos los beneficios del GBP, el seguro médico para jubilados está sujeto a cambios sin aviso previo. La Asamblea Legislativa de Texas fija el nivel de financiamiento para esos beneficios y no tiene la obligación permanente de darlos más allá de cada año fiscal.

Plan Texa\$aver 457

Ahorre más para la jubilación con una cuenta Texa\$aver 457

TEXA\$AVER

457 Plan

Texa\$aver es un programa voluntario de remuneración aplazada que lo puede ayudar a ahorrar para la

jubilación. Una cuenta Texa\$aver 457 da la posibilidad de ahorrar mediante diversas oportunidades de inversión con tarifas más bajas que el promedio.

Si trabaja para una institución de educación superior, puede ser elegible para participar en Texa\$aver 457. Es posible que su pensión no tenga aumentos automáticos por el costo de vida, por lo que una cuenta Texa\$aver (u otra cuenta personal de ahorros de jubilación) podría ayudarlo a vivir con más comodidad cuando ya no esté trabajando.

Comuníquese con su coordinador de beneficios o con el departamento de RR. HH. para saber si su institución de educación superior participa.

El ERS administra el programa Texa\$aver, junto con un administrador externo, Empower Retirement.

Según su edad, una contribución mensual de \$68 en una cuenta Texa\$aver hasta que tenga 65 años puede convertirse en un pago mensual más alto para usted cuando se jubile.

Edad a la que empieza a aportar \$68 por mes	Pago mensual bruto desde los 65 hasta los 85 años, suponiendo que las inversiones producen una tasa de rendimiento del 6 %
30 años (inversión total de \$28,560)	\$694 (ahorros totales de \$96,880 + ganancias de inversión)
40 años (inversión total de \$20,400)	\$338 (ahorros totales de \$47,124 + ganancias de inversión)
50 años (inversión total de \$12,240)	\$142 (ahorros totales de \$19,776 + ganancias de inversión)
60 años (inversión total de \$4,080)	\$34 (ahorros totales de \$4,744 + ganancias de inversión)

Como ejemplo solamente, este escenario hipotético muestra posibles ingresos de jubilación. Nota:

- No es una proyección ni una predicción de resultados de inversiones futuras; tampoco como una planificación económica ni un consejo de inversión.
- Supone una tasa de rendimiento anual del 6 % en la fase de acumulación y la de retiro.
- Supone la reinversión de las ganancias y que el beneficiario viva 20 años jubilado.
- Las tasas de rendimiento pueden variar.
- Los pagos (también conocidos como retiros o distribuciones) de un plan de jubilación con impuestos diferidos pueden ser imposables como los ingresos normales.
- En el ejemplo, no se toman en cuenta los impuestos sobre ingresos aplicados a los pagos de una cuenta 401(k) o 457, ni los cargos, los gastos o las tarifas asociados. Los ingresos hipotéticos que se muestran se reducirían si se descontaran estos cargos o impuestos.

Comuníquese con su coordinador de beneficios o con su representante de RR. HH. para averiguar si su institución de educación superior participa.

Llame para pedir un paquete de bienvenida gratis de Texa\$aver o para obtener más información de cómo empezar.

Más información:

- www.texasaver.com
- (800) 634-5091

Tarifas administrativas de Texa\$aver

Las tarifas administrativas de las nuevas cuentas Texa\$aver no se cobrarán durante seis meses. Al final de ese período, se descontará una tarifa mensual de su cuenta. Las tarifas equivalen a \$1.50 por participante, por mes.

Saldo de la cuenta	Tarifa mensual (por participante, por cuenta)
Menos de \$1,000.00	\$1.50 para todos los participantes, independientemente del saldo de la cuenta
\$1,000.01 a \$16,000.00	
\$16,000.01 a \$32,000.00	
\$32,000.01 a \$48,000.00	
\$48,000.01 a \$64,000.00	
\$64,000.01 o más	

Transferencia de fondos de otras cuentas de jubilación a Texa\$aver

¿Tiene cuentas de ahorros de jubilación de otros empleos? Puede transferir o pasar dinero de un plan 401(k), 401(a) o 403(b) calificado de un empleador anterior elegible o de un plan gubernamental 457 a su cuenta Texa\$aver 457. También puede transferir dinero de una cuenta personal de jubilación (IRA) elegible. Los planes Texa\$aver 457 también aceptan transferencias Roth de otros planes calificados, pero no se puede transferir de cuentas IRA Roth a Texa\$aver.

Usted debería hablar sobre la transferencia de dinero de una cuenta a otra con su asesor/planificador financiero, teniendo en cuenta los potenciales cargos o limitaciones de las opciones de inversión.

Texa\$aver no está disponible para los empleados del CSCD, del TCDRS, del TMRS o del Distrito Escolar de Windham.

Tarifas para el año del plan 2024

Primas mensuales: (del 1 de septiembre de 2023 al 31 de agosto de 2024)

Empleados, jubilados que no son elegibles para Medicare, dependientes sobrevivientes y COBRA

Empleados a tiempo completo y jubilados no elegibles para Medicare

	Prima*	El Estado paga	Usted paga
HealthSelect of Texas®			
Solo usted	\$ 624.82	\$ 624.82	\$ 0.00
Usted y su cónyuge	1,340.82	982.82	358.00
Usted y sus hijos	1,104.22	864.52	239.70
Usted y su familia	1,820.22	1,222.52	597.70
Consumer Directed HealthSelect^{SM**}			
Solo usted	624.82	\$ 624.82	\$ 0.00
Usted y su cónyuge	1,305.02	982.82	322.20
Usted y sus hijos	1,080.24	864.52	215.72
Usted y su familia	1,760.44	1,222.52	537.92

*Incluye la prima que aplica para el seguro de vida a término básico

**La cantidad indicada en "El Estado paga" incluye una contribución mensual a la cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) de Optum Bank del miembro. Consulte la tabla de Contribución a la HSA de Consumer Directed HealthSelect abajo.

Empleados a tiempo parcial, jubilados que no son elegibles para Medicare, estudiantes graduados de posgrado/ayudantes de cátedra, postdoctorado y profesores adjuntos†

	Prima*	El Estado paga	Usted paga
HealthSelect of Texas®			
Solo usted	\$ 624.82	\$ 312.41	\$ 312.41
Usted y su cónyuge	1,340.82	491.41	849.41
Usted y sus hijos	1,104.22	432.26	671.96
Usted y su familia	1,820.22	611.26	1,208.96
Consumer Directed HealthSelect^{SM**}			
Solo usted	\$ 624.82	\$ 312.41	\$ 312.41
Usted y su cónyuge	1,305.02	491.41	813.61
Usted y sus hijos	1,080.24	432.26	647.98
Usted y su familia	1,760.44	611.26	1,149.18

*Incluye la prima que aplica para el seguro de vida a término básico

**La cantidad indicada en "El Estado paga" incluye una contribución mensual a la cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) de Optum Bank del miembro. Consulte la tabla de Contribución a la HSA de Consumer Directed HealthSelect abajo.

†El Estado no contribuye con el costo del seguro médico para los profesores adjuntos.

Aportación a cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) de Consumer Directed HealthSelectSM

	El Estado paga
Solo usted	\$ 45 por mes (\$540 por año)
Usted y su cónyuge	90 al mes (\$1,080 al año)
Usted y sus hijos	90 al mes (\$1,080 al año)
Usted y su familia	90 al mes (\$1,080 al año)

Una HSA es una cuenta de ahorros sin impuestos para gastos médicos calificados.

Puede recibir la contribución de "El Estado paga" a la HSA si usted:

- Está inscrito en Consumer Directed HealthSelect,
- Es elegible para que el Estado pague una parte de su prima médica y
- No elegibles para Medicare.

Seguro dental

DeltaCare® USA DHMO	Usted paga	
Solo usted	\$	9.59
Usted y su cónyuge		19.18
Usted y sus hijos		23.02
Usted y su familia		32.59

State of Texas Dental Choice Plan SM	Usted paga	
Solo usted	\$	28.73
Usted y su cónyuge		57.46
Usted y sus hijos		68.95
Usted y su familia		97.68

Seguro de la vista

State of Texas Vision SM	Usted paga	
Solo usted	\$	4.61
Usted y su cónyuge		9.22
Usted y sus hijos		9.91
Usted y su familia		14.52

Prima para consumidores de tabaco

Si usted o un familiar inscrito en el seguro médico están certificados como consumidores de tabaco, pagará una prima más para consumidores de tabaco de \$30, \$60 o \$90 al mes, según la cantidad de consumidores de tabaco o familiares no certificados cubra usted.

Los consumidores de tabaco de cualquier edad y adultos mayores de 18 años que no se puedan certificar	Prima mensual para consumidores de tabaco
Miembro o cónyuge o hijos* únicamente	\$30
Miembro + cónyuge o miembro + hijos* o cónyuge + hijos*	\$60
Familia (miembro + cónyuge + hijos*)	\$90

*El cargo por un hijo es el mismo, independientemente de cuántos hijos del grupo familiar consuman tabaco o de cuántos hijos cubiertos mayores de 18 años no estén certificados.

Si usted es consumidor de tabaco, es posible que pueda participar en una alternativa a la prima para consumidores de tabaco, si es adecuada para su estado médico y se ajusta a las recomendaciones de su médico. Visite www.ers.texas.gov/About-ERS/Policias/Tobacco-Policy-and-Certification para obtener más información.

Seguro de vida a término opcional

Seguro de vida a término opcional				
Edad	Elección 1 Salario anual x 1	Elección 2 Salario anual x 2	Elección 3* Salario anual x 3	Elección 4** Salario anual x 4
Tasa mensual por cada \$1,000 de sueldo anual				
Menos de 25	\$ 0.05	\$ 0.10	\$ 0.15	\$ 0.20
25 a 29	0.05	0.10	0.15	0.20
30 a 34	0.06	0.12	0.18	0.24
35 a 39	0.06	0.12	0.18	0.24
40 a 44	0.08	0.16	0.24	0.32
45 a 49	0.13	0.26	0.39	0.52
50 a 54	0.20	0.40	0.60	0.80
55 a 59	0.35	0.70	1.05	1.40
60 a 64	0.60	1.20	1.80	2.40
65 a 69	0.98	1.96	2.94	3.92
70 a 74	1.56	3.12	4.68	6.24
75 a 79	2.55	5.10	7.65	10.20
80 a 84	4.15	8.30	12.45	16.60
85 a 89	7.18	14.36	21.54	28.72
Más de 90	11.18	22.36	33.54	44.72

Después de los primeros 31 días de empleo, las elecciones 1 y 2 necesitan aprobación mediante la evidencia de asegurabilidad (EOI).

Las elecciones 3 y 4 siempre necesitan aprobación mediante la EOI.

Desde los 70 años, la cobertura del seguro de vida a término opcional se reduce a un porcentaje de su sueldo anual de la siguiente manera:

De 70 a 74 años	65 %
De 75 a 79	40 %
De 80 a 84	25 %
De 85 a 89	15 %
Mayor de 90 años	10 %

Seguro de vida fijo opcional para jubilados (póliza de \$10,000)

\$24.80 por mes para recibir \$10,000

Seguro de vida a término para dependientes

Empleado: \$1.45 por mes para recibir \$5,000
(incluye cobertura por AD&D de \$5,000)

Jubilado: \$3.23 por mes para recibir \$2,500

*El seguro de vida a término opcional con las elecciones 3 y 4, el seguro por AD&D y el seguro por discapacidad de corto y largo plazo no están disponibles para los jubilados.

†El seguro de vida a término opcional está limitado a un máximo de \$400,000 o cuatro veces su sueldo anual, lo que sea menor.

Seguro voluntario por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)*

Puede inscribirse en la cobertura por AD&D según la siguiente tabla:

Edad	Cobertura mínima	Cobertura máxima	Incrementos mínimos
Menos de 70	\$ 10,000	\$ 200,000	\$ 5,000
70 a 74	6,500	130,000	3,250
75 a 79	4,000	80,000	2,000
80 a 84	2,500	50,000	1,250
85 a 89	1,500	30,000	750
Más de 90	1,000	20,000	500

Solo usted

\$0.02 por cada \$1,000 de cobertura

Usted y su familia

\$0.04 por cada \$1,000 de cobertura

Texas Income Protection PlanSM (TIPP)*

Discapacidad de corto plazo	Discapacidad de largo plazo
\$0.24 por cada \$100 de sueldo mensual	\$0.68 por cada \$100 de sueldo mensual

Más información sobre sus beneficios en el estado de Texas

Sitio web de ERS: ers.texas.gov

El sitio web del ERS tiene información y herramientas para ayudarlo a obtener el mayor provecho de sus beneficios. Use la función "Search" (Buscar) para encontrar información detallada sobre el seguro del ERS, la jubilación y los beneficios relacionados.

Boletín mensual *Novedades sobre sus beneficios*

Este boletín electrónico incluye información de los programas disponibles, bienestar, los planes médicos y otros beneficios. Puede suscribirse para recibir este boletín y otras novedades todos los meses por correo electrónico en service.govdelivery.com/accounts/TXERS/subscriber/new?topic_id=TXERS_45.

Su estado de cuenta trimestral de Texa\$aver

Todos los trimestres recibirá un estado de cuenta de Texa\$aver, actualmente administrado por Empower Retirement, en el que se detallarán el saldo de su cuenta Texa\$aver y las opciones de inversión.

Su informe personal de inscripción en los beneficios

Todos los años, antes del período de inscripción de verano, el ERS le enviará un informe personalizado en el que se detallarán su cobertura actual, los costos y las opciones para el siguiente año del plan. Podrá hacer cambios todos los años durante el período de inscripción de verano. Debe revisar este informe incluso si no piensa hacer ningún cambio.

Su coordinador de beneficios

Pida ayuda al coordinador de beneficios o al representante de RR. HH. de su agencia para inscribirse en los beneficios del seguro y entenderlos.

Contactar a ERS Benefits Counseling fuera del horario regular:

Para tener acceso 24/7 a información automatizada sobre los beneficios del seguro y de la jubilación, llame gratis al (877) 275-4377.

Presentaciones y eventos

El ERS organiza seminarios, webinarios, ferias y otros eventos durante el año.

- **Ferias y seminarios web para inscripción de verano:** Cada año durante el período de inscripción de verano, ERS y nuestros administradores del programa GBP ofrecen seminarios web y viajan por todo el estado para informar a los empleados y jubilados pre-Medicare sobre cualquier cambio en los beneficios para el próximo año del plan. En estos seminarios web, compartimos maneras en las que puede aprovechar al máximo los beneficios del GBP.
- **Listo, preparado, jubílese:** Este es un seminario web gratis de 90 minutos que se hace en todo el estado sobre la jubilación del ERS y el programa Texa\$aver 401(k)/457.
- **Preparación para Medicare:** Esta presentación, que se hace en todo el estado y a modo de seminario web, ayuda a quienes están por alcanzar la elegibilidad para Medicare a comprender cómo es la inscripción y cómo funciona Medicare con el seguro médico del estado.
- **Salud y bienestar:** El ERS organiza eventos y seminarios web sobre bienestar que le dan las herramientas que usted necesita para tomar el control de su salud.

Para ver una lista de los próximos eventos o para registrarse, visite <https://ers.texas.gov/Event-Calendar/>.

Designe a sus beneficiarios

No tiene la obligación de hacerlo en el primer mes, pero es una buena idea que designe tan pronto como pueda a los beneficiarios del seguro de vida, del saldo de su cuenta de jubilación del Estado de Texas y de la cuenta Texa\$aver.

- En el caso del seguro de vida y de la jubilación del Estado de Texas, inicie sesión en su cuenta de ERS OnLine. Deberá decir el número de seguro social, la fecha de nacimiento y la dirección postal de sus beneficiarios.
- Para Texa\$aver, descargue un formulario de designación de beneficiarios en el sitio web en texasaver.empower-retirement.com/.

Podrá encontrar instrucciones sobre cómo designar a sus beneficiarios para cada tipo de cuenta en <https://ers.texas.gov/Contact-ERS/Additional-Resources/Update-Your-Beneficiaries>.

Explicación de términos relacionados con los seguros

Facturación del saldo	Situación en la que un paciente adeuda a un proveedor fuera de la red la diferencia entre la cantidad facturada por el proveedor y la cantidad que paga el plan, después de que el miembro del GBP paga los deducibles, los copagos o el coseguro que corresponden. Un proveedor dentro de la red no puede facturarle el saldo.
Copago	Una cantidad fija que usted paga por un servicio médico cubierto, generalmente en el momento en el que recibe el servicio. Por ejemplo, HealthSelect of Texas tiene \$25 de copago por consulta con su proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red para atención no preventiva. Si consulta a su PCP por un dolor de garganta, pagará \$25 antes de irse del consultorio del médico.
Coseguro	Un porcentaje de la cantidad permitida para un servicio o producto cubierto que usted debe pagar para recibir servicios cubiertos de atención médica y medicamentos recetados.
Deducible	La cantidad que usted debe pagar por los gastos cubiertos de atención médica o medicamentos recetados antes de que el plan comience a pagar los servicios (excepto la atención preventiva dentro de la red) cada año. Por ejemplo, si tiene un deducible para medicamentos recetados de \$50, usted debe pagar el costo total de los primeros \$50 de medicamentos recetados cubiertos. Los deducibles de los planes HealthSelect se restablecen el 1 de enero.
Límite máximo de gastos de bolsillo totales	La cantidad máxima que usted y sus dependientes cubiertos deben pagar por los copagos, el coseguro y los deducibles dentro de la red en un año. Estas cantidades máximas lo protegen de los costos médicos catastróficos. Todos los planes médicos tienen los mismos límites máximos de gastos de bolsillo totales para los costos médicos y de medicamentos recetados cubiertos dentro de la red. Los límites máximos de gastos de bolsillo totales se restablecen el 1 de enero para los planes HealthSelect.
Gastos de bolsillo máximos por coseguro	La cantidad máxima que deberá pagar cada año por el coseguro para los servicios médicos cubiertos. Esta cantidad no incluye los copagos. El gasto máximo de bolsillo por coseguro se restablece el 1 de enero para los planes HealthSelect.
Evidencia de asegurabilidad (EOI)	Prueba de buena salud, verificada durante un proceso de solicitud para ciertos tipos de seguro, como el seguro de vida y por discapacidad. Durante este proceso, usted presenta información de su salud.
Primas mensuales	El costo que paga todos los meses para tener cobertura de seguro médico.
Año del plan	En los planes del GBP, el año del plan va desde el 1 de septiembre hasta el 31 de agosto. Sin embargo, ciertos aspectos de algunos de los planes se basan en el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre).
Administrador externo (TPA)	La empresa contratada por el ERS para administrar ciertos aspectos de muchos de nuestros planes de beneficios. Por ejemplo, Blue Cross and Blue Shield of Texas es el TPA de los planes médicos HealthSelect of Texas y Consumer Directed HealthSelect. Como tal, administra la red de proveedores, procesa reclamos (el ERS paga los reclamos) y da atención al cliente. Contratando a los TPA, el ERS ahorra dinero en costos administrativos.

Consejos para ahorrar dinero en los planes HealthSelect

Aprovechar al máximo sus beneficios de HealthSelect puede necesitar un poco más de esfuerzo. Obtenga información sobre su cobertura, confirme que todos los proveedores estén en la red, consiga remisiones cuando sea necesario y opte por los proveedores y los medicamentos de menor costo cuando sea apropiado. Tomar esas medidas extra lo ayudará a ahorrar dinero (en algunas ocasiones, mucho), a evitar facturas inesperadas y, al mismo tiempo, a recibir atención de calidad.

Reciba atención de un proveedor dentro de la red

Los proveedores dentro de la red tienen un contrato para dar atención a una tarifa más baja negociada por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX), el administrador externo de los planes HealthSelect. Por lo tanto, suelen tener un costo menor que un proveedor fuera de la red. BCBSTX también se asegura de que tengan las credenciales para dar atención adecuada y de alta calidad.

Los proveedores fuera de la red no tienen un contrato con BCBSTX para aceptar la cantidad más baja. Si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que usted sea responsable de la diferencia entre lo que generalmente paga el plan (la cantidad permitida) y lo que cobra el proveedor, y los deducibles, el coseguro y los copagos fuera de la red que correspondan.

Llame a BCBSTX o visite healthselectoftexas.com y haga clic en “Find a Doctor/Hospital” (Encontrar un médico/hospital) para encontrar proveedores dentro de la red de su plan médico. Llame a OptumRx o visite healthselectrx.com para encontrar farmacias dentro de la red.

Considere hacer una consulta virtual cuando corresponda, por motivos médicos o de salud mental.

Las consultas de salud mental virtuales mediante Doctor on Demand® y MDLIVE® están cubiertas al 100 % si usted está inscrito en HealthSelect of Texas, HealthSelectSM Out-of-State o HealthSelectSM Secondary. Si está inscrito en Consumer Directed HealthSelect, debe alcanzar el deducible anual. Una vez que alcance el deducible, pagará un 20 % de coseguro. Las consultas virtuales son más convenientes, ya que le permiten consultar a un médico certificado por la Junta o un profesional de salud mental por teléfono, tableta o computadora, desde su casa o desde cualquier lugar donde tenga acceso a Internet. Obtenga más información en healthselect.bcbstx.com/content/medical-benefits/virtual-visits.

En HealthSelect of Texas, elija un PCP y reciba remisiones cuando las necesite.

Si está inscrito en HealthSelect of Texas, debe designar a un proveedor de atención primaria (PCP) registrado en BCBSTX y asegurarse de que la remisión del PCP esté registrada en BCBSTX antes de consultar a la mayoría de los especialistas. De lo contrario, la consulta con el especialista se considerará fuera de la red, incluso si el especialista está en la red de HealthSelect. Puede verificar si la remisión está registrada llamando a BCBSTX o iniciando sesión en su cuenta de Blue Access for Members en healthselectoftexas.com. (Para algunas consultas con especialistas, no se necesitan remisiones. Averigüe cuáles son en el sitio web de HealthSelect o llamando a BCBSTX).

Use la herramienta “Localizador de proveedores”

Puede calcular los costos médicos y comparar los costos de diferentes proveedores. Inicie sesión en su cuenta de Blue Access for Members y haga clic en la pestaña “Doctors & Hospitals” (Médicos y hospitales) en la parte superior de la pantalla. Elija “Find a Doctor or Hospital” (Encontrar un médico o un hospital) y use “Provider Finder” (Localizador de proveedores) para calcular los costos médicos con diferentes proveedores dentro de la red. Con el Localizador de proveedores, podrá:

- Comparar los costos de diferentes procedimientos y proveedores dentro de la red.
- Comparar las calificaciones de calidad de esos proveedores.
- Calcular los gastos de bolsillo.
- Analizar sus opciones de tratamiento.
- Ahorrar dinero y aprovechar al máximo sus beneficios de atención médica.

Compare los costos antes de ir

Puede encontrar los proveedores de menor costo dentro de la red para varios procedimientos y servicios en su área:

1. Inicie sesión en su cuenta de Blue Access for Members (Blue Access para miembros) en healthselectoftexas.com.
2. Desplácese hasta la parte inferior de la página y haga clic en **Cost Estimator** (Calculadora de costos).
3. Escriba la información que se pide para comparar los costos de la atención con diferentes proveedores dentro de la red.

También puede ahorrar dinero en medicamentos recetados; para ello, inicie sesión en su cuenta de OptumRx en healthselectrx.com y use la Drug Pricing Tool (Herramienta de cálculo de precios de medicamentos) para comparar el costo de un medicamento en las farmacias dentro de la red o averiguar lo que ahorraría usando la farmacia de pedido por correo postal.

Participe en HealthSelectShoppERSSM.



Puede ganar recompensas cuando elige ahorrar con HealthSelectShoppERS en ciertos servicios médicos. HealthSelectShoppERS es un programa de ahorros y compras de atención médica disponible para los empleados activos elegibles para los beneficios que estén inscritos en HealthSelect of Texas[®], HealthSelectSM Out-of-State o Consumer Directed HealthSelectSM. Los jubilados, los participantes principales de Medicare, los miembros de COBRA y los participantes secundarios de HealthSelectSM no son elegibles para el programa HealthSelectShoppERS.

HealthSelectShoppERS puede ayudarlo a:

- Comparar los costos de varios procedimientos de atención médica.
- Calcular los gastos de bolsillo.
- Ganar recompensas para ciertos servicios y procedimientos médicos cuando busca atención y elige los proveedores de menor costo.
- Ahorrar dinero y aprovechar al máximo sus beneficios de atención médica.

¿Cómo funciona el programa HealthSelectShoppERS?

Después de que su proveedor de atención primaria (PCP) o especialista recomiende un servicio o procedimiento médico elegible para HealthSelectShoppERS, siga estos pasos:

1. Inicie sesión en Blue Access for Members en **healthselectoftexas.com**, haga clic en la pestaña “Doctors and Hospitals” (Médicos y hospitales) y luego en el enlace “Find a Doctor or Hospital” (Buscar un médico o un hospital).
2. En el buscador de proveedores, seleccione “Browse by Category” (Buscar por categoría) y escriba el nombre del procedimiento para hacer la búsqueda.
3. En la lista de proveedores de atención médica (centros) que hacen el procedimiento, siga las indicaciones para elegir un proveedor de calidad y bajo costo que califique para una recompensa de HealthSelectShoppERS.
4. Reciba el servicio o procedimiento médico en el centro elegible para HealthSelectShoppERS.
Nota: Es posible que se necesite una remisión o autorización previa para su procedimiento. Si tiene preguntas sobre remisiones o autorizaciones previas, llame sin costo a un asistente personal de salud de BCBSTX al (800) 252-8039, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., y los sábados, de 7:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora central).
5. Cuando se haya completado el servicio o procedimiento médico, el proveedor presentará el reclamo a BCBSTX para su procesamiento. Una vez que BCBSTX procese el reclamo, y siempre que usted todavía sea elegible, el ERS depositará su recompensa en su cuenta de gastos flexibles (FSA) TexFlex para atención médica o de uso limitado. Si no tiene una FSA TexFlex para atención médica o de uso limitado antes de obtener una recompensa, el ERS le abrirá una.

Puede ganar hasta \$500 en recompensas, en total por familia, cada año del plan. Para obtener más información, consulte las preguntas frecuentes de HealthSelectShoppERS en **healthselectoftexas.com**.

Confirme el estado de la red y los costos de consultas médicas, exámenes de laboratorio, radiología y otros servicios.

- Si el médico le pide exámenes de laboratorio o estudios por imágenes, confirme que el laboratorio o el centro de diagnóstico por imágenes esté en la red de HealthSelect llamando a BCBSTX o visitando la página “Find a Doctor/Hospital” (Buscar un médico/hospital) de **healthselectoftexas.com**.
- Averigüe cuánto podría costar un examen antes de aceptarlo.

Confirme el estado de la red de centros, centros quirúrgicos y salas de emergencias.

- Si es posible, confirme con antelación si el centro, los centros quirúrgicos o la sala de emergencias están en la red de su plan médico. La mayoría de las salas de emergencias independientes que no está afiliada a un hospital no está en la red de HealthSelect.

Use el buscador de proveedores para encontrar las salas de emergencias y los centros de atención de urgencia dentro de la red más cercanos a su casa, trabajo y otros lugares en los que pasa mucho tiempo, antes de que necesite atención de emergencia o urgencia.

- De ser posible, confirme que todos los proveedores involucrados en su atención estén dentro de la red de HealthSelect. Esto incluye, entre otros, servicios de anestesia, patología, radiología, operación y asistentes de operación. El folleto Where to Go for Care (Dónde ir para buscar atención) **<https://healthselect.bcbstx.com/pdf/where-to-go-for-care.pdf>** da información sobre cuánto pueden variar los costos de bolsillo según el proveedor.
- Si tiene una emergencia médica verdadera, llame a una ambulancia o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Para ver más consejos sobre cómo usar su dinero para atención médica de manera inteligente y evitar costos inesperados de atención médica, visite **ers.texas.gov/Avoiding-Unexpected-Health-Costs**.

Comprenda sus beneficios

Llame sin costo a un asistente personal de salud de BCBSTX al (800) 252-8039, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., y los sábados, de 7:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora central).

Los asistentes personales de salud de BCBSTX están para ayudarlo a comprender y usar los beneficios de HealthSelect. Pueden:

- Responder preguntas sobre sus beneficios.
- Ayudar con las autorizaciones previas y las remisiones.
- Darle información de los programas y los beneficios disponibles para usted.
- Ayudarlo a encontrar un proveedor dentro de la red.
- Explicar los costos de la atención médica y las opciones de atención.
- Informarlo de los costos calculados de los servicios.
- Programar o cancelar citas médicas.
- Ayudarlo a usar las herramientas de autoservicio y conectarlo con otros recursos.

También puede visitar healthselectoftexas.com para obtener más información sobre los beneficios de HealthSelect, encontrar un proveedor dentro de la red, ver reclamos y explicaciones de beneficios (EOB), y mucho más.

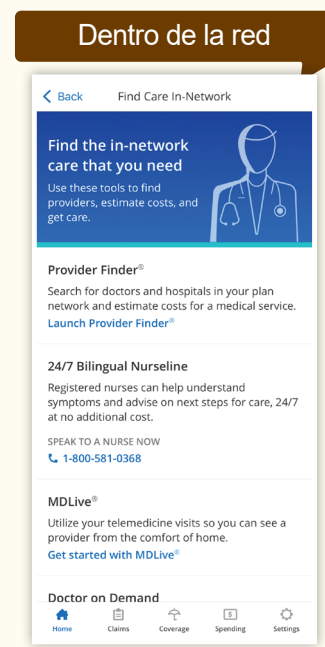
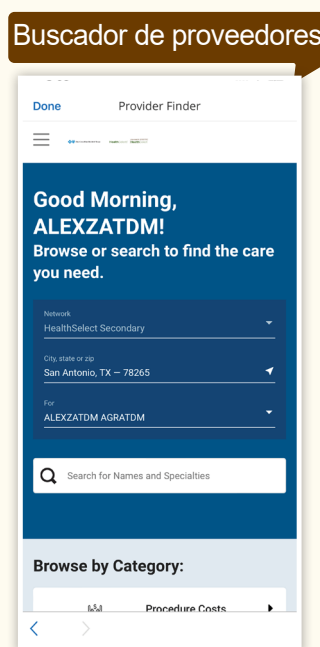
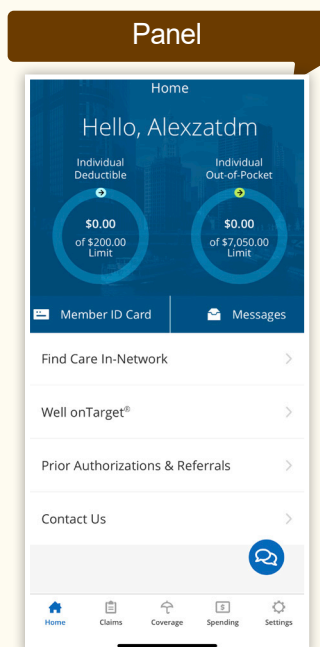


Use las salas de emergencias solo para emergencias

¿Sabía que ir a una sala de emergencias puede costarle cinco veces más que ir a un centro de atención de urgencia? ¿Sabía también que al plan le puede costar 10 veces más y, en ocasiones, una cantidad mayor? Un procedimiento que a su plan médico le cuesta \$100 en un centro de atención de urgencia le puede costar más de \$1,000 en una sala de emergencias. ¿Por qué debería importarle? Cuando aumentan los costos del plan, aumentan las primas. Ayude a mantener los costos bajos. Si tiene un proveedor de atención primaria, a menudo puede programar una visita en el consultorio para el mismo día. Los centros de atención de urgencia tienen horarios extendidos para cuando ocurre algo imprevisto. Ahorre dinero y reserve la visita en la sala de emergencias para accidentes y enfermedades que ponen en riesgo la vida.

Tenga la información del plan a mano con la aplicación móvil de BCBSTX

Descargue la aplicación móvil enviando "BCBSTXAPP" por mensaje de texto al teléfono 33633.



Información de contacto

Seguro médico

Plan	Administrador	Teléfono	Sitio web
HealthSelect of Texas® HealthSelect SM Out-of-State Consumer Directed HealthSelect SM	Blue Cross and Blue Shield of Texas Número de grupo: 2380000	Llamada sin costo: (800) 252-8039 (TTY: 711) Línea de enfermería: (800) 581-0368	www.healthselectoftexas.com
Programa de Medicamentos Recetados HealthSelect SM	Optum Rx hasta el 31 de diciembre de 2023 NOTA: Los cambios de administrador de Express Scripts el 1 de enero de 2024. Se dará más información en el otoño de 2023.	Llamada sin costo: (855) 828-9834 (TTY: 711)	www.HealthSelectRx.com
Cuentas de ahorros para la salud (HSAs) Consumer Directed HealthSelect	Optum Bank	Llamada sin costo: (800) 791-9361 (TTY: 711)	www.optumbank.com

Seguro dental

Plan	Administrador	Teléfono	Sitio web
PPO State of Texas Dental Choice Plan SM	Delta Dental Número de grupo: 20010	Llamada sin costo: (888) 818-7925 (TTY: 711)	www.ERSdentalplans.com
DeltaCare® USA DHMO	Delta Dental Número de grupo: 79140		

Seguro de la vista

Plan	Administrador	Teléfono	Sitio web
State of Texas Vision SM	EyeMed Vision Care, LLC Número de grupo: 1050072	Llamada sin costo: (844) 949-2170 (TTY: 711)	www.StateofTexasVision.com

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

Plan	Administrador	Teléfono	Sitio web
Seguro básico de vida a término y de AD&D Seguro de vida a término opcional Seguro de vida a término para dependientes Seguro voluntario AD&D	Securian Financial Group, Inc.	Llamada sin costo: (877) 494-1716 (TTY: 711)	www.lifebenefits.com/plandesign/ers

Seguro por discapacidad de corto y largo plazo

Plan	Administrador	Teléfono	Sitio web
Texas Income Protection Plan SM (TIPP)	Alight, Inc. (antes Reed Group Management, LLC) Evidencia de asegurabilidad garantizada por Guardian Life Insurance	Llamada sin costo: (855) 604-6230 (TTY: 711) Preguntas del seguro EOI - Requested_Information@glic.com	www.texasincomeprotectionplan.com

Otros programas

Plan	Administrador	Teléfono	Sitio web
TexFlex SM	Payflex® Systems, Inc.	Llamada sin costo: (866) 353-9839 (TTY: 711)	www.texflexers.com
Plan Texa\$aver SM 457	Empower Retirement	Llamada sin costo: (800) 634-5091 (TTY: [800] 766-4952)	www.texasaver.com
Verificación de elegibilidad de dependientes	Alight Solutions	Llamada sin costo: (800) 987-6605 (TTY: 711)	www.yourdependentverification.com/plan-smart-info
Programa de Compra con Descuento	Beneplace	Llamada sin costo: (800) 683-2886 (TTY: 711) Local: (512) 346-3300	www.Beneplace.com/DiscountProgramERS

Empleados del Sistema de Salud y Servicios Humanos: DADS, DFPS, DSHS, HHSC, CPRIT

El Centro de Servicios para Empleados del HHS es su coordinador de beneficios. Comuníquese con el Centro llamando sin costo al: (888) 894-4747.

Enlaces rápidos a los beneficios

Los beneficios valiosos disponibles para usted como empleado estatal están destinados a ayudarlo a cuidarse a usted mismo y a su familia mientras presta servicios vitales a la población de Texas. La cobertura médica y el plan de jubilación son competitivos con los beneficios ofrecidos por otros empleadores del gobierno y del sector privado. Los beneficios opcionales, como el seguro dental y de visión, y el Programa Texa\$averSM 401(k)/ 457, son financiados completamente por los miembros que participan en ellos. ERS supervisa los beneficios y contrata a administradores de terceros (TPA) que ayudan a manejar algunos aspectos de nuestros programas. Los TPA ayudan a mantener bajos los costos administrativos para garantizar el mejor valor para nuestros miembros.

Use los siguientes enlaces rápidos para encontrar información sobre la cobertura, la elegibilidad, el ahorro para la jubilación, el bienestar, eventos y otros recursos de ERS. Los coordinadores de beneficios o el equipo de Recursos Humanos de su agencia también pueden responder preguntas y ofrecer orientación.



Resumen de beneficios

<https://ers.texas.gov/benefits-at-a-glance>



Beneficios para empleados nuevos

<https://ers.texas.gov/new-employee>



Seguro médico

<https://ers.texas.gov/Active-Employees/Health-Benefits>



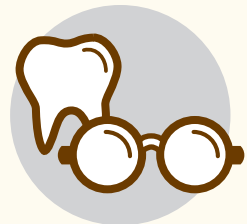
Elegibilidad

<https://ers.texas.gov/Benefits-at-a-Glance/GBP-Eligibility>



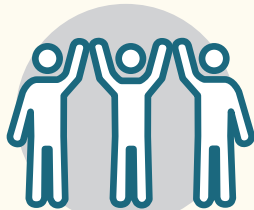
Texa\$aver

[https://ers.texas.gov/Active-Employees/Retirement/Benefits-of-Texa %24aver-Program](https://ers.texas.gov/Active-Employees/Retirement/Benefits-of-Texa-%24aver-Program)



Beneficios opcionales

<https://ers.texas.gov/Benefits-at-a-Glance/Optional-Add-on-Benefits>



Programas de bienestar

<https://ers.texas.gov/Wellness-Resources-en/Wellness-Active>



Acontecimiento de ERS

<https://ers.texas.gov/Event-Calendar>

Aviso de cobertura acreditable: Plan año 2024

Este aviso se aplica a usted si:

- Tiene derecho a recibir la Parte A de Medicare o está inscrito en la Parte B de Medicare, y
- Está inscrito en el seguro médico del programa de beneficios de grupo para empleados de Texas. Programa de beneficios de grupo para empleados de Texas

Aviso importante del Sistema de Jubilación de Empleados (ERS) de Texas sobre la cobertura de medicamentos recetados del Programa de Beneficios Grupales (GBP) para empleados de Texas y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (a veces denominada Parte D).

Lea este aviso atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. En este momento, no es necesario que haga nada.

La ley federal exige al ERS que envíe este aviso a las personas que pueden ser elegibles para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y están inscritas en el seguro médico que forma parte del GBP del Estado de Texas. Usted tiene la cobertura de medicamentos recetados del GBP mediante su inscripción en uno de los planes médicos del GBP.

Este aviso incluye:

- Información importante sobre su cobertura actual de medicamentos recetados.
- Respuestas que lo ayudarán a decidir si debería adquirir la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Números de contacto para obtener más información.
- Un documento que podrá usar más adelante para evitar una penalización por inscripción tardía en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

P. ¿Qué es la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (a veces llamada “Parte D”)?

R: La cobertura de medicamentos recetados de Medicare es un programa de medicamentos recetados para las personas que califican para la Parte A o la Parte B de Medicare. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó el 1 de enero de 2006.

P. ¿Qué es la cobertura acreditable? ¿La cobertura del GBP se ajusta a esta definición?

R: La cobertura de medicamentos recetados del GBP ha sido examinada por los actuarios consultores del ERS y se espera que pague, en promedio, para todos los participantes del plan, lo mismo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Por lo tanto, se considera que la cobertura del GBP es acreditable.

P. ¿Por qué es importante la cobertura acreditable para los participantes del GBP elegibles para Medicare?

R: Como usted tiene cobertura acreditable con el GBP, la Administración del Seguro Social (SSA) ha manifestado que usted no tendrá que pagar una penalización si más adelante se une a un plan privado de medicamentos recetados de Medicare. Todos los años, hay un período de inscripción que permite que las personas con Medicare se inscriban en la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare. Aunque tendrá la oportunidad de inscribirse todos los años, en general debería pagar una penalización si se inscribe después de la fecha inicial de elegibilidad. Sin embargo, como tiene una cobertura acreditable con el GBP, puede elegir unirse a un plan privado de medicamentos recetados de Medicare más adelante sin pagar una penalización.

P. ¿Debo inscribirme en la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare?

R: La mayoría de los participantes del GBP elegibles para Medicare NO debe inscribirse en la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare porque, para la mayoría de las personas, la cobertura de medicamentos recetados del GBP tendrá mejores beneficios a un costo más bajo. Si usted califica para recibir asistencia económica, podría beneficiarse de la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare y ahorraría en las primas, los copagos y el coseguro.

P. ¿Cómo sé si califico para recibir asistencia económica con la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare?

R: La asistencia económica está disponible para los beneficiarios de Medicare con ingresos de hasta el 150 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y con recursos limitados. El FPL se fija todos los años. El ERS no hace esa determinación ni establece las directrices. Para determinar si califica para recibir asistencia económica con la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare, debe llamar sin costo a SSA al (800) 772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar sin costo al (800) 325-0778. También pueden visitar el sitio web de la SSA, www.socialsecurity.gov.

P. ¿Es gratis la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare?

R: No. Si se inscribe en la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare, pagará una prima mensual. Es probable que esta cantidad aumente todos los años. También deberá pagar los deducibles y los copagos de la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare. En la actualidad, el deducible puede alcanzar los \$505 y aumentará a \$545 en 2024.

P. ¿Cómo funciona la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare?

R: La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se ofrece mediante planes privados de medicamentos recetados que Medicare ha aprobado. Todos los planes privados de medicamentos recetados de Medicare tienen un nivel de cobertura estándar determinado por Medicare. Algunos planes también podrían ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta. Si se inscribe en un plan privado de medicamentos recetados de Medicare, recibirá una tarjeta para medicamentos recetados que presentará en su farmacia para cubrir una parte de los costos de sus medicamentos recetados.

P. ¿Tendrá la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare algún efecto en mi plan médico del GBP?

R: Sí, si el plan privado de medicamentos recetados de Medicare también incluye cobertura de seguro médico de Medicare Advantage. Las reglas de Medicare no permiten que usted esté inscrito al mismo tiempo en un plan de Medicare Advantage del GBP (HealthSelectSM Medicare Advantage) y en un plan privado de medicamentos recetados de Medicare que incluya la cobertura de seguro médico de Medicare Advantage. Si se inscribe en una cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare y esta incluye un plan médico de Medicare Advantage, su cobertura de seguro médico del plan HealthSelect Medicare Advantage se cancelará y lo inscribirán automáticamente en su plan anterior que no pertenece a Medicare Advantage en el GBP. Si está inscrito en un plan médico del GBP que no sea de Medicare, no habrá ningún cambio en su cobertura de seguro médico.

Si se inscribe en HealthSelect Medicare Advantage del ERS y no rechaza la cobertura de medicamentos recetados HealthSelectSM Medicare Rx del ERS, su cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare se cancelará.

NOTA: *Usted puede recibir este aviso en otros momentos en el futuro, como antes del siguiente período en el que se puede inscribir en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare o si esta cobertura cambia. También puede pedir una copia de este aviso llamando sin costo a ERS al (877) 275-4377.*

P. ¿Tendrá la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare algún efecto en HealthSelect Medicare Rx?

R: Sí. Las reglas de Medicare no permiten que esté en dos planes diferentes de medicamentos recetados de Medicare al mismo tiempo. Si se inscribe en un plan privado de medicamentos recetados de Medicare, dejará de ser elegible para el plan HealthSelect Medicare Rx y perderá toda la cobertura de medicamentos recetados que reciba mediante el ERS.

P. Se recomendó a la mayoría de los participantes del GBP que no se inscriba en la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare el año pasado. ¿Qué pasará en los próximos años?

R: No es necesario que se inscriba en la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare para el próximo año del plan. Sin embargo, debe saber que si pierde o renuncia a su cobertura con el GBP y no se inscribe en la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare en el plazo de 63 días después de finalizada su cobertura actual en el GBP, es posible que deba pagar más para inscribirse en la cobertura privada de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

P. ¿Dónde puedo obtener más información?

R: Encontrará más información detallada sobre los planes privados de Medicare que incluyen cobertura de medicamentos recetados en el manual *Medicare y usted*. Es posible que Medicare le haya enviado una copia del manual por correo postal. El manual también está en el sitio web que está abajo. Los planes privados y aprobados de medicamentos recetados de Medicare también se pueden comunicar con usted directamente. Para obtener más información de los planes privados de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- Llame al programa estatal de asistencia en seguros médicos (State Health Insurance Assistance Program). (Consulte su copia del manual *Medicare y usted* para ver su teléfono).
- Llame a la línea gratuita (800) MEDICARE ([800] 633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 486-2048.

Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los planes de medicamentos recetados aprobados por Medicare en una fecha posterior, es posible que deba presentar una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar que no tiene la obligación de pagar primas más altas.

El Sistema de Jubilación para Empleados (ERS) de Texas cumple todas las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El ERS presta servicios y ayuda lingüística gratis, como información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos), intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al: 1-877-275-4377 (TDD: 711).

Si usted considera que el ERS no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otro modo por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo postal, fax o correo electrónico:

Correo postal: Section 1557 Coordinator Employees Retirement System of Texas

P.O. Box 13207, Austin, TX 78711

Fax: 512-867-3480

Correo electrónico: 1557coordinator@ers.texas.gov

Para obtener más información, visite: www.ers.texas.gov

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) en línea, por correo postal o por correo electrónico:

En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Correo postal: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201.

Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Visite <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html> para obtener más información.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you.	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
CHU Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوافر لك بالمجان.	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ.

1-877-275-4377



Sistema de Jubilación de Empleados de Texas

Siempre disponible en línea en www.ers.texas.gov

Acceso a información automatizada de los beneficios de su seguro y su jubilación 24/7:

Para hablar con un representante, llame al (877) 275-4377 (TDD: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. CT.

Agosto de 2023