

2020

BENEFIT GUIDE

—
BUFORD CITY
SCHOOLS



INTRODUCCIÓN

Quién es elegible

- Todos los empleados a tiempo completo son elegibles para inscribirse en los beneficios que se describen en esta guía.
- La elegibilidad específica de los planes se indica en la parte superior de cada página.

Cómo inscribirse

- Verifique su información personal y realice cualquier cambio si es necesario.
- Haga su elecciones de beneficios y verifique sus beneficiarios.
- Una vez que haya hecho sus elecciones, no podrá realizar cambios hasta que inicie el próximo período de inscripción, a menos que experimente un evento de vida que califique.

Cuándo inscribirse

- Nueva contratación: Inscribáse dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación.
- El período de inscripción anual del Plan de Beneficios Médicos del Estado (State Health Benefit Plan, SHBP) se celebra en el otoño (de octubre a noviembre).
- La inscripción de beneficios voluntaria anual es en primavera (marzo), con una fecha de entrada en vigor para cualquier cambio realizado del 1° de julio de ese año calendario.

Cómo realizar cambios

- Una vez que haga sus elecciones de beneficios como un nuevo empleado o durante la Inscripción abierta, no puede realizar cambios a esas elecciones hasta el próximo período de Inscripción abierta.
- La única excepción es un evento de vida que califique, lo que le permite realizar cambios elegibles a sus elecciones de beneficios durante al año del plan.
- Para presentar un evento de vida que califica, envíe un correo electrónico a mybenefits@campusbenefits.com o llame al 866-433-7661.

AÑO DEL PLAN DE BENEFICIOS DEL CAMPUS

Del 1° julio del 2020 al

30 de junio de 2021

AÑO DE PLAN DEL SHBP

Del 1° de enero de 2020 al

31 de diciembre de 2020

ÍNDICE

Elegibilidad.....	1
Portal de beneficios.....	2
Beneficios pagados por la Junta.....	3
Elegibilidad y eventos que califican.....	4
Coaseguro por discapacidad.....	5-6
Seguro de Vida Básico.....	7
Seguro de Vida Voluntario.....	8
Seguro de Vida Voluntario y Permanente.....	9
Seguro Dental.....	10
Seguro de la Visión.....	11
Enfermedades Graves de Grupo.....	12
Seguro de Accidentes Voluntario Grupal.....	13
Beneficios de bienestar.....	14
Cuentas de gastos flexibles.....	15
MedCare completo.....	16
Información de Plan de beneficios médicos del Estado.....	17-19
Divulgaciones.....	20
Beneficios adicionales.....	21-22

¿Necesita ayuda? Comience aquí:
mybenefits@campusbenefits.com
866-433-7661

CONTACTO DE BUFORD CITY SCHOOLS:

Nombre: Cody Tobias

Cargo: Director Adjunto de Finanzas

Teléfono: 770-945-5035

Correo electrónico: Cody.Tobias@bufordcityschools.org

Fax: 770-271-5848

PORTAL DE BENEFICIOS

INSCRIPCIÓN DE BENEFICIOS DEL CAMPUS

Sitio Web: BufordCityBenefits.com

Instrucciones

PASO 1: INICIE SESIÓN EN EL PORTAL

- (1) Vaya a BufordCityBenefits.com
- (2) Seleccione "Campus Connect" (Conectarse al campus)
- (3) Para usuarios habituales: seleccione "Login" (Iniciar sesión)
- (4) Para nuevos usuarios: haga clic en "Get Started Now" (Comenzar ahora) e ingrese la siguiente información en el sistema.
 - Dirección de correo electrónico (correo electrónico de la escuela)
 - Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN)
 - Fecha de nacimiento
 - Contraseña (debe tener al menos 7 caracteres)
 - Confirme la contraseña*Escriba a continuación para guardar
- (5) Haga clic en "Create Account" (Crear cuenta)
- (6) La siguiente página debe tener un botón de "Begin Enrollment" (Comenzar inscripción) para comenzar su inscripción de nueva contratación.
- (7) Su nombre de usuario es su dirección de correo electrónico (escriba a continuación para guardar).
- (8) Olvidó su contraseña: Si olvidó su contraseña, haga clic en el botón de "Forgot password" (Olvidé mi contraseña).

*Consulte las instrucciones a la derecha para la inscripción. Use el nombre de usuario y la contraseña creados anteriormente.

Información de inicio de sesión

Nombre de usuario: _____

Contraseña: _____

PASO 2: INSCRIBIR

- (1) Una vez que inicie sesión, haga clic en "Begin Enrollment" (Comenzar inscripción)
- (2) Haga clic en "Begin" (Comenzar)
- (3) Verifique la información personal; se deben completar todos los campos. Luego haga clic en "This Information is Correct" (Esta información es correcta).
- (4) Haga clic en "Add Dependent" (Agregar dependiente) para añadir toda la información de dependientes. Es importante adelantarse y agregar los dependientes en este paso para visualizar las tarifas y opciones adecuadas que las incluyen. Información necesaria:
 - Nombre y apellido
 - Número de Seguro Social
 - Fecha de nacimiento
 - Género
 - Parentesco
- (5) Haga clic en "Save" (Guardar) para cada dependiente.
- (6) Una vez que se ingresen todos los dependientes, haga clic en "This Information is Correct" (Esta información es correcta).
- (7) En la siguiente pantalla, verá seis títulos para todos los beneficios. Haga clic en cada título para elegir beneficios o renunciar a beneficios. Todos los títulos tienen una marca en la esquina superior derecha para finalizar las elecciones.

*Cuando haga clic en un título, verá el costo total por beneficio en la parte superior. En la parte inferior de su pantalla, verá el costo total para todos los beneficios en el título y los costos totales para todos los beneficios que ha elegido.

- (8) Una vez que ha seleccionado sus opciones en cada título, haga clic en "Confirm Selections" (Confirmar selecciones) en la parte inferior.
- (9) Cuando termine con todos los títulos, seleccione "Finalize My Elections" (Finalizar mis selecciones).
- (10) Haga clic en "Confirmation Statement" (Confirmar declaración) para descargar un PDF de sus opciones. También se le enviará automáticamente una copia por correo electrónico.

BENEFICIOS PAGADOS POR LA JUNTA

Los siguientes beneficios son provistos para todos los empleados a tiempo completo por parte de la Junta de Educación de Buford City Schools.

Seguro de Vida Básico Grupal

- Buford City Schools proporciona (sin costo alguno para usted), una póliza de seguro de vida a término de \$50,000. La póliza también incluye \$50,000 adicionales si la muerte ocurre por medios accidentales.

Discapacidad a largo plazo

- Buford City Schools proporciona discapacidad a largo plazo (sin costo alguno para usted) con el fin de brindarle protección de ingresos a largo plazo en caso de que no sea capaz de trabajar. Los beneficios comienzan el día 91 de una discapacidad cubierta.

Seguro Dental

- Buford City Schools contribuye con \$10.00 hacia la prima de seguro dental mensual.

Jubilación de maestros

- Buford City Schools contribuye con 19.06% de su sueldo bruto para su cuenta de jubilación. Su tasa de contribución es actualmente de 6%.

Jubilación del Empleado de Escuelas Públicas (Public Schools Employee Retirement, PSERS)

- Conductores de autobús, tutores, cuidado infantil y personal de nutrición que usted pague:
 - Antiguo plan de PSERS: \$4.00 por mes (si se inscribió antes del 1° de julio de 2012)
 - Nuevo plan PSERS: \$10.00 por mes (si se inscribió después del 1° de julio de 2012)

Seguro médico

- Buford City Schools contribuye con \$94.70 por mes hacia el costo de la parte del empleado de la prima de seguro médico.
- El sistema de escuela paga una tasa mensual de \$945.00 por miembro al mes inscrito en el Plan de Beneficios Médicos del Estado.

Ley de Contribución al Seguro Federal (Federal Insurance Contributions Act, FICA)

- Buford City Schools paga 7.65% del impuesto de la FICA.

Permiso por enfermedad y personal

- Buford City Schools proporciona 12 días de permiso por enfermedad al año, 3 de los cuales se pueden usar como permiso personal.

ELEGIBILIDAD Y EVENTOS QUE CALIFICAN

Si usted es un nuevo empleado elegible, puede unirse al plan que entra en vigor el 1° del mes posterior a 30 días de empleo. De otro modo, sus elecciones de inscripción anual entran en vigor el 1° de julio de cada año, a menos que de otra forma se requiera una aprobación.

Los Dependientes Elegibles incluyen:

- **Pareja:** Su pareja legal según lo definido por la ley de Georgia. Se le exigirá que proporcione una copia de una licencia de matrimonio certificada o una copia de su declaración de impuestos federales presentada en conjunto con la firma de su pareja.
- **Hijo natural:** Se le exigirá que proporcione una copia del acta de nacimiento certificada que muestre los nombres de los padres (también se acepta la tarjeta de nacimiento emitida por el hospital para recién nacidos).
- **Hijastro:** Se le exigirá que proporcione una copia del acta de nacimiento que muestre a su pareja como padre, una copia de la licencia de matrimonio certificada para usted y su pareja, y una declaración notariada de que su hijastro vive en su hogar al menos 180 días por año.
- **Hijos dependientes con discapacidades:** Los hijos con una discapacidad mental o física que han llegado a la edad límite de 26 años pueden continuar la cobertura más allá de la edad de 26 años si se proporciona prueba de la discapacidad dentro de los 31 días posteriores a haber llegado a la edad de 26 años.
- **Otros hijos:** Otros hijos se refiere a aquellos adoptados y para quienes tiene tutela temporal o permanente. Se le exigirá que proporcione una copia del decreto judicial que muestre su responsabilidad financiera para el dependiente, una copia del acta de nacimiento, y una declaración notariada de que el dependiente vive en su hogar de manera permanente.
- Su hijo puede cubrirse en los planes de vida, dental y de la visión hasta la edad de 26 años. Si su hijo dependiente se acerca a los 26 años y tiene una discapacidad, se debe realizar una solicitud de la continuación del estado de dependiente dentro de los 30 días posteriores al cumpleaños 26 del hijo.

Eventos que califican (consulte su Descripción Resumida del Plan - Derechos de Inscripción Especial):

- Una vez que sus elecciones del nuevo año de plan entren en vigor (1° de julio de cada año), usted no podrá cambiar sus elecciones hasta el próximo período de inscripción anual, a menos que experimente un evento de vida que califique.
- Los ejemplos de eventos de vida que califican incluyen: un cambio en el estado civil (matrimonio o divorcio); un cambio en el número de dependientes debido a un nacimiento, adopción, colocación de adopción o muerte de un dependiente; un cambio en la situación laboral para sí mismo o su pareja; pérdida u obtención de cobertura a través de su pareja; un cambio en la elegibilidad de dependientes.
- Debe inscribirse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de un evento que califique.
- Para presentar un evento de vida que califica:
 - Para Seguro Médico del Estado, comuníquese con Cody Tobias vía cody.tobias@bufordcityschools.org o llame al 770-945-5035 x310
 - Para todos los demás beneficios elegidos, envíe un correo electrónico a mybenefits@campusbenefits.com o llame al 866-433-7661.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO



¿Qué es un Seguro de Discapacidad a Corto Plazo? Un plan de protección financiera y familiar diseñado para brindar asistencia con reemplazo de ingresos en caso de que un empleado no pueda trabajar debido a un accidente o enfermedad por un corto período.

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen 20 o más horas por semana**
- Cobertura a través de One America
- El empleado debe estar activamente en el trabajo en la fecha de entrada en vigor
- Los empleados deben agotar el permiso por enfermedad antes de que los beneficios sean pagaderos
- **Sin preguntas sobre salud - ¡Todos los años!**

Discapacidad a corto plazo	
Porcentaje de beneficios (semanal)	40%, 50%, o 60% del salario
Monto de beneficios máximo (semanal)	\$1,250
Afección preexistente (Aplica solo a los nuevos inscritos)	3/6 Cualquier enfermedad o lesión para las que recibió tratamiento médico, consulta, atención o servicios durante 3 meses antes de su fecha de entrada en vigor de cobertura, será cubierta solo si comienza después de que haya desempeñado su ocupación regular a tiempo completo por los 6 meses posteriores a su fecha de entrada en vigor de cobertura.
Los beneficios comienzan después (período de eliminación)	El último que ocurra entre su permiso por enfermedad acumulado o 14 días (Por enfermedad o lesión)
Duración máxima de beneficios	11 semanas Su período de eliminación cuenta hacia su duración máxima de beneficios de 11 semanas.

Cálculo de tarifas	
Paso 1	Divida su salario anual entre 52. Este es su salario semanal.
Paso 2	Multiplique su salario semanal en el Paso 1 por 40%, 50%, o 60%. Si 60% de su salario semanal supera \$1,250, entonces ingrese \$1,250. Este es su monto máximo de beneficios semanal.
Paso 3	Divida su monto semanal en el Paso 2 entre \$10
Paso 4	Multiplique el Paso 3 por la tasa de \$0.47. Esto es su prima mensual .

El sistema de inscripción calculará con base en la información de nómina que proporcione el empleador.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO



¿Qué es un Seguro de Discapacidad a Largo Plazo? Un plan de protección financiera y familiar diseñado para brindar asistencia con reemplazo de ingresos en caso de que un empleado no pueda trabajar debido a un accidente o enfermedad por la vida laboral de una persona.

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen 20 o más horas por semana**
- Cobertura a través de One America
- El empleado debe estar activamente en el trabajo en la fecha de entrada en vigor
- Los empleados deben agotar el permiso por enfermedad antes de que los beneficios sean pagaderos
- **Sin preguntas sobre salud - ¡Todos los años!**
- **Buford City Schools proporciona a todos los empleados elegibles una cobertura de discapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, LTD) sin costo alguno para usted. Usted será inscrito automáticamente en este beneficio cuando sea contratado**

Beneficios	
Porcentaje de beneficios (mensual)	60% de ingresos mensuales
Monto de beneficios máximo (mensual)	\$6,000 por mes
Afección preexistente (Aplica solo a los nuevos inscritos)	3/3/12 Cualquier enfermedad o lesión para las que recibió tratamiento médico, consulta, atención o servicios durante los 3 meses anteriores a su fecha de entrada en vigor de cobertura, será cubierta solo si comienza después de que haya desempeñado su ocupación regular a tiempo completo por los 12 meses posteriores a su fecha de entrada en vigor de cobertura; sin embargo, si está libre de tratamiento por 3 meses consecutivos después de la fecha de entrada en vigor, se cubre su enfermedad o lesión por completo.
Los beneficios comienzan después (período de eliminación)	El último que ocurra entre su permiso por enfermedad acumulado o 90 días (Por enfermedad o lesión)
Duración máxima de beneficios	Edad normal de jubilación del seguro social (Social Security Normal Retirement Age, SSNRA)
Definición de discapacidad	La discapacidad total significa que debido a una lesión o enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> • Usted está limitado de desempeñar todas las funciones principales de su propia ocupación; y • Tiene 20% o más de pérdida en ingresos mensuales ajustados debido a la misma enfermedad o lesión. • Después de que los beneficios se hayan pagado por 24 meses, tiene una discapacidad cuando One America determine que, debido a la misma enfermedad o lesión, usted no puede desempeñar las funciones de ninguna ocupación remunerada para la cual está preparado mediante educación, capacitación o experiencia.
Límites especificados de enfermedad/lesión <ul style="list-style-type: none"> • Mental/nerviosa y abuso de sustancias • Otra enfermedad especificada 	24 meses (consulte el folleto especificado para obtener detalles completos)

Cálculo de tarifas

Buford City Schools lo proporciona sin costo alguno para usted.

La Guía de beneficios se proporciona a efectos ilustrativos solamente. Los beneficios reales, los servicios, las primas, los procesos de reclamación y todas las demás características y diseños de plan para cobertura que se ofrecen se rigen exclusivamente por el contrato del proveedor y la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD) asociada.

SEGURO DE VIDA BÁSICO



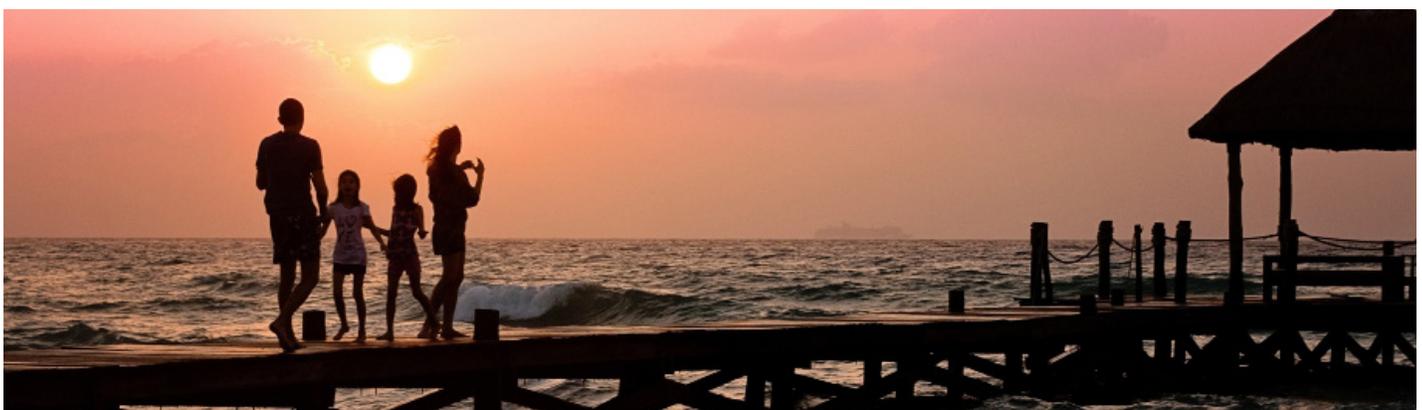
¿Qué es un Seguro de Vida Básico? Un plan de protección financiera y familiar pagado por Buford City Schools, que proporciona un pago de suma global, conocido como beneficio por muerte, a un beneficiario después de la muerte del asegurado.

¿Qué es un Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento? La cobertura del Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (Accidental Death & Dismemberment Insurance, AD&D) se incluye como parte de los beneficios de seguro de vida y pagará un beneficio por muerte de suma global si el asegurado muere de manera accidental o fallece posteriormente como resultado directo del accidente. El beneficio por desmembramiento proporciona un pago de suma global adicional si un asegurado resulta desmembrado en un accidente.

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen 20 o más horas por semana**
- Cobertura a través de The Hartford
- Debe estar activamente en el trabajo en la fecha de entrada en vigor de cobertura
- **Buford City Schools lo proporciona sin costo alguno para usted. Usted será inscrito automáticamente en este beneficio cuando sea contratado; recuerde designar sus beneficios**

Seguro de Vida Básico y AD&D	
MONTO DE VIDA	
Cobertura del empleado	Todos los empleados: \$50,000
MONTO DE AD&D	
Cobertura del empleado	Todos los empleados: \$50,000
BENEFICIOS	
Reducción por edad	Ninguna
Transferibilidad y conversión	Se incluye, consulte la póliza para obtener más detalles

Seguro de Vida Básico/AD&D
Buford City Schools lo proporciona sin costo alguno para usted.



SEGURO VOLUNTARIO DE VIDA A TÉRMINO Y AD&D



Qué es un Seguro Voluntario de Vida a Término: Un plan de protección financiera que proporciona un beneficio en efectivo al beneficiario después de la muerte del asegurado. Los ingresos se pueden usar para reemplazar los potenciales ingresos perdidos durante los años de trabajo y ayudar a garantizar que se alcancen las metas financieras de su familia; metas como pagar una hipoteca, mantener a flote un negocio y pagar la universidad. La cobertura del Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (Accidental Death & Dismemberment Insurance, AD&D) se incluye como parte de los beneficios de seguro de vida y pagará un beneficio por muerte de suma global si el asegurado muere de manera accidental o fallece posteriormente como resultado directo del accidente. El beneficio por desmembramiento proporciona un pago de suma global adicional si un asegurado resulta desmembrado en un accidente.

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen 20 o más horas por semana, pareja e hijos (hasta la edad de 26 años)**
- Cobertura a través de The Hartford
- Debe estar activamente en el trabajo en la fecha de entrada en vigor de cobertura
- Si elige por primera vez fuera del período inicial de inscripción abierta, se exigirán preguntas de salud

Seguro de Vida Básico y AD&D	
MONTO DE VIDA	
Empleado	Compra de cobertura en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$500,000 (5 veces el salario)
Pareja	Compra de cobertura en incrementos de \$5,000; un máximo de \$500,000 (100% de la elección del empleado)
Hijo(s)	\$10,000
MONTO DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	
Los montos de AD&D para el empleado, pareja e hijos coinciden con los montos de vida	
EMISIÓN GARANTIZADA: INSCRIPCIÓN INICIAL/OFERTA DE PRIMERA VEZ	
Empleado	\$300,000 (5 veces el salario)
Pareja	\$50,000 (100% de la elección del empleado)
Hijo(s)	\$10,000
Aumento garantizado en los beneficios	Los participantes inscritos pueden aumentar hasta el monto de emisión garantizada sin preguntas de salud durante la inscripción abierta
Reducción por edad	Ninguna
Disposición de transferibilidad	Antes de la Edad normal de jubilación del seguro social

Seguro de Vida y AD&D del empleado y la pareja Tarifas MENSUALES con base en la edad del empleado (Por \$10,000 de cobertura)			
0-29	\$0.76	50-54	\$3.35
30-34	\$0.89	55-59	\$5.61
35-39	\$1.12	60-64	\$7.30
40-44	\$1.51	65-69	\$12.91
45-49	\$2.15	70+	\$39.10

Todos los hijos están cubiertos Tarifas MENSUALES	
Seguro de Vida y AD&D	\$0.76 para \$10,000

La Guía de beneficios se proporciona a efectos ilustrativos solamente. Los beneficios reales, los servicios, las primas, los procesos de reclamación y todas las demás características y diseños de plan para cobertura que se ofrecen se rigen exclusivamente por el contrato del proveedor y la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD) asociada.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO Y PERMANENTE



¿Qué es un Seguro de Vida Permanente? Cobertura que proporciona protección de por vida y la capacidad de mantener una prima de nivel. El Seguro de Vida Permanente ofrece la flexibilidad de cubrir una variedad de necesidades personales mientras les permite a los empleados la opción de los montos de beneficios y primas que se ajusten a su salario y estilo de vida.

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen 20 o más horas por semana, pareja e hijos (hasta la edad de 26 años) y nietos**
- Cobertura proporcionada por UNUM
- Debe estar activamente en el trabajo en la fecha de entrada en vigor
- Se exige aseguramiento. La cobertura no está garantizada
- **Mantiene su cobertura incluso si se retira o cambia de empleadores**

Beneficios del Seguro de Vida Permanente	
MÁXIMOS DEL PLAN	
Empleado	\$2,000 - \$300,000
Pareja	\$5,000 - \$25,000
Hijo	\$1,000 - \$10,000
EMISIÓN GARANTIZADA	
Empleado	\$3 de prima semanal (compra de dinero)
Pareja	\$3 de prima semanal (compra de dinero)
Hijo	\$1 de prima semanal (compra de dinero)
OTRAS CARACTERÍSTICAS	
Tasa de interés garantizado de 4.25% Desarrolle valor en efectivo Primas de nivel deducidas de su salario Beneficio de nivel por muerte - La cobertura no disminuye con la edad Anexo de cuidado a largo plazo Anexo de opción de beneficios en vida - 100% del monto de beneficios si está terminalmente enfermo.	

Tarifas de planes
El costo de la cobertura se basa en el nivel de beneficios que elija y su edad con dos opciones para pagar las primas. Consulte con el Consejero de Beneficios para obtener detalles sobre las tarifas.

¿Qué es un Seguro Dental? Un pan de salud y bienestar diseñado para pagar una parte de los costos dentales asociados con atención preventiva, básica y algunos de los principales cuidados dentales, así como ortodoncia.

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen 20 o más horas por semana, pareja e hijos (hasta la edad de 26 años). Ortodoncia para adultos y niños.**
- Cobertura a través de Ameritas
- Las reclamaciones se deben presentar dentro de los 90 días posteriores a la fecha de servicio
- Directorio de proveedores dentro de la red: dentalnetwork.ameritas.com (Red: PPO Clásica)
- La tabla a continuación es una muestra de los servicios cubiertos. Consulte el Certificado del Plan para obtener una lista detallada de los servicios en su totalidad. El Certificado del Plan estará disponible en el sitio web de sus Beneficios de Empleado a partir del 1° de julio de 2020

Coaseguro	Plan Alto	Plan MAC (Solo dentro de la red)	Plan Bajo	Tarifas del Plan Alto MENSUAL	
Preventivo (Tipo A)	100%	100%	100%	Empleado	\$33.84
Básico (Tipo B)	80%	80%	50%	Empleado + 1	\$74.98
Amplio (Tipo C)	50%	60%	No cubierto	Empleado + Familia	\$157.38
Ortodoncia (de por vida)	Desde 50% hasta \$1,500	Desde 50% hasta \$1,500	No cubierto		
Máximo en el año calendario	\$1,500	\$2,000	\$1,000		
Asignación	UCR n.º 90	Tarifa contratada	UCR n.º 90		
Servicios	Plan Alto	Plan MAC	Plan Bajo	Tarifas del Plan MAC MENSUAL	
(2 por año de beneficios) Examen de rutina Radiografía de aleta de mordida Limpieza	100%	100%	100%	Empleado	\$29.96
Fluoruro (Niños)	100% (18 años y menores)	100% (18 años y menores)	100% (13 años y menores)	Empleado + 1	\$68.26
(1 en 3 años) Radiografía de boca completa/panorámica	100%	100%	100%	Empleado + Familia	\$133.12
Radiografía periapical	100%	100%	100%		
Mantenedores de espacio	100%	100%	100%		
Selladores (Jóvenes de 16 años y menores)	80%	80%	50%		
Amalgamas restauradoras	80%	80%	50%		
Compuestos restauradores	80%	80%	50%		
Anestesia general	80%	80%	50%		
Extracciones simples	80%	80%	50%		
Extracciones complejas	80%	80%	50%		
Placas oclusales	80%	80%	50%		
Reparación de dentaduras	50%	80%	50%		
Endodoncia/Periodoncia	50%	80%	50%		
Recubrimientos/Incrustaciones	50%	60%	No cubierto		
Reparación de coronas	50%	60%	No cubierto		
Coronas (1 en 5 años/diente)	50%	60%	No cubierto		
Prostodoncia	50% (1 en 5 años)	60% (1 en 5 años)	No cubierto	Empleado + Familia	\$80.48
Deducible del año calendario (todos los planes)				Tarifas del Plan Bajo MENSUAL	
(Excluye la atención preventiva)	\$50 por personas (\$150 máximo por familia)			Empleado	\$18.78
				Empleado + 1	\$45.12
				Empleado + Familia	\$80.48

Todas las tarifas anteriores incluyen la contribución \$10.00 de BCS

Todas las tarifas anteriores incluyen la contribución \$10.00 de BCS

Todas las tarifas anteriores incluyen la contribución \$10.00 de BCS

La Guía de beneficios se proporciona a efectos ilustrativos solamente. Los beneficios reales, los servicios, las primas, los procesos de reclamación y todas las demás características y diseños de plan para cobertura que se ofrecen se rigen exclusivamente por el contrato del proveedor y la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD) asociada.

¿Qué es un Seguro de la Visión? Un plan de salud y bienestar diseñado para reducir sus costos para atención oftalmológica preventiva de rutina, incluidos exámenes oftalmológicos y anteojos con receta (gafas y lentes de contacto).

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen 20 o más horas por semana, pareja e hijos (hasta la edad de 26 años)**
- Cobertura a través de MetLife
- Las reclamaciones se deben presentar dentro de los 90 días posteriores a la fecha de servicio
- Directorio de proveedores dentro de la red: <https://mymetlifevision.com/>
- La tabla a continuación es una muestra de los servicios cubiertos. Consulte el Certificado del Plan para obtener una lista detallada de los servicios en su totalidad. El Certificado del Plan estará disponible en el sitio web de sus Beneficios de Empleado a partir del 1° de julio de 2020

Resumen de beneficios de la visión	Dentro de la red
Examen	Copago de \$10
Adaptación de lentes de contacto y seguimiento	Cubierto por completo con un copago máximo de \$60
Imágenes de retina	Hasta \$39 de copago
Lasik o PRK	15% de descuento minorista y 5% menos en promoción
Monturas	\$15 de copago - \$150 de asignación + 20% del saldo \$85 de asignación en Walmart, Costco, Sam's Club
Opciones de lentes y cristales	
Única/bifocal y trifocal revestido/lenticular	Copago de \$15
Lentes progresivas estándares	Hasta \$55 de copago
Recubrimiento ultravioleta	Cubierto por completo
Policarbonato (hijo hasta la edad de 18 años)	Cubierto por completo
Polarización (variable según el tipo)	Hasta \$17 - \$44 de copago
Recubrimiento resistente a rasguños	Hasta \$17 - \$33 de copago
Recubrimiento antirreflejo (variable según el tipo)	Hasta \$41 - \$85 de copago
Lentes de contacto	
Contactos electivos	Asignación de \$150
Contactos necesarios médicamente	Cubierto por completo después del copago de anteojos
Frecuencias	
Exámenes/lentes o lentes de contacto/monturas	Cada 12 meses
Beneficio del 2° par	Cada persona cubierta puede obtener una de las siguientes opciones: 2 pares de anteojos con receta 1 par de anteojos con receta y una asignación para los lentes de contacto Doblar la asignación de lentes de contacto

Tarifas del Plan de Visión	
Empleado	\$9.40
Empleado + 1	\$13.64
Empleado + Familia	\$24.41

Información de la tarjeta de visión de MetLife

Nombre del grupo: Buford City Schools
 Miembros: 1-800-GET-MET8 (438-6388)
 Proveedores: 1-855-638-3931

SEGURO DE ENFERMEDAD GRAVE GRUPAL Y VOLUNTARIO



¿Qué es un Seguro de Enfermedad Grave y Cáncer? Cobertura suplementaria que protege a las familias de costos adicionales asociados con enfermedades catastróficas imprevistas. No coincide con el seguro médico; los pagos se realizan directamente a usted.

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen 20 o más horas por semana, pareja e hijos (hasta la edad de 26 años)**
- Cobertura a través de MetLife
- Elija la Enfermedad Grave con o sin cobertura de cáncer con base en sus necesidades individuales
- **Edad de emisión: las tarifas están aseguradas y no aumentarán con la edad**
- **Sin preguntas sobre salud - ¡Todos los años! (La condición preexistente aplicará para nuevos participantes)**
- Mantiene su cobertura incluso si se retira o cambia de empleadores
- La tabla a continuación es una muestra de los servicios cubiertos. Consulte el Certificado del Plan para obtener una lista detallada de los servicios en su totalidad.

Beneficios	Solo Enfermedades Graves	Enfermedades Graves con Cáncer
Empleado	\$10,000 o \$20,000	\$10,000 o \$20,000
Pareja	100% del monto de EE	100% del monto de EE
Hijos dependientes	50% del monto de EE	50% del monto de EE
ENFERMEDADES GRAVES ESPECIFICADAS CUBIERTAS	Paga el % del valor nominal	Paga el % del valor nominal
Ataque de corazón (infarto de miocardio)	100%	100%
Derrame cerebral	100%	100%
Trasplante de órgano vital	100%	100%
Insuficiencia renal en fase terminal (riñón)	100%	100%
Enfermedad de Alzheimer	100%	100%
Cirugía de revascularización coronaria	100%	100%
Beneficio completo por cáncer	None	100%
Beneficio parcial por cáncer	None	25%
22 afecciones adicionales cubiertas	25%	25%
EMISIÓN GARANTIZADA	\$20,000	\$20,000
EXAMEN DE BIENESTAR ANUAL	\$50	\$50
Reducción por edad	Ninguna	
Afección preexistente	3/6 Cualquier enfermedad o lesión para la cual usted recibió tratamiento los 3 meses anteriores a su fecha de entrada en vigor no se cubrirá para los primeros 6 meses (solo aplica a los nuevos inscritos)	

Prima mensual por \$1,000 de cobertura								
	Solo Enfermedades Graves	Enfermedades Graves con Cáncer	Solo Enfermedades Graves	Enfermedades Graves con Cáncer	Solo Enfermedades Graves	Enfermedades Graves con Cáncer	Solo Enfermedades Graves	Enfermedades Graves con Cáncer
Edad de emisión	Empleado		Empleado + Pareja		Empleado + Hijos		Familia	
<25	\$0.38	\$0.60	\$0.82	\$1.22	\$0.64	\$0.86	\$1.08	\$1.50
25-29	\$0.38	\$0.60	\$0.90	\$1.34	\$0.64	\$0.86	\$1.16	\$1.60
30-34	\$0.50	\$0.84	\$1.22	\$1.88	\$0.76	\$1.10	\$1.48	\$2.12
35-39	\$0.66	\$1.16	\$1.70	\$2.70	\$0.90	\$1.40	\$1.98	\$2.98
40-44	\$1.00	\$1.80	\$2.56	\$4.20	\$1.26	\$2.04	\$2.82	\$4.48
45-49	\$1.42	\$2.54	\$3.58	\$6.06	\$1.66	\$2.80	\$3.84	\$6.30
50-54	\$2.00	\$3.50	\$4.92	\$8.42	\$2.24	\$3.76	\$5.18	\$8.68
55-59	\$2.76	\$4.74	\$6.78	\$11.56	\$3.00	\$4.98	\$7.04	\$11.82
60-64	\$4.14	\$6.76	\$9.82	\$16.34	\$4.40	\$7.02	\$10.08	\$16.60
65-69	\$6.12	\$9.46	\$14.24	\$22.50	\$6.36	\$9.70	\$14.50	\$22.76
70+	\$9.50	\$13.42	\$21.16	\$30.94	\$9.74	\$13.68	\$21.40	\$31.20

La Guía de beneficios se proporciona a efectos ilustrativos solamente. Los beneficios reales, los servicios, las primas, los procesos de reclamación y todas las demás características y diseños de plan para cobertura que se ofrecen se rigen exclusivamente por el contrato del proveedor y la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD) asociada.

SEGURO DE ACCIDENTES VOLUNTARIO GRUPAL



¿Qué es un Seguro contra Accidentes? Esta cobertura está diseñada para ayudar a compensar los costos médicos y de desembolso asociados con accidentes imprevistos. Los pagos se realizan directamente a usted y los beneficios no se compensan con el seguro médico.

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen más de 20 horas por semana, pareja e hijos (hasta la edad de 26 años)**
- Cobertura a través de MetLife
- **Sin preguntas sobre salud – ¡Todos los años!**
- Mantiene su cobertura incluso si se retira o cambia de empleadores
- La tabla a continuación es una muestra de los servicios cubiertos. Consulte el Certificado del Plan para obtener una lista detallada de los servicios en su totalidad. El Certificado del Plan estará disponible en el sitio web de sus Beneficios de Empleado.

Descripción de los beneficios	Plan Bajo	Plan Alto	
LESIONES			
Fracturas	\$50-\$3,000	\$100-\$6,000	
Dislocaciones	\$50-\$3,000	\$100-\$6,000	
Quemaduras de segundo y tercer grado	\$50-\$5,000	\$100-\$10,000	Plan Bajo Tarifas mensuales
Contusiones	\$200	\$400	Empleado \$5.68
Cortes/laceraciones	\$25-\$200	\$50-\$400	Empleado + Pareja \$11.90
Lesiones oculares	\$200	\$300	Empleado + Hijo(s) \$11.68
SERVICIOS Y TRATAMIENTO MÉDICOS			Empleado + Familia \$14.62
Ambulancia	\$200 o \$750	\$300 o \$1,000	
Atención de emergencias	\$25-\$50	\$50-\$100	
Atención de no emergencia	\$25	\$50	
Seguimiento con el médico	\$50	\$75	
Servicios de terapia (incluida la fisioterapia)	\$15	\$25	Plan Alto Tarifas mensuales
Beneficios de pruebas médicas	\$100	\$200	Empleado \$12.40
Aparatos médicos	\$50-\$500	\$100-\$1,000	Empleado + Pareja \$25.90
Cirugía de hospitalización	\$100-\$1,000	\$200-\$2,000	Empleado + Hijo(s) \$25.64
Cobertura de hospital (accidentes)			Empleado + Familia \$32.10
Ingreso	\$500 (no UCI)- \$1,000 (UCI) por siniestro	\$1,000 (no UCI)- \$2,000 (UCI) por accidente	
Internamiento	\$100 al día (no UCI)-\$200 (UCI) hasta 31 días	\$200 al día (no UCI)-\$400 (UCI) hasta 31 días	
Rehabilitación de hospitalización	\$100 al día hasta 15 días	\$200 al día hasta 15 días	

BENEFICIO DE BIENESTAR



Si usted actualmente está cubierto bajo la Póliza de Enfermedad Grave de MetLife o de Accidente de MetLife, también recibe el “Beneficios de bienestar” como parte de su póliza.

El Monto del Beneficios de Bienestar es de \$50.00 por año calendario para cada asegurado bajo la Póliza de Enfermedad Grave y \$50.00 por año calendario bajo la Póliza de Accidente.

“MetLife pagará el Monto de Beneficios de Bienestar para una prueba de bienestar por año calendario por asegurado si este tiene se somete a una prueba de bienestar mientras la cobertura del asegurado esté en vigor”.

Las pruebas de bienestar son:

- Análisis de sangre para triglicéridos
- Análisis de sangre para determinar el colesterol total
- Aspiración o biopsia de médula ósea
- IRM de mamas
- Ultrasonido de mamas
- Ultrasonido de mamas
- CA 15-3 (análisis de sangre para cáncer de mama)
- CA 125 (análisis de sangre para cáncer de ovarios)
- CEA (análisis de sangre para cáncer de colon)
- Doppler carotídeo
- Radiografía torácica
- Examen testicular médico
- Colonoscopia
- Prueba de detección doppler para cáncer
- Prueba de detección doppler para enfermedad vascular periférica
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma
- Endoscopia
- Prueba de glucosa en sangre en ayunas
- Glucosa en plasma en ayunas (fasting plasma glucose, FPG)
- Hemoglobina A1C (HbA1c)
- Sigmoidoscopia flexible
- Análisis de heces en hemocultivo
- Hemoglobina A1C
- Mamografía
- Prueba de detección de cáncer oral
- Papanicolaou
- Examen físico
- PSA (análisis de sangre para cáncer de próstata)
- Prueba de colesterol sérico para determinar los niveles de HDL y LDL
- Electroforesis de proteínas séricas (análisis de sangre para mieloma)
- Biopsia y prueba de detección de cáncer de piel
- Prueba de resistencia en una bicicleta o caminadora
- Termografía
- Glucosa plasmática de carga posterior de dos horas
- Ultrasonidos para la detección de cáncer
- Prueba de detección de ultrasonido de la aorta abdominal para aneurismas aórticos abdominales
- Colonoscopia virtual



Cómo presentar su Reclamación de beneficios de bienestar:

- Puede solicitar un formulario de reclamación ya sea llamando al Centro de Llamadas de Beneficios del Campus al 866-433-7661 o enviando un correo electrónico a nuestro Equipo de Servicios a MyBenefits@CampusBenefits.com

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES



¿Qué son las Cuentas de Gastos Flexibles (Flexible Spending Accounts, FSA) médicas? Una cuenta de beneficios antes de impuestos usada para pagar costos de desembolso por atención médica, tales como deducibles, copagos, medicamentos recetados, así como algunos medicamentos de venta libre.

¿Qué son las Cuentas de Atención de Dependientes? Una cuenta de beneficios antes de impuestos usada para pagar servicios de atención de dependientes, tales como preescolar, campamento de verano, programas antes y después de la escuela, así como cuidado diurno para niños y personas mayores.

- **Elegibilidad: Empleados a tiempo completo que trabajen más de 20 horas por semana, pareja e hijos (hasta la edad de 13 años para la Atención de Dependientes y hasta la edad de 26 años para la FSA médica)**
- Cobertura a través de Medcom
- **El año del plan es desde el 1º de julio al 30 de junio y los empleados deben volver a inscribirse cada año**
- Solo si la situación familiar cambia se le permitirá cambiar su elección anual. La elección alterada debe ser compatible con el cambio de la situación
- Los participantes casados y que no presenten una declaración conjunta están limitados a un aplazamiento de \$2,500 para la Atención de dependientes
- No se permite la transferencia de fondos entre las cuentas de Atención de dependientes y la Atención médica
- ****NOTA: El Cuidado infantil de BCS NO es elegible para los fondos de atención de dependientes**

Descripción de los beneficios	
CUENTA DE FSA MÉDICA	
Contribución mínima	\$300
Contribución máxima	\$2,750
MÁXIMO DE SALDO TRASPASADO	\$500 (monto máximo si se reelige el plan)
Los fondos están disponibles al comienzo del año del plan	
CUENTA DE ATENCIÓN DE DEPENDIENTES	
Contribución mínima	\$300
Contribución máxima	\$5,000
MÁXIMO DE SALDO TRASPASADO	Ninguno (cualquier saldo remanente al final del año del plan se perderá)
Nota especial	La atención de dependientes NO es elegible para niños que asisten al centro de cuidado infantil de BCS.
Los fondos están disponibles a medida que se deducen de la nómina	

Normas de planes	
PERÍODO DE AGOTAMIENTO	30 días después de que finalice el año del plan para presentar reclamaciones
Se deben conservar todos los recibos en caso de que se solicite una verificación	

Tarifas	
Tarifa de FSA/DCAP por participante al mes	\$3.70
Tarifa de tarjeta de reemplazo	\$0.00

NOTA IMPORTANTE:

La FSA de atención de dependientes es para gastos elegibles relacionados con la atención de su hijo, pareja con discapacidad, padre de la tercera edad u otro dependiente que sea física o mentalmente incapaz de realizar su cuidado personal (es decir, cuidado diurno, cuidado diurno para adultos) o que tenga una discapacidad. **Los gastos médicos para su dependiente no son elegibles para reembolso bajo la FSA de Atención de dependientes.**

LA MANERA INTELIGENTE DE REDUCIR SUS COSTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Qué es MedCareComplete? Un paquete de servicios creado para ahorrarle tiempo, dinero y molestias mientras se simplifica su vida.

- **Elegibilidad:** Empleados activos que trabajen al menos 21 horas por semana, pareja e hijos (hasta la edad de 26 años)
- Cobertura a través de MedCareComplete (MCC)
- Este es un beneficio suplementario y no reemplaza el seguro médico.
- Inscríbase en MCC: medcarecomplete.com/members para acceder a la gama completa de beneficios
- Regístrese en 1800MD: 1800md.com o llame al (800) 388-8785 para acceder a los beneficios de telemedicina
- Información necesaria: Nombre del grupo, n.º del grupo, identificación de miembro (información que se encuentra en la tarjeta de MCC)

Incluido con la membresía de MedCareComplete:



Negociador de facturas médicas



Experto en restauración



Gestión de medicamentos



Reembolso de gastos por pérdida de identidad



Telemedicina



Seguimiento en redes sociales



Monitoreo médico y de robo de identidad



Alertas de delincuentes sexuales

1. Negociador de facturas médicas

Un abogado de facturas médicas identificará y apelará los errores de facturación y sobrecargos comunes en su nombre. Los abogados brindan apoyo continuo a lo largo de la apelación que, por lo general, resulta en un promedio de ahorros de 40% en 80% de las facturas revisadas.

2. Telemedicina

Obtenga acceso por teléfono a médicos certificados por la Junta a solicitud los 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días de la semana para diagnósticos y recetas para enfermedades comunes y agudas.

Tarifa individual	Tarifa familiar
\$10.50 Por mes	\$12.50 Por mes
SIN COPAGO	

Las enfermedades agudas incluyen, entre otras, las siguientes:

Asma
Fiebre
Dolor de cabeza
Infecciones

Migrañas
Sarpullido
Infecciones bacterianas
Diarrea

Acidez
Afecciones respiratorias
Infecciones del tracto
urinario

Bronquitis
Infección en el oído
Gota
Dolores articulares

Conjuntivitis
Dolor de garganta
Resfriado y gripe
Náuseas y vómitos

3. Protección médica y de robo de identidad

El servicio hace seguimiento en internet para los casos de su información de salud personal y financiera con el fin de protegerlo de convertirse en una víctima de robo de identidad. La seguridad de su información médica personal (personal health information, PHI) puede tener un gran impacto en la atención médica que reciba.

La Guía de beneficios se proporciona a efectos ilustrativos solamente. Los beneficios reales, los servicios, las primas, los procesos de reclamación y todas las demás características y diseños de plan para cobertura que se ofrecen se rigen exclusivamente por el contrato del proveedor y la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD) asociada.

PLAN DE BENEFICIOS MÉDICO DEL ESTADO



Elegibilidad: Revise la Guía de Decisión del SHBP para conocer las normas de elegibilidad del plan.

- Cobertura a través de Anthem BCBS de Georgia, United Healthcare, o Kaiser Permanente
- Todos los eventos de vida que califiquen deben presentarse vía el Portal del SHBP
- **Aviso:** Su empleador ofrece a todos los empleados elegibles un seguro médico a través del Plan de Beneficios Médicos del Estado de Georgia. Durante la inscripción abierta anual de otoño, usted tiene la oportunidad de revisar todas las opciones disponibles y elegir sus opciones
- **El año del plan es del 1° de enero al 31 de diciembre y la inscripción abierta se celebra en el otoño**

Portal de Inscripción del SHBP:

<https://myshbpga.adp.com>



Guía de Decisión del SHBP:

1. Vaya a <https://myshbpga.adp.com>
2. Ingrese su Nombre de usuario y Contraseña y haga clic en Login (Iniciar sesión).
Si necesita asistencia, haga clic en "Forgot User ID?" (¿Olvidó su identificación de usuario?) o "Forgot Your Password?" (¿Olvidó su contraseña?).
3. Si no se ha registrado, haga clic en "Register Here" (Inscribirse aquí).
4. Su código de registro es SHBP-GA.

N.º de teléfono del SHBP: 800-610-1863

Portal de Bienestar del SHBP:

<https://bewellshbp.com>

Guía de Decisión del SHBP:

En esta Guía, hay una breve explicación sobre cada opción de beneficio médico, una guía de comparación de beneficios y una lista de cosas que debe considerar antes de realizar decisiones de planes

Acceda a la guía de decisión en <https://shbp.georgia.gov/>

Descripción general de los incentivos de bienestar del SHBP para 2020:

2020 WELLNESS INCENTIVES AT-A-GLANCE See 2020 Wellness section for details					
Plan Option	Anthem HMO MyIncentive Account (MIA)	Anthem Health Reimbursement Arrangement (HRA)	Kaiser Permanente (KP) Regional HMO	UnitedHealthcare HMO Health Incentive Account (HIA)	UnitedHealthcare HDHP Health Incentive Account (HIA)
Who's Eligible	Up to	Up to		Up to	Up to
Member	480	480	\$500*	480	480
Spouse	480	480	\$500*	480	480
Bonus credits for member and spouse**	n/a	n/a	n/a	480**	480**
Potential Total	960	960	\$1,000*	1,440	1,440

Consulte la Guía de Decisión del SHBP para obtener más detalles.

Anthem: los miembros inscritos en una Opción del Plan de HRA Anthem recibirán créditos de base financiados por el SHBP al inicio del año del plan. El monto financiado se basará en su nivel de cobertura elegido. Si se inscribe en una HRA durante el Año del Plan, estos créditos se prorratearán con base en el nivel de cobertura elegida y los meses remanentes en el actual Año del Plan.

***KP:** los miembros inscritos en la Opción del Plan de HMO Regional de KP y sus parejas cubiertas recibirán cada uno una tarjeta Mastercard de recompensa por \$500 después de que cada uno cumpla con los requisitos del Programa de Bienestar de KP.

****UnitedHealthcare:** ¡Novedades para 2019! Las parejas inscritas en una Opción del Plan UnitedHealthcare ahora pueden ganar un ajuste de crédito de incentivo de bienestar por 240. Esto significa que los miembros y sus parejas cubiertas que estén inscritas en una Opción del Plan UnitedHealthcare pueden ganar cada uno un ajuste de crédito de incentivo de bienestar por 240, ello con un máximo combinado hasta créditos de incentivo de bienestar por 480 ajustados por UnitedHealthcare para completar los requisitos de bienestar conforme al plan. Después de que se añadan los créditos a su HIA, cualquier crédito remanente se transferirá a cada año del plan.

PLANES DE SHBP PARA 2020



Diseños de planes del Plan de beneficios médicos del Estado para 2020									
	Plan Gold		Plan Silver		Plan Bronze		HDHP		HMO de Mujeres
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	
Deductible									
Usual	\$1,500	\$3,000	\$2,000	\$4,000	\$2,500	\$5,000	\$1,300	\$1,900	\$7,000
Usual + Hijos/ Familia	\$2,250	\$4,500	\$3,000	\$6,000	\$3,750	\$7,500	\$1,950	\$2,900	\$14,000
Usual + Familia	\$3,000	\$6,000	\$4,000	\$8,000	\$5,000	\$10,000	\$2,600	\$3,900	\$14,000
Desembolso máximo (Out of Pocket Maximum, OOPM) médico									
Usual	\$4,000	\$8,000	\$5,000	\$10,000	\$6,000	\$12,000	\$4,000	\$6,450	\$12,900
Usual + Hijos/ Familia	\$6,000	\$12,000	\$7,500	\$15,000	\$9,000	\$18,000	\$6,500	\$12,900	\$25,800
Usual + Familia	\$8,000	\$16,000	\$10,000	\$20,000	\$12,000	\$24,000	\$8,000	\$12,900	\$25,800
Tipo de deducible/desembolso máximo (OOPM)									
	Integrado	Integrado	Integrado	Integrado	Integrado	Integrado	Integrado	FAMILIA	Integrado
Coseguro (el plan paga)									
	85%	60%*	80%	60%*	75%	60%*	80%	70%	50%
Contribución de la HRA									
Usual	\$400		\$200		\$100		NA	NA	
Usual + Hijos/ Familia	\$600		\$300		\$150		NA	NA	
Usual + Familia	\$800		\$400		\$200		NA	NA	
Médico									
Sala de emergencias	Coseguro después de deducible	Copago de \$100	Coseguro después de deducible	Copago de \$100					
Urgencias	Coseguro después de deducible	Copago de \$20	Coseguro después de deducible	Copago de \$20					
Visita al PCP	Coseguro después de deducible	Copago de \$20	Coseguro después de deducible	Copago de \$20					
Visita al Especialista	Coseguro después de deducible	Copago de \$40	Coseguro después de deducible	Copago de \$40					
Cuidado preventivo	100%	No cubierto	100%	No cubierto	100%	No cubierto	100%	100%	100%
Telemedicina/visita virtual SOLO dentro de Farmacia minorista con receta	85% de cobertura no sujeta a deducible	85% de cobertura no sujeta a deducible	80% de cobertura no sujeta a deducible	80% de cobertura no sujeta a deducible	75% de cobertura no sujeta a deducible	75% de cobertura no sujeta a deducible	Copago de \$35	70% de cobertura sujeta a deducible	100% de deducible
Farmacia minorista con receta									
Nivel 1	15%, min. \$20, máx. \$50	Copago de \$20	Coseguro después de deducible	Copago de \$20					
Nivel 2	25%, min. \$50, máx. \$80	Copago de \$50	Coseguro después de deducible	Copago de \$50					
Nivel 3	25%, min. \$80, máx. \$125	Copago de \$90	Coseguro después de deducible	Copago de \$90					
Farmacia de pedidos por correo con receta									
Nivel 1	15%, min. \$50, máx. \$125	Copago de \$50	Coseguro después de deducible	Copago de \$50					
Nivel 2	25%, min. \$125, máx. \$200	Copago de \$125	Coseguro después de deducible	Copago de \$125					
Nivel 3	25%, min. \$200, máx. \$313	Copago de \$225	Coseguro después de deducible	Copago de \$200					
Desembolso máximo con receta (OOPM)									
	Combinado con médico								

La Guía de beneficios se proporciona a efectos ilustrativos solamente. Los beneficios reales, los servicios, las primas, los procesos de reclamación y todas las demás características y diseños de plan para cobertura que se ofrecen se rigen exclusivamente por el contrato del proveedor y la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD) asociada.

PRECIOS DEL SHBP PARA 2020



TARIFAS DEL PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS DEL ESTADO, DESDE EL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2020

	USTED			USTED + HIJOS)			USTED + PAREJA			USTED + FAMILIA		
	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN
PLAN Oculista	\$ 188.73	\$ 94.70	\$ 74.03	\$ 307.13	\$ 94.70	\$ 212.43	\$ 418.00	\$ 94.70	\$ 323.39	\$ 520.50	\$ 94.70	\$ 461.80
PLAN Otorrinolaringólogo	\$ 110.80	\$ 94.70	\$ 18.19	\$ 208.80	\$ 94.70	\$ 114.10	\$ 280.02	\$ 94.70	\$ 201.92	\$ 304.54	\$ 94.70	\$ 289.84
PLAN Otorrinolaringólogo	\$ 72.45	\$ 94.70	\$ -	\$ 148.48	\$ 94.70	\$ 48.78	\$ 215.01	\$ 94.70	\$ 121.21	\$ 280.02	\$ 94.70	\$ 192.22
PLAN de ECCH	\$ 135.85	\$ 94.70	\$ 40.95	\$ 280.80	\$ 94.70	\$ 158.20	\$ 348.03	\$ 94.70	\$ 253.93	\$ 403.88	\$ 94.70	\$ 389.19
PLAN de UHC	\$ 172.50	\$ 94.70	\$ 77.86	\$ 313.85	\$ 94.70	\$ 218.95	\$ 420.14	\$ 94.70	\$ 331.44	\$ 507.22	\$ 94.70	\$ 472.52
PLAN de UHC	\$ 58.03	\$ 94.70	\$ -	\$ 118.84	\$ 94.70	\$ 24.24	\$ 185.02	\$ 94.70	\$ 90.92	\$ 246.54	\$ 94.70	\$ 151.84
PLAN de Pediatría	\$ 142.74	\$ 94.70	\$ 48.01	\$ 282.59	\$ 94.70	\$ 187.89	\$ 382.48	\$ 94.70	\$ 287.79	\$ 482.37	\$ 94.70	\$ 387.67

CON RECARGO DE TABACO DE \$80 ANAÑO

	USTED			USTED + HIJOS)			USTED + PAREJA			USTED + FAMILIA		
	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN
PLAN Oculista	\$ 248.73	\$ 94.70	\$ 154.03	\$ 387.13	\$ 94.70	\$ 292.43	\$ 488.00	\$ 94.70	\$ 403.39	\$ 636.50	\$ 94.70	\$ 541.80
PLAN Otorrinolaringólogo	\$ 180.80	\$ 94.70	\$ 98.19	\$ 288.80	\$ 94.70	\$ 194.10	\$ 370.02	\$ 94.70	\$ 281.92	\$ 474.54	\$ 94.70	\$ 378.84
PLAN Otorrinolaringólogo	\$ 152.45	\$ 94.70	\$ 57.75	\$ 223.48	\$ 94.70	\$ 128.78	\$ 285.01	\$ 94.70	\$ 201.21	\$ 380.02	\$ 94.70	\$ 272.22
PLAN de ECCH	\$ 215.85	\$ 94.70	\$ 120.95	\$ 380.80	\$ 94.70	\$ 238.20	\$ 428.03	\$ 94.70	\$ 333.93	\$ 543.88	\$ 94.70	\$ 448.18
PLAN de UHC	\$ 252.50	\$ 94.70	\$ 157.86	\$ 383.85	\$ 94.70	\$ 298.95	\$ 500.14	\$ 94.70	\$ 411.44	\$ 647.22	\$ 94.70	\$ 552.52
PLAN de UHC	\$ 138.03	\$ 94.70	\$ 43.33	\$ 188.84	\$ 94.70	\$ 104.24	\$ 285.02	\$ 94.70	\$ 170.92	\$ 326.54	\$ 94.70	\$ 231.84
PLAN de Pediatría	\$ 222.74	\$ 94.70	\$ 128.01	\$ 342.59	\$ 94.70	\$ 247.89	\$ 442.48	\$ 94.70	\$ 347.79	\$ 582.37	\$ 94.70	\$ 487.67

TARIFAS SUPLEMENTARIAS DE TABACO, DESDE EL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2020

	USTED			USTED + HIJOS)			USTED + PAREJA			USTED + FAMILIA		
	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN	TARIFA ENTAL	BCS PAGA	SU DEDUCCIÓN
PLAN Oculista	\$ 94.70	\$ 0.00	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50
PLAN Otorrinolaringólogo	\$ 94.70	\$ 0.00	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50
PLAN Otorrinolaringólogo	\$ 94.70	\$ 0.00	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50
PLAN de ECCH	\$ 94.70	\$ 0.00	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50
PLAN de UHC	\$ 94.70	\$ 0.00	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50
PLAN de UHC	\$ 94.70	\$ 0.00	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50
PLAN de Pediatría	\$ 94.70	\$ 0.00	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50	\$ 94.70	\$ 24.80	\$ 119.50

Pagos de prima de discriminación de tarifas para su cobertura de enero de 2020.

AVISOS DE DIVULGACIÓN

A menos que se notifiquen de otra forma, estos Avisos están disponibles en la web en bufordcitybenefit.com. También hay disponible una copia impresa gratuita al llamar a la Oficina de la Junta de Buford City Schools al 770.945.5035.

AVISO DE SUS DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA):

Si rechaza la inscripción para sí mismo o sus dependientes (incluida su pareja) debido a otro seguro médico o cobertura de plan de salud grupal, usted puede inscribirse a sí mismo y sus dependientes en este plan si usted y sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir con usted o la otra cobertura de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que usted o la otra cobertura de sus dependientes se termine (o después de que su empleador detenga la contribución hacia su otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para adopción, usted podría inscribirse a sí mismo o sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

AVISO DE SUS DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA):

Las deducciones antes de impuestos reducirán el monto de ingresos declarado al gobierno federal. Esto puede resultar en beneficios del Seguro Social ligeramente reducidos. Si no inscribe a los dependientes elegibles en este momento, no puede inscribirlos hasta el próximo período de inscripción abierta. No puede dejar la cobertura que eligió hasta el próximo período de inscripción abierta. Puede realizar un cambio o dejar elecciones de cobertura antes del próximo período de inscripción abierta bajo las siguientes circunstancias:

- Un cambio en el estado civil, o
- Un cambio en el número de dependientes debido a un nacimiento, adopción, colocación de adopción o muerte de un dependiente, o
- Un cambio en la situación laboral para mí mismo o mi pareja, o
- Elecciones de inscripción abierta para mi esposa, o
- Un cambio en la elegibilidad de dependientes, o
- Un cambio en la residencia o lugar de trabajo.

Cualquier cambio que se realice debe ser adecuado y compatible con el evento y debe realizarse dentro de los 30 días posteriores al momento en que ocurra el evento. Todos los cambios están sujetos a la aprobación por parte de su Empleador/Plan

AVISO ANUAL DE LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998: La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre el seno, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluido el edema linfático.

DIVULGACIÓN DE LA LEY DE RECIÉN NACIDOS: Por lo general, los planes de salud grupales y los emisores de seguros médicos no pueden, conforme a la ley federal, restringir los beneficios de cualquier duración de hospitalización en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de un cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, conforme a la ley federal, exigir que no se excedan las 48 (o 96) horas.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA: Este Aviso describe cómo el(los) Plan(es) puede(n) usar y divulgar su información médica protegida ("PHI") y cómo usted puede obtener acceso a su información. La privacidad de su información médica protegida que se cree, reciba, utilice o divulgue por el Plan está protegida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"). Este aviso está disponible en la web en

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA: Este Aviso describe cómo el(los) Plan(es) puede(n) usar y divulgar su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) y cómo usted puede obtener acceso a su información. La privacidad de su información médica protegida que se cree, reciba, utilice o divulgue por el Plan está protegida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 ("HIPAA").

Este aviso está disponible en la web en

AVISO GENERAL DE DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE LA LEY DE RECONCILIACIÓN DEL PRESUPUESTO ÓMNIBUS (CONSOLIDATED OMNIBUS BUDGET RECONCILIATION ACT, COBRA):

El 7 de abril de 1986, se promulgó una ley federal (la Ley Pública 99272, Título X) que exige que la mayoría de los empleadores que patrocinan planes de salud grupales ofrezcan a los empleados y sus familias la oportunidad de una extensión temporal de la cobertura médica (llamada "cobertura de continuación") a tarifas grupales en determinados casos donde de otro modo la cobertura del plan se terminaría. Si usted o sus dependientes elegibles se inscriben en los beneficios médicos grupales disponibles a través de su empleador, usted puede tener acceso a la continuación de la cobertura de la COBRA bajo determinadas circunstancias. Por lo tanto, su plan pone a su disposición para usted y sus dependientes el Aviso general de los derechos de cobertura de continuación de la COBRA. Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de la COBRA, el momento en que puede estar disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger el derecho a recibirlo. El Aviso completo está disponible en la web en www.connect.campusbenefits.com. También hay disponible una copia impresa gratuita al llamar a su Empleador o Beneficios del Campus al 866-433-7661. Tenga en cuenta que el participante es responsable de proporcionar una copia a sus dependientes cubiertos bajo el plan de salud grupal.

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE, SBC): Como empleado, los beneficios de salud (médicos) grupales disponibles para usted representan un componente importante de su paquete de compensación. También brindan protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesión. Su plan ofrece una serie de opciones de cobertura de salud. Elegir una opción de cobertura de salud es una decisión importante. Para ayudarlo a tomar una decisión informada, su plan pone a disposición un Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) que resume información importante sobre cualquier opción de cobertura de salud en un formato estándar con el fin de ayudarlo a comparar entre las opciones. El SBC está disponible en el sitio web de la Salud del Estado en <https://shbp.georgia.gov/>. También hay disponible una copia impresa gratuita al llamar a su Empleador. Tenga en cuenta que el participante es responsable de proporcionar una copia a sus dependientes cubiertos bajo el plan de salud grupal.

AVISO DE MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS (también conocido como Aviso de Intercambio): Cuando ciertas secciones clave de la ley de atención médica entren en vigor en 2014, surgirá una nueva forma de comprar seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, el aviso del Mercado proporciona algo de información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador. Este aviso está disponible en la web en www.connect.campusbenefits.com. También hay disponible una copia impresa gratuita al llamar a su Empleador.

La Guía de beneficios se proporciona a efectos ilustrativos solamente. Los beneficios reales, los servicios, las primas, los procesos de reclamación y todas las demás características y diseños de plan para cobertura que se ofrecen se rigen exclusivamente por el contrato del proveedor y la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD) asociada.

EMPLEADO DE ASISTENCIA PARA EL EMPLEADO



¿Qué es un Programa de asistencia para el empleado (Employee Assistance Program, EAP)? Un programa ofrecido a todos los empleados de las Buford City Schools para brindar orientación con asuntos personales, planificar eventos de vida o simplemente administrar la vida cotidiana, lo que puede afectar su trabajo, salud y familia. La cobertura se le proporciona a usted sin costo alguno.

- **Elegibilidad: Todos los empleados de Buford City Schools**
- Cobertura a través de One America
- Brinda apoyo, recursos e información para desafíos personales y laborales
- LLAME AL 1.855.387.9727 o visite Guidanceresources.com, identificación web: ONEAMERICA3

Asesoramiento confidencial

- Ayuda a los empleados a abordar el estrés, las relaciones y otros problemas personales para usted y su familia
- Sesiones con maestros altamente capacitados y doctores a nivel doctoral
- Reciba tres sesiones por emisión al año para:
 - Estrés, ansiedad y depresión
 - Conflictos de relaciones/maritales
 - Problemas con niños
 - Presiones laborales
 - Duelo y pérdida
 - Abuso de sustancias

Información y recursos financieros

- Hable por teléfono con contadores públicos certificados y planificadores financieros certificados sobre una amplia gama de asuntos financieros, incluidos
 - Salir de deudas
 - Problemas con tarjetas de crédito o préstamos
 - Preguntas sobre impuestos
 - Planificación de la jubilación
 - Planificación de bienes
 - Ahorros para la universidad

Soluciones de vida laboral y personal

- Los especialistas de Vida laboral y personal realizarán la investigación por usted, proporcionando referencias calificadas y recursos personalizados para
 - Cuidado infantil y de personas mayores
 - Mudanza y reubicación
 - Realizar compras grandes
 - Planificación para la universidad
 - Cuidado de mascotas
 - Reparaciones en el hogar

GuidanceResources en línea

- Una parada para obtener información experta sobre relaciones, trabajo, escuela, niños, bienestar, finanzas y más
- Artículos oportunos, hojas de ayuda, tutoriales, transmisión de videos y autoevaluaciones
- Respuestas personales para sus preguntas en "Ask the Expert" (Pregúntele al experto)
- Búsquedas de cuidado infantil, cuidado de personas mayores, abogado y planificador financiero

Preparación gratuita de testamentos en línea

- EstateGuidance le permite escribir de manera rápida y fácil un testamento en su computadora
- Vaya a GuidanceResources.com y haga clic en el enlace de EstateGuidance
- Siga las instrucciones para crear y descargar su testamento sin COSTO alguno
 - Nombre un albacea para gestionar e patrimonio
 - Elija un tutor para sus hijos
 - Especifique los deseos que tiene para su propiedad
 - Proporcione instrucciones de funeral y entierro

Tarifas de planes

¡La cobertura se proporciona sin costo alguno para usted!

BENEFICIOS ADICIONALES POR PARTE DE THE HARTFORD

Los siguientes beneficios/servicios adicionales se incluyen con el seguro grupal de vida a término que paga su empleador a través de The Hartford:

Su cobertura de Vida viene con servicios de valor agregado que ayudan con los desafíos que se presentan antes y después de una reclamación.

- **Servicios de Planificación Funeraria y de Recepción:** Proporciona un conjunto de herramientas en línea para guiarlo a lo largo de decisiones clave antes de una pérdida, incluida una ayuda para comparar los costos relacionados con el funeral. Después de una pérdida, este servicio incluye la defensa de la familia y la negociación profesional de los precios de los funerales con proveedores locales, lo que a menudo resulta en importantes ahorros financieros.

Para obtener más información sobre los Servicios de Planificación Funeraria y de Recepción, llame al 1-866-854-5429 o visite www.everestfuneral.com/hartford. Use el código: **HFEVLC**

- **Servicios de Testamento de EstateGuidance:** Lo ayuda a proteger el futuro de su familia mediante la creación de un testamento en línea, respaldado por el apoyo en línea de abogados con licencia. Su testamento es personalizado y legalmente vinculante.

Para obtener más información sobre los Servicios de Testamento de EstateGuidance, visite www.estateguidance.com/wills. Use el código: **WILLHLF**

- **Servicios de asesoramiento para brindar asistencia a beneficiarios:** Ofrece conocimientos especializados compasivos para ayudarlo a usted o a sus beneficiarios (a aquellos que nombre en su póliza) a enfrentar los problemas emocionales, financieros y legales que surgen después de una pérdida. Incluye contacto telefónico ilimitado con un consejero, abogado o planificador financiero por hasta un año, así como 5 sesiones presenciales.

Para obtener más información sobre los Servicios de asesoramiento para brindar asistencia a beneficiarios, llame al 1-800-411-7239.

- **Servicios de Asistencia para Viajes:** Incluye información previa al viaje que lo ayuda a sentirse seguro y protegido
- mientras viaja. También le brinda acceso a profesionales médicos de todo el mundo para recibir asistencia
- médica cuando viaja a más de 100 millas desde su hogar durante 90 días o menos cuando surgen
- desvíos inesperados.

Para obtener más información sobre los Servicios de Asistencia para Viajes:

Llame a: 1-800-243-6108

Fax: 202-331-1528

Recopile de otras ubicaciones: 202-828-5885

Número de identificación de asistencia para viajes: GLD-09012

Número de póliza de la compañía: 00541149-0001

Se le pedirá que proporcione el nombre de su empleador, un número de teléfono donde se le pueda localizar, la naturaleza del problema, el Número de Identificación de Asistencia para Viajes y el número de póliza de su compañía. Si tiene una emergencia médica grave, primero obtenga servicios médicos de emergencia y luego comuníquese con Europ Assistance USA para el seguimiento.



El Centro de Servicios ayuda con:

- Transferibilidad/Conversión
- Educación sobre los beneficios
- Evidencia de asegurabilidad
- Cambios de eventos de vida que califican
- Reclamaciones
- Solicitudes de tarjetas
- Preguntas sobre beneficios
- Información de la Ley de Reconciliación del Presupuesto Ómnibus (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)

Teléfono: 866-433-7661, opción 5

Correo electrónico: mybenefits@campusbenefits.com

No olvide el portal de beneficios:

BufordCityBenefits.com



La Guía de inscripción de beneficios de 2020 se proporciona a efectos ilustrativos solamente. Los beneficios reales, los servicios, las primas, los procesos de reclamación y todas las demás características y diseños de plan para cobertura que se ofrecen son regidos exclusivamente por el contrato del seguro y la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD) asociada. En caso de discrepancias entre este documento y el contrato de seguro y la SPD, prevalecerán el contrato y la SPD.

Nos reservamos el derecho de cambiar, modificar, revisar, enmendar o terminar estas ofertas del plan en cualquier momento.

Todas las actualizaciones, cambios y avisos se encuentran en connect.campus.com
Estos deben revisarse completamente antes de elegir cualquier beneficio.