2020

BENEFITS 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: Inscríbase 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 1º julio del 2020 al

30 de junio de 2021

AÑO DE PLAN DEL SHBP

Del 1º 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

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.

PORTAL DE BENEFICIOS

INSCRIPCIÓN PARA LOS BENEFICIOS DEL CAMPUS INSTRUCCIONES

Sitio web: BufordCityBenefits.com

Pasos para iniciar sesión:

1 **BufordCityBenefits.com**

2 **Seleccione "Campus Connect" (Conectarse con el campus) para iniciar sesión**

Nuevo sistema de inscripción: Cualquier persona que se inscriba o inicie sesión después del 15 de julio de 2020 primero debe registrarse como nuevo usuario. Esto incluye a todos los empleados contratados antes del 15 de julio de 2020.

3 **Registro de nuevo usuario**

1. En la página de inicio de sesión, haga clic en "Register as a new user" (Registrarse como nuevo usuario)
   e ingrese la información a continuación
   - Primer nombre
   - Apellido
   - **Identificador de la compañía: BCS2020**
   - Número de identificación personal (Personal Identification Number, PIN): Últimos 4 dígitos del número de seguro social (Social Security number, SSN)
   - Fecha de nacimiento
2. Haga clic en "Next" (Siguiente)
3. Nombre de usuario: Dirección de correo electrónico del trabajo o la que proporcionó a Recursos Humanos cuando lo contrataron
4. Contraseña: Debe tener al menos 6 caracteres y contener un símbolo y un número
5. Haga clic en "Register" (Registrarse)
6. En la página siguiente, se mostrará el nombre de usuario que seleccionó. Haga clic en "Login" (Iniciar sesión)
7. Ingrese su nombre de usuario y contraseña
8. Haga clic en "Start Benefits" (Iniciar beneficios) para empezar la inscripción

Identificador de la compañía: BCS2020

Inicio de sesión de usuario registrado

1. Ingrese su nombre de usuario
2. Ingrese su contraseña
3. Haga clic en "LOGIN" (INICIAR SESIÓN)
4. Haga clic en el botón "Start Benefits" (Iniciar beneficios) y comience el proceso de inscripción

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Cuál es mi nombre de usuario?

- Dirección de correo electrónico del trabajo O
- Dirección de correo electrónico que proporcionó a Recursos Humanos cuando lo contrataron O
- Dirección de correo electrónico que utilizó antes para cambiar su nombre de usuario

¿Cuál es mi contraseña?

Para crear o restablecer una contraseña que olvidó, siga los pasos en la página de inicio de sesión con base en los consejos prácticos que se ofrecen a continuación.

- La contraseña debe tener al menos 6 caracteres
- Debe contener un símbolo y un número
- El uso de mayúsculas, números y símbolos refuerza enormemente la seguridad

¿AÚN NECESITA AYUDA?

Contacto para los beneficios del campus

- Correo electrónico mybenefits@campusbenefits.com
- Llame al 1-866-433-7661, opc 5

Información de inicio de sesión

Nombre de usuario: _____

Contraseña: _____

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.

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 1ºde julio de 2012)

Seguro médico

- Buford City Schools contribuye con $64.70 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.

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.

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 legal:** Su pareja legal según lo definido por la ley de Georgia. Se le exigirá que proporcionar 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 legal.

- **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 legal como padre, una copia de la licencia de matrimonio certificada para usted y su pareja legal, **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 legal; pérdida u obtención de cobertura a través de su pareja legal; 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.

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.

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.

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.

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: • 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 **• 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

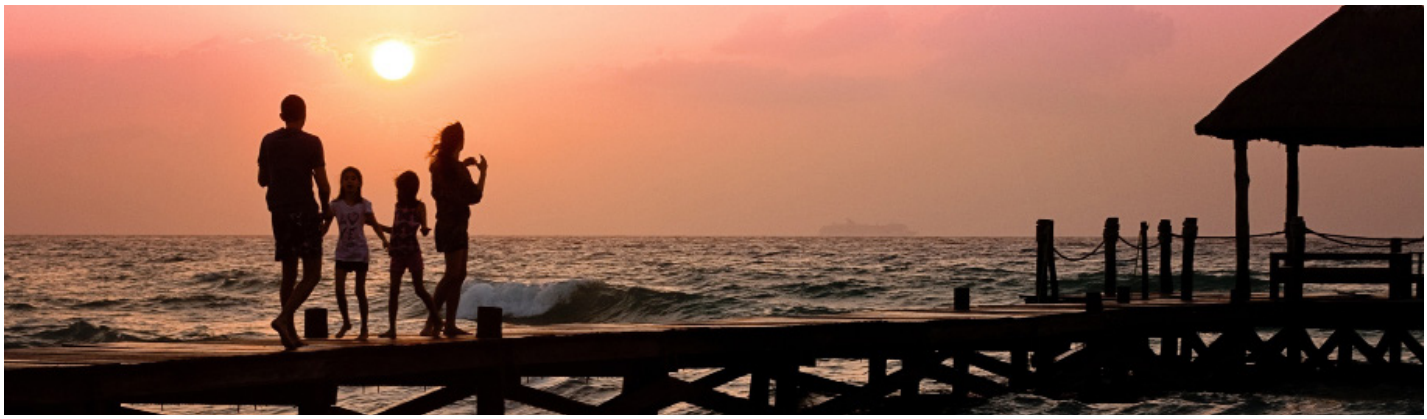
¿Qué es un Seguro de Vida Básico? Un plan de protección financiera y familiar pagado por Buford City Schools, que proporciona un pago de suma global, conocido como beneficio por muerte, a un beneficiario después de la muerte del asegurado.

¿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.



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 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 legal 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 legal	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 legal e hijos coinciden con los montos de vida	
EMISIÓN GARANTIZADA: INSCRIPCIÓN INICIAL/OFERTA DE PRIMERA VEZ	
Empleado	$300,000 (5 veces el salario)
Pareja legal	$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 legal 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 legal 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 legal	$5,000 - $25,000
Hijo	$1,000 - $10,000
EMISIÓN GARANTIZADA	
Empleado	$3 de prima semanal (compra de dinero)
Pareja legal	$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.

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 DENTAL

¿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 legal 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
Preventivo (Tipo A)	100%	100%	100%
Básico (Tipo B)	80%	80%	50%
Amplio (Tipo C)	50%	60%	No cubierto
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.° 90	Tarifa contratada	UCR n.° 90
Servicios	**Plan Alto**	**Plan MAC**	**Plan Bajo**
(2 por año de beneficios) Examen de rutina Radiografía de aleta de mordida Limpieza	100%	100%	100%
Fluoruro (Niños)	100% (18 años y menores)	100% (18 años y menores)	100% (13 años y menores)
(1 en 3 años) Radiografía de boca completa/panorámica	100%	100%	100%
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
Deducible del año calendario (todos los planes)			
(Excluye la atención preventiva)	$50 por personas ($150 máximo por familia)		

Tarifas del Plan Alto MENSUAL	
Empleado	$33.84
Empleado + 1	$74.98
Empleado + Familia	$157.38

Todas las tarifas anteriores incluyen la contribución $10.00 de BCS

Tarifas del Plan MAC MENSUAL	
Empleado	$29.96
Empleado + 1	$68.26
Empleado + Familia	$133.12

Todas las tarifas anteriores incluyen la contribución $10.00 de BCS

Tarifas del Plan Bajo MENSUAL	
Empleado	$18.78
Empleado + 1	$45.12
Empleado + Familia	$80.48

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.

SEGURO DE LA VISIÓN

MetLife

¿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 legal 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 Met

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

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 ENFERMEDAD GRAVE GRUPAL Y VOLUNTARIO

MetLife

¿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 legal 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 legal	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 legal**		**Empleado + Hijos**		**Familia**	
<25	$.38	$.60	$0.82	$1.22	$0.64	$0.86	$1.08	$1.50
25-29	$.38	$.60	$0.90	$1.34	$0.64	$0.86	$1.16	$1.60
30-34	$.50	$.84	$1.22	$1.88	$0.76	$1.10	$1.48	$2.12
35-39	$.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

MetLife

¿Qué es un Seguro contra Accidentes? Esta cobertura está diseñada para ayudar 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 legal 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
Contusiones	$200	$400
Cortes/laceraciones	$25-$200	$50-$400
Lesiones oculares	$200	$300
SERVICIOS Y TRATAMIENTO MÉDICOS		
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
Beneficios de pruebas médicas	$100	$200
Aparatos médicos	$50-$500	$100-$1,000
Cirugía de hospitalización	$100-$1,000	$200-$2,000
Cobertura de hospital (accidentes)		
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

Plan Bajo Tarifas mensuales
Empleado $5.68
Empleado + Pareja legal $11.90
Empleado + Hijo(s) $11.68
Empleado + Familia $14.62

Plan Alto Tarifas mensuales
Empleado $12.40
Empleado + Pareja legal $25.90
Empleado + Hijo(s) $25.64
Empleado + Familia $32.10

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.

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

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.

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 legal 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 1° 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 legal 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 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.

MEDCARECOMPLETE

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 legal 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.° del grupo, identificación de miembro (información que se encuentra en la tarjeta de MCC)

Incluido con la membresía de MedCareComplete:

- Negociador de facturas médicas
- Gestión de medicamentos
- Telemedicina
- Monitoreo médico y de robo de identidad
- Experto en restauración
- Reembolso de gastos por pérdida de identidad
- Seguimiento en redes sociales
- 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	Migrañas	Acidez	Bronquitis	Conjuntivitis
Fiebre	Sarpullido	Afecciones respiratorias	Infección en el oído	Dolor de garganta
Dolor de cabeza	Infecciones bacterianas	Infecciones del tracto urinario	Gota	Resfriado y gripe
Infecciones	Diarrea		Dolores articulares	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

SHBP
State Health Benefit Plan
A Division of the Georgia Department of Community Health

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.

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/

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

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 legales 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 legales 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 legales 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.

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.

PLANES DE SHBP PARA 2020

SHBP
State Health Benefit Plan
A Division of the Georgia Department of Community Health

State Health Benefit Plan 2020 Plan Designs

	Gold Plan		Silver Plan		Bronze Plan		BCBS/UHC HMO	HDHP		Kaiser HMO
	In Network	Out-of-Network	In Network	Out-of-Network	In Network	Out-of-Network	In Network	In Network	Out-of-Network	In Network
Deductible										
You	$1,500	$3,000	$2,000	$4,000	$2,500	$5,000	$1,300	$3,500	$7,000	None
You + Child(ren) or Spouse	$2,250	$4,500	$3,000	$6,000	$3,750	$7,500	$1,950	$7,000	$14,000	None
You + Family	$3,000	$6,000	$4,000	$8,000	$5,000	$10,000	$2,600	$7,000	$14,000	None
Medical Out of Pocket Maximum (OOPM)										
You	$4,000	$8,000	$5,000	$10,000	$6,000	$12,000	$4,000	$6,450	$12,900	$6,350
You + Child(ren) or Spouse	$6,000	$12,000	$7,500	$15,000	$9,000	$18,000	$6,500	$12,900	$25,800	$12,700
You + Family	$8,000	$16,000	$10,000	$20,000	$12,000	$24,000	$9,000	$12,900	$25,800	$12,700
Deductible/Out of Pocket Maximum (OOPM) Type	Embedded		Embedded		Embedded		Embedded	FAMILY		Embedded
Coinsurance (Plan Pays)										
	85%	60%*	80%	60%*	75%	60%*	80%	70%	50%	100%
HRA Contribution										
You	$400		$200		$100		NA	NA		
You + Child(ren) or Spouse	$600		$300		$150		NA	NA		
You + Family	$800		$400		$200		NA	NA		
Medical										
ER	Coinsurance after ded		Coinsurance after ded		Coinsurance after ded		$150 CoPay	Coinsurance after ded		$150 CoPay
Urgent Care	Coinsurance after ded		Coinsurance after ded		Coinsurance after ded		$35 CoPay	Coinsurance after ded		$35 CoPay
PCP Visit	Coinsurance after ded		Coinsurance after ded		Coinsurance after ded		$35 CoPay	Coinsurance after ded		$35 CoPay
Specialist Visit	Coinsurance after ded		Coinsurance after ded		Coinsurance after ded		$45 CoPay	Coinsurance after ded		$45 CoPay
Preventative Care	100%	Not covered	100%	Not covered	100%	Not covered	100%	100%	Not covered	100%
Telemedicine/Virtual Visit In Network ONLY	85% Coverage not subject to deductible		80% Coverage not subject to deductible		75% Coverage not subject to deductible		$35 CoPay	70% Coverage subject to deductible		100% Coverage
Rx Retail Pharmacy										
Tier 1	15%, Min $20, Max $50		15%, Min $20, Max $50		15%, Min $20, Max $50		$20 CoPay	Coinsurance after ded		$20 CoPay
Tier 2	25%, Min $50, Max $80		25%, Min $50, Max $80		25%, Min $50, Max $80		$50 CoPay	Coinsurance after ded		$50 CoPay
Tier 3	25%, Min $80, Max $125		25%, Min $80, Max $125		25%, Min $80, Max $125		$90 CoPay	Coinsurance after ded		$80 CoPay
Rx Mail Order Pharmacy										
Tier 1	15% Min $50, Max $125		15% Min $50, Max $125		15% Min $50, Max $125		$50 CoPay	Coinsurance after ded		$50 CoPay
Tier 2	25% Min $125, Max $200		25% Min $125, Max $200		25% Min $125, Max $200		$125 CoPay	Coinsurance after ded		$125 CoPay
Tier 3	25% Min $200, Max $313		25% Min $200, Max $313		25% Min $200, Max $313		$225 CoPay	Coinsurance after ded		$200 CoPay
Rx Out of Pocket Maximum (OOPM)	Combined With Medical									

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

SHBP
State Health Benefit Plan
A Division of the Georgia Department of Community Health

STATE HEALTH BENEFIT PLAN RATES JANUARY 1 - DECEMBER 31, 2020

Tier	YOU			YOU + CHILD(REN)			YOU + SPOUSE			YOU + FAMILY		
Plans	SHBP STATE RATE	BCS PAYS	YOUR DEDUCTION	SHBP STATE RATE	BCS PAYS	YOUR DEDUCTION	SHBP STATE RATE	BCS PAYS	YOUR DEDUCTION	SHBP STATE RATE	BCS PAYS	YOUR DEDUCTION
Anthem (BCBS) Gold HRA	$168.73	$ 64.70	$ 104.03	$307.13	$ 64.70	$ 242.43	$418.09	$ 64.70	$ 353.39	$556.50	$ 64.70	$ 491.80
Anthem (BCBS) Silver HRA	$110.89	$ 64.70	$ 46.19	$208.80	$ 64.70	$ 144.10	$296.62	$ 64.70	$ 231.92	$394.54	$ 64.70	$ 329.84
Anthem (BCBS) Bronze HRA	$ 72.45	$ 64.70	$ -	$143.46	$ 64.70	$ 78.76	$215.91	$ 64.70	$ 151.21	$286.92	$ 64.70	$ 222.22
Anthem (BCBS) HMO	$135.65	$ 64.70	$ 70.95	$250.90	$ 64.70	$ 186.20	$348.63	$ 64.70	$ 283.93	$463.89	$ 64.70	$ 399.19
UHC HMO	$172.56	$ 64.70	$ 107.86	$313.65	$ 64.70	$ 248.95	$426.14	$ 64.70	$ 361.44	$567.22	$ 64.70	$ 502.52
UHC HDHP	$ 58.03	$ 64.70	$ -	$118.94	$ 64.70	$ 54.24	$185.62	$ 64.70	$ 120.92	$246.54	$ 64.70	$ 181.84
Kaiser HMO	$142.71	$ 64.70	$ 78.01	$262.59	$ 64.70	$ 197.89	$362.49	$ 64.70	$ 297.79	$482.37	$ 64.70	$ 417.67

ADD $80 TO ANY OF THE RATES FOR TOBACCO USER SURCHARGE

TRICARE SUPPLEMENT RATES JANUARY 1 - DECEMBER 31, 2020

YOU			YOU + CHILD(REN)			YOU + SPOUSE			YOU + FAMILY		
State Rate	BCS pays	You pay	State Rate	BCS pays	You pay	State Rate	BCS pays	You pay	State Rate	BCS pays	You pay
$60.50	$64.70	**$0.00**	$119.50	$64.70	**$54.80**	$119.50	$64.70	**$54.80**	$160.50	$64.70	**$95.80**

Remember payroll deductions for State Health will change with your December 2019 paycheck.
December premiums/payroll deductions pay for your January 2020 coverage.

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.

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 legal) 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 ACCOUNTABAILITY 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 legal, 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 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.

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!

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.

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.

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.

Service Hub

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

Campus BENEFITS

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.