

Beneficios temporales: empleados elegibles

Guía de beneficios

2021



Actualizada el 2 de julio de 2021

Programa de beneficios	Temporal	Temporal	Temporal	Horario variable	Elegible para beneficios temporales	Elegible para beneficios temporales
	Asignación interina o temporal a corto plazo de hasta 1 año (la asignación no debe superar las 1,040 horas)*, *****	Temporal inferior a medio tiempo (estacional, de guardia) que no supere las 1,040 horas*, *****	Una o más asignaciones interinas o temporales a corto plazo. Si en 1 año la persona ha trabajado 1,040 horas*, **, *****	Empleado temporal con horario variable (trabajó 30 horas semanales o más en promedio durante los 12 meses anteriores)*****, *****	Asignación temporal a corto plazo o interina de hasta 1 año (luego de que la asignación haya entrado en vigencia, durante 1,040 horas)***	Asignación temporal de plazo limitado (de 1 a 3 años)***
Descuento en WW	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible
Licencia por enfermedad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Vacaciones	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí
Días feriados pagos	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí
Licencia por duelo	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí
Compensación por servicio de jurado	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí

*Recibe el pago de las primas. Si se solicita la conversión para un puesto regular, el puesto se vuelve elegible para acceder a los beneficios.

**Consulte la [Norma para el personal 11.21 A](#) para obtener más información sobre la cobertura de atención médica para los trabajadores temporales que reciben el pago de las primas.

***Recibe beneficios en lugar del pago de las primas.

****Los trabajadores temporales pueden optar por formar parte del Sistema Jubilatorio de Empleados de la Ciudad de Seattle:

1. dentro de los 6 meses calendarios posteriores a haber completado 1,044 horas de servicio regular compensado; o
2. luego de recibir el nombramiento para un puesto elegible en caso de que dicho nombramiento se produzca luego de que el trabajador haya completado 1,044 horas de servicio para la ciudad, pero antes de haber completado 10,440 horas de servicio para la ciudad; o
3. dentro de los 6 meses calendarios posteriores a haber completado 10,440 horas de servicio regular compensado y continuo.

*****Para respetar los requisitos de la reforma del sistema de atención médica.

*****Los empleados temporales que reciben el pago de las primas en lugar de los beneficios complementarios acumularán una hora de licencia remunerada por cada treinta horas trabajadas.

Exclusiones:

- Los miembros de programas de estudio y trabajo, los pasantes y los contratistas independientes no son elegibles para acceder a los beneficios independientemente de la cantidad de horas que trabajen para la ciudad.
- Los beneficios **no incluyen** programas de cuentas de gastos flexibles para atención médica ni cuidado diurno, el seguro por muerte y desmembramiento accidental (Accidental Death and Dismemberment, AD&D), el seguro de vida grupal temporal complementario, el seguro complementario por incapacidad a largo plazo, el seguro de cuidado a largo plazo, el plan oftalmológico adicional, el programa de asistencia al empleado, el programa para dejar el tabaco ni los descuentos de Weight Watchers para empleados de la ciudad.

Asistencia para entender la información en este documento

- **¿Necesita hablar con alguien en un idioma que no sea inglés?** Llame a la Unidad Central de Beneficios al 206-615-1340 y le ayudaremos a acceder al servicio de traducción "Language Line Services". Tendrá acceso a un intérprete y a un miembro de la Unidad de Beneficios para responder a sus preguntas.
- **¿Tiene problemas de audición?** Puede usar TDD, la ciudad provee servicios de interpretación. Llame al 7-1-1 o al 1-800-833-6384 desde su TDD. Se conectará con el Servicio de Retransmisión de Washington. Deles el número al que quiere llamar. Ellos llamarán a esa persona por usted, luego interpretarán la información de su TDD a la persona que está llamando.
- **¿Tiene problemas de vista?** Esta Guía de beneficios para los empleados está disponible en letras más grandes. Para solicitar una copia electrónica, comuníquese con la Unidad de Beneficios al 206-615-1340.
- **¿Prefiere escuchar la información en lugar de leerla?** Si su entendimiento mejora si alguien le lee o parafrasea la información, está invitado a asistir a la orientación de beneficios. Las orientaciones cubren todos los beneficios de la ciudad y hay mucho tiempo para hacer preguntas. Puede reunirse con el presentador después de la sesión si tiene más preguntas o alguna duda que quiera preguntar en privado. Las orientaciones se llevan a cabo semana de por medio. Las orientaciones se llevan a cabo semana de por medio; para inscribirse, vaya a [Autoservicio para empleados](#), en la sección "Training" (Capacitación).

Si necesita ayuda adicional o prefiere hablar con alguien confidencialmente, llame a la Unidad de Beneficios al 206-615-1340.

Tenga en cuenta lo siguiente: Hemos tratado de brindarle información precisa. Si hay alguna discrepancia entre la información de este manual y la de los contratos de seguro, otros documentos legales o un convenio colectivo de trabajo autorizado, prevalecerán los contratos, documentos legales y convenios colectivos de trabajo que correspondan.

La ciudad de Seattle tiene la intención de mantener estos planes de forma indefinida, pero se reserva el derecho de enmendarlos o cancelarlos total o parcialmente, en cualquier momento y por cualquier motivo conforme a los procedimientos de enmienda y cancelación que se detallan en los documentos legales. Este manual no genera un contrato laboral con la ciudad de Seattle.

ÍNDICE

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADO	1
ELEGIBILIDAD E INFORMACIÓN DE COBERTURA	2
EMPLEADOS ELEGIBLES PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS PARA EMPLEADOS TEMPORALES	3
FAMILIARES ELEGIBLES	3
¿CUÁNDO ME INSCRIBO?	4
¿PUEDO INSCRIBIR A MIS FAMILIARES?	5
¿CÓMO CANCELO LA INSCRIPCIÓN DE MIS FAMILIARES?	6
FIN DE LA COBERTURA	7
CONTINUIDAD DE LA COBERTURA CONFORME A COBRA	7
COBERTURA A TRAVÉS DE LA BOLSA DE SEGUROS MÉDICOS	8
COBERTURA A TRAVÉS DE UN PLAN PARA JUBILADOS DE LA CIUDAD	8
PAGO DE LOS BENEFICIOS	9
BENEFICIOS Y PLANIFICACIÓN FINANCIERA	10
OPCIONES DE PLANES MÉDICOS	11
CÓMO ELEGIR UN PLAN MÉDICO	11
PLAN PREVENTIVO	12
PLAN TRADICIONAL	12
PLAN ESTÁNDAR DE KAISER PERMANENTE	13
PLAN DE DEDUCIBLE DE KAISER PERMANENTE	13
EJEMPLOS DE COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS	14
PRIMAS DE ATENCIÓN MÉDICA	24
MONTO GRAVABLE DEL BENEFICIO (CON DDWA)	26
MONTO GRAVABLE DEL BENEFICIO (CON DHS).....	27
COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA	28
PLANES PREVENTIVOS Y TRADICIONALES (AETNA) .	28
PLANES DE KAISER PERMANENTE	28
OPCIONES DE PLANES ODONTOLÓGICOS	30
DELTA DENTAL OF WASHINGTON	30
DENTAL HEALTH SERVICES	31
COBERTURA OFTALMOLÓGICA	32
SEGURO BÁSICO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO	36
SEGURO BÁSICO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)	36
SEGURO DE VIDA GRUPAL TEMPORAL BÁSICO	38
SEGURO DE VIDA GRUPAL TEMPORAL BÁSICO (GTL)	38
SEGURO DE VIDA BÁSICO	38
¿CUÁNTO CUESTA LA COBERTURA?	39
COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES	43
PROGRAMAS DE BIENESTAR	43
REACH	43
HINGE HEALTH	43
PROGRAMAS DE BIENESTAR	44
MIS VIAJES	44
POLÍTICAS DE LICENCIAS	45
VACACIONES	45
LICENCIA POR ENFERMEDAD	46
DÍAS FESTIVOS	47
LICENCIA POR DUELO	47
SERVICIO DE JURADO	47
LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA	48
LICENCIA POR CUIDADO FAMILIAR REMUNERADA	48
LICENCIA PARENTAL REMUNERADA	48
LICENCIA POR CUIDADO FAMILIAR Y MÉDICO REMUNERADA DEL ESTADO DE WASHINGTON	50
JUBILACIÓN	51
SISTEMA JUBILATORIO DE LA CIUDAD	51
BENEFICIO POR FALLECIMIENTO DEL SISTEMA JUBILATORIO	51
PLAN DE AHORRO POR COMPENSACIÓN DE DIFERIMIENTO DE IMPUESTOS	52
GLOSARIO	53
¿CON QUIÉN ME COMUNICO SI TENGO ALGUNA PREGUNTA?	55

Responsabilidades del empleado

Los empleados que sean elegibles para recibir beneficios como empleados temporales deben elegir o modificar sus beneficios dentro de los plazos establecidos, incluida la inscripción abierta. Deben notificar al [representante de beneficios de su departamento](#) cualquier cambio familiar o en su situación laboral que influya en los beneficios, como matrimonio, separación legal, divorcio, comienzo o disolución de una pareja doméstica, nacimiento o adopción, licencia o muerte en la familia. Si agrega un dependiente a los beneficios de la ciudad, recibirá una carta de Alight Solutions, el socio comercial de la ciudad, donde se le explicará cómo presentar los documentos necesarios para verificar la elegibilidad.

¿Acaba de convertirse en un empleado elegible para recibir beneficios como empleado temporal? Debe elegir los beneficios dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación. Es importante que tenga en cuenta que si **renuncia** a la cobertura de la ciudad una vez que sea elegible como empleado temporal y luego se convierte en empleado regular, deberá esperar hasta que comience el período de inscripción abierta para poder inscribirse.

¿Quiere agregar un familiar nuevo a la cobertura médica y la cuenta de gastos flexibles? Comuníquese con el [representante de beneficios](#) de su departamento dentro de los 30 días posteriores a la fecha del matrimonio o nueva pareja doméstica. En caso de nacimiento o adopción, tiene 60 días para notificar a su representante y gestionar la inclusión del miembro nuevo a la cobertura médica, odontológica u oftalmológica.

¿Quiere quitar un familiar de la cobertura médica y la cuenta de gastos flexibles? Comuníquese con el [representante de beneficios](#) de su departamento dentro de los 30 días posteriores a la fecha del divorcio, la separación legal o la disolución de la pareja doméstica.

¿Quiere tomar una licencia? Comuníquese con su [representante de beneficios](#) para saber cómo podría influir en sus beneficios.

¿Quiere elegir o modificar su beneficiario?

- Seguro de vida por muerte accidental o desmembramiento: [Autoservicio para empleados](#).
- Jubilación: comuníquese con la [Oficina de jubilación](#).
- Licencia por enfermedad o compensación de diferimiento de impuestos: consulte a su [representante de beneficios](#).

¿Se muda? Actualice su dirección en [Autoservicio para empleados](#).

Acceda a información sobre sus beneficios desde casa en seattle.gov/human-resources/benefits

Elegibilidad e información de cobertura

La ciudad de Seattle ofrece una gran variedad de beneficios a los empleados y sus familias para ayudarlos con la planificación de sus finanzas individuales.

Plan médico

La ciudad ofrece a los empleados regulares y sus familias* la opción de elegir uno de cuatro planes médicos:

- Plan preventivo de Aetna
- Plan tradicional de Aetna
- Plan estándar de Kaiser Permanente
- Deducible de Kaiser Permanente

Odontología

La ciudad ofrece a los empleados regulares y sus familias* la cobertura odontológica de Delta Dental of Washington y Dental Health Services.

Oftalmología

La ciudad ofrece cobertura oftalmológica través de VSP.

Seguro de vida y seguro por incapacidad a largo plazo (LTD)

La ciudad ofrece un seguro básico por incapacidad a largo plazo y comparte el costo del seguro de vida básico grupal temporal con usted.

Plan de compensación de diferimiento de impuestos

La ciudad ofrece un plan de ahorro "457 (b)"** con ventajas fiscales que permite que los empleados inviertan sus ingresos actuales antes y después de impuestos (Roth) para generar más fondos jubilatorios.

*Si inscribe a un dependiente, el socio comercial de la ciudad, Alight Solutions, le enviará una carta a su casa luego de 2 o 3 semanas para pedirle documentos y verificar la elegibilidad del dependiente. ¡Gracias por participar! Si quiere obtener más información sobre el proceso de verificación, ingrese [aquí](#).

**Tipo de plan de ahorro jubilatorio disponible para los empleadores del gobierno estatal y local.

Elegibilidad e información de cobertura

Elegibilidad de los Beneficios temporales: empleados elegibles

Si es un empleado elegible para recibir beneficios temporales y trabaja a tiempo completo o parcial (es decir, si tiene programadas al menos 80 horas mensuales), es elegible para participar en programas de beneficios seleccionados si cumple con los requisitos de elegibilidad de su puesto.

- Asignación de plazo limitado: en la fecha de contratación de la asignación de 1 a 3 años.
- Una o más asignaciones interinas o a corto plazo: luego de la entrada en vigencia de la asignación a corto plazo de hasta 1 año y por 1,040 horas.

Esta es su "fecha de elegibilidad". **Consulte la página 4** para saber cuándo comienza la cobertura.

Estos son los beneficios para los cuales es elegible: plan médico, plan odontológico, plan básico, plan de seguro de vida básico, plan de seguro básico por LTD y plan de compensación de diferimiento de impuestos (consulte las páginas 1 a 2).

Familiares elegibles

Los siguientes familiares también son elegibles para inscribirse en programas médicos, odontológicos y oftalmológicos:

- su cónyuge o pareja doméstica;
- sus hijos biológicos o adoptivos o los hijos que reciba en adopción;
- los hijos de la pareja doméstica con quien convive;
- sus hijastros; o
- Cualquier menor bajo su tutela legal
- Cualquier menor para el que se exija cobertura conforme una orden calificada de manutención infantil médica (solo planes de salud).

Elegibilidad de los hijos

Consulte los requisitos de elegibilidad a continuación.*,**

Plan	Edad	Otros
Médico, odontológico, oftalmológico	Hasta los 26 años de edad (durante los 25 años de edad)	<u>No</u> tiene que: -ser soltero -vivir con usted -depender económicamente de usted Puede tener acceso a otra cobertura.

*Si inscribe a un dependiente, Alight Solutions, le enviará una carta a su casa luego de 2 o 3 semanas para pedirle documentos y verificar la elegibilidad de sus dependientes. Información adicional [aquí](#).

**Es posible que la cobertura no se interrumpa si el hijo tiene una discapacidad o incapacidad que se originó antes de la edad límite, siempre y cuando un médico haya documentado la discapacidad o incapacidad.

Elegibilidad e información de cobertura

¿Cuándo me inscribo?

Debe presentar los formularios de inscripción para los beneficios dentro de los **30 días posteriores a la fecha de elegibilidad para los beneficios** (consulte la página anterior).

¿Cuándo comienza la cobertura?

La cobertura real de los planes en los que está inscrito comienzan en la fecha de elegibilidad o el primer día del mes siguiente a la fecha de elegibilidad.

¿Cómo inscribo a mis familiares?

Tiene dos opciones para inscribirse usted y a sus dependientes elegibles:

- 1) a través del [Autoservicio para empleados](#), que es la forma preferida
- 2) si no puede inscribirse en Autoservicio para empleados o no tiene acceso a una computadora, comuníquese con el [Representante de Recursos Humanos](#) del departamento para solicitar un Formulario de Elección de Beneficios para poder completarlo y enviarlo.

Si no se inscribe dentro del plazo establecido, se le asignarán beneficios de forma predeterminada y no será elegible para inscribirse en otros. Deberá esperar hasta que se abra el próximo período de inscripción abierta para hacer cambios.

Si no se inscribe en el plan de seguro de vida apenas adquiere la elegibilidad, el proveedor del seguro le exigirá presentar una *Declaración de antecedentes médicos* o un *certificado de buena salud*, y no se le garantizará la cobertura como cuando apenas adquiere la elegibilidad.

Puede rechazar la cobertura, pero no será elegible para recibir el pago de las primas en lugar de los beneficios.

¿Qué ocurre si no me inscribo dentro del plazo establecido?

Si no se inscribe dentro de los 30 días posteriores a la fecha de elegibilidad, se le inscribirá de forma automática en una cobertura odontológica y oftalmológica básica. Su cobertura odontológica predeterminada será el plan Delta Dental of Washington.

Rechazo de la cobertura

Si recién es elegible para la cobertura de salud y no elige o renuncia activamente a la cobertura médica, se lo inscribirá automáticamente en el plan tradicional exclusivo para empleados de Aetna. Este plan no requiere ninguna prima de su parte.

Si renuncia a la cobertura y se convierte en empleado regular más adelante, podrá inscribirse en el período de inscripción abierta.

Elegibilidad e información de cobertura

Continuidad de la elegibilidad

Para seguir siendo elegible para los beneficios que paga la ciudad, debe tener al menos 80 horas de servicio remunerado durante el mes calendario. Si trabaja menos de 80 horas mensuales, los beneficios se suspenderán y usted deberá pagar los costos correspondientes.

¿Cómo inscribo a mis familiares?

Hay dos maneras de inscribir a familiares después de su elegibilidad inicial:

- Inscripción abierta
- Evento de vida o cambio de estado de familia, por ejemplo:
 - Dentro de los 30 días del matrimonio, establecimiento de pareja doméstica, tutela legal o pérdida de cobertura de un dependiente en otro plan
 - Dentro de los 60 días del nacimiento o adopción de un hijo para la cobertura médica
 - Se pueden encontrar otros ejemplos de lo anterior en las páginas 6 y 7.

Si agrega un familiar fuera del período de inscripción abierta, debe completar un [Formulario de cambio de beneficios](#) y presentarlo ante el representante de beneficios del departamento. Si no se inscribe dentro del plazo establecido, puede inscribir a su(s) familiar(es) en el próximo período de inscripción abierta, el cual generalmente ocurre en otoño.

Luego de que inscribe a un dependiente, el socio comercial de la ciudad, Alight Solutions, le enviará una carta a su casa luego de 2 o 3 semanas para pedirle documentos y verificar la elegibilidad del dependiente. Si quiere obtener información adicional sobre el proceso de verificación de elegibilidad para dependientes, ingrese [aquí](#).

Visite <https://www.seattle.gov/human-resources/benefits> para más información. En caso de que tenga alguna pregunta, llame al [representante de beneficios o a Recursos Humanos](#) de su departamento o a la Unidad de Beneficios de la ciudad al 206-615-1340.

Elegibilidad e información de cobertura

¿Cómo cancelo la inscripción de mis familiares?

Si necesita cancelar la cobertura de un familiar fuera del período de inscripción abierta, envíe un Formulario de elección de beneficios completo al [representante de beneficios](#) de su departamento.

Si necesita cancelar la cobertura de su cónyuge o pareja doméstica a causa de una separación legal, un divorcio o la disolución de la pareja doméstica, envíe un Formulario de declaración de disolución de matrimonio/pareja doméstica o un Aviso de disolución de pareja doméstica con certificación estatal dentro de los 30 días posteriores a la separación legal, el divorcio o la disolución de la pareja doméstica.

Puede modificar sus beneficios en dos oportunidades:

- Inscripción abierta
- dentro de los 30 días posteriores a la fecha de un cambio habilitante en su situación familiar o laboral.

Modificación de los beneficios

Inscripción abierta

El período de inscripción abierta se abre todos los años durante el otoño. En este período, puede modificar los planes de beneficios y agregar o quitar familiares o tipos de cobertura. Si hace cambios durante la inscripción abierta, la cobertura nueva entrará en vigencia el 1 de enero del año del plan nuevo (siguiente). Los aumentos en la cobertura del seguro de vida están sujetos a la aprobación de la *Declaración de antecedentes médicos* por parte de la compañía de seguros.

Eventos de vida o cambios en la situación familiar que pueden influir en sus beneficios

Dispone de 30 días a partir de la fecha de matrimonio o nueva pareja doméstica para inscribir a su cónyuge o pareja y a los dependientes. Si quiere inscribir a un hijo biológico, adoptado o recibido en adopción, dispone de 60 días para hacerlo. *Si no los inscribe dentro del plazo establecido*, solo podrá hacerlo durante el período anual de inscripción abierta que se abre en el otoño.

Si se produce algún cambio en su situación familiar, es posible que pueda modificar los beneficios relacionados. En la próxima página podrá encontrar diferentes ejemplos. Si ocurre alguna de las siguientes situaciones, comuníquese con su representante de Recursos Humanos.

- Si adopta un hijo, puede agregarlo a su cobertura (y también a sus demás dependientes).
- Si su hijo pierde la cobertura que tenía a través de un plan de su cónyuge, puede inscribirlo en su plan.
- Si se casa o forma una pareja doméstica nueva, puede inscribir a su cónyuge o pareja nueva y los hijos elegibles de este.
- Si su cónyuge o pareja doméstica pierde la cobertura por un cese o cambio laboral o el inicio de una licencia no remunerada, puede inscribirlo en el plan.

Elegibilidad e información de cobertura

Fin de la cobertura

- Si su cónyuge o pareja doméstica adquiere cobertura a raíz de un empleo nuevo, un cambio laboral o la disolución de una licencia no remunerada, puede cancelar la inscripción de este en el plan.
- Si se divorcia, se separa legalmente o se disuelve una pareja doméstica, debe cancelar la inscripción de su cónyuge o pareja en el plan.
- Si su hijo ya no cumple con los requisitos de edad para el plan médico, odontológico u oftalmológico, se cancelará la inscripción de este en el plan.

Las coberturas médica, odontológica y oftalmológica y las coberturas del seguro básico por incapacidad a largo plazo y del seguro de vida grupal temporal finalizan el último día del mes calendario en el que se produce alguna de estas situaciones:

- pierde la elegibilidad;
- renuncia, se jubila o es despedido;
- deja de hacer pagos obligatorios.

Continuidad de la cobertura conforme a COBRA

Sus coberturas médicas, odontológicas y oftalmológicas también finalizarán el día en que finalice el plan, o si usted muere (la cobertura de los miembros de su familia finalizará el último día del mes calendario en que fallezca).

Para garantizar la continuidad de la cobertura médica, el Congreso aprobó la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) en 1986. De acuerdo con la COBRA, usted es elegible para comprar una cobertura médica o una cobertura odontológica y oftalmológica o una cobertura médica, odontológica y oftalmológica conforme a determinadas circunstancias una vez que finaliza la cobertura del plan de salud grupal de la ciudad.

Si es empleado de la ciudad y tiene una cobertura médica, odontológica y oftalmológica de la ciudad, usted y sus familiares cubiertos tienen derecho a optar por la continuidad de la cobertura conforme a COBRA durante 18 meses como máximo en caso de que la haya perdido a causa de alguno de los siguientes eventos habilitantes:

- si sufre un cese laboral por un motivo que no sea una falta de conducta grave;
- si sus horas de trabajo se reducen al punto en el que ya no es elegible para obtener los beneficios.

El período de continuidad de 18 meses conforme a COBRA puede extenderse a 29 meses si usted o un familiar (que sea un beneficiario calificado) tienen una incapacidad según lo determine la Seguridad Social cuando se produce el evento habilitante. Esta extensión de 11 meses se ofrece a todos los beneficiarios calificados que hayan perdido la cobertura debido a un cese laboral o una reducción de las horas de trabajo.

Los familiares cubiertos tienen derecho a elegir la continuidad de la cobertura conforme a COBRA durante 36 meses como máximo en caso de que la hayan perdido a causa de alguno de los siguientes eventos habilitantes:

Elegibilidad e información de cobertura

- muerte del empleado;
- divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o disolución de la pareja doméstica.
- pérdida de cobertura de un hijo (al cumplir los 26 años).

Los planes de seguro de vida e incapacidad ofrecen opciones de conversión.

Cobertura a través de la bolsa de seguros médicos

Como alternativa a la continuidad de la cobertura conforme a COBRA, puede elegir un plan médico individual a través de la bolsa de seguros médicos. Dependiendo de sus ingresos y la cantidad de dependientes, puede encontrar un plan que se adapte a sus necesidades de cobertura. Para obtener más información, visite www.wahealthplanfinder.org.

Cobertura a través de un plan para jubilados de la ciudad

Cuando cumpla los requisitos para jubilarse, deberá asistir a una reunión en la Oficina de Jubilación donde le brindarán información sobre los planes médicos para los jubilados de la ciudad. Si quiere inscribirse en un plan médico para jubilados en lugar de optar por la cobertura conforme a COBRA o un plan de la bolsa de seguros médicos, tenga en cuenta que deberá elegirlo **al menos 30 días antes de que se jubile**. En algunos casos, si tiene la cobertura de otro empleador, tiene un plazo mayor para inscribirse en un plan médico para jubilados de la ciudad. Si quiere recibir más información sobre los planes, comuníquese con la Unidad de Beneficios y envíe un correo electrónico a Benefits.Unit@seattle.gov.

Pago de los beneficios

Deducciones de su salario

Consulte la página 23 para ver las primas médicas



Cobertura médica, odontológica y oftalmológica

Si elige una cobertura médica, la ciudad de Seattle pagará la mayoría de sus primas y las de sus familiares elegibles inscritos. El monto que deberá pagar usted dependerá del plan que elija y de si incluye a un cónyuge o una pareja doméstica.

Las primas médicas se deducen todos los meses antes de impuestos. (Las primas de las parejas domésticas no pueden pagarse antes de impuestos si su pareja no figura como dependiente en el formulario fiscal del Servicio de Impuestos Internos, IRS).

Su parte de la prima médica se deduce del primer y el segundo cheque de pago del mes en montos iguales y antes de impuestos, y corresponde a la cobertura del mes actual. Por ejemplo, las deducciones que se efectúen del cheque de marzo corresponden a la cobertura de marzo.

La ciudad paga los planes odontológico y oftalmológico básico en su totalidad a la mayoría de los empleados.

Seguro de vida

Las primas de los seguros de vida básico y complementario se deducen del segundo cheque mensual después de impuestos y corresponden a la cobertura del próximo mes.

Beneficios y planificación financiera

Debido a que nadie tiene la misma situación médica y financiera, la ciudad ofrece una variedad de planes para proteger a los empleados y sus familias de las dificultades financieras que pueden causar los gastos médicos imprevistos. Los planes están diseñados para cubrir una gran parte del costo de los servicios de salud médicamente necesarios. Sin embargo, los empleados deben pagar una parte de estos costos a través de primas, deducibles, copagos y coseguros.

Los costos de atención médica pueden ser imprevistos, de modo que es recomendable ser previsor y ahorrar para los costos que deba pagar de su propio bolsillo. Estas son algunas medidas que puede tomar para reducir los costos y ahorrar dinero.

- Deje de fumar y aliente a que su familia también lo haga.
- Adopte un estilo de vida más activo y consuma alimentos nutritivos. Muchas enfermedades y afecciones son prevenibles, y adoptar conductas saludables reduce los costos médicos futuros y mejora la calidad de vida actual.
- Consulte al médico para que le realice chequeos y exámenes. Pídale al médico, odontólogo u oftalmólogo que le realice exámenes físicos periódicamente. Aproveche los exámenes médicos y las vacunas antigripales gratuitas y visite las ferias de bienestar y beneficios que organiza la ciudad.
- Elija el mejor plan de salud para usted y su familia. A la hora de elegir un buen plan de salud, existen muchos factores para tener en cuenta *además de la deducción del salario*. Si tiene que elegir un plan de salud, compare las primas, los copagos y los coseguros junto con los servicios que se cubren y los que no se cubren.
- Elija a proveedores de la red. Busque médicos y proveedores de atención médica que estén dentro de la red de su plan. Si tiene un plan de Aetna y necesita consultar a un especialista, asegúrese de elegir a un especialista de Aexcel y ahorre un 10%.
- Revise las facturas médicas cuidadosamente. Los errores de facturación pueden costar cientos o hasta miles de dólares. Comuníquese con la oficina de facturación en caso de que haya un error o no entienda la factura. Es posible que pueda negociar cargos y facturas que le resultan demasiado elevados.
- Inscríbase en Reach para cumplir sus metas físicas, emocionales y de bienestar financiero. Visite cityofseattle.limeade.com para registrarse. Si quiere acceder a Reach desde un dispositivo móvil, descargue la aplicación Limeade y escriba el código para la ciudad de Seattle: seattle.

Opciones de planes médicos

Planes médicos

La ciudad ofrece cuatro planes médicos diferentes:

- Plan preventivo de Aetna
- Plan tradicional de Aetna
- Plan estándar de Kaiser Permanente
- Plan de deducible de Kaiser Permanente

Cómo elegir un plan médico

Las características, las coberturas y los costos de los planes son diferentes. Los planes de Aetna ofrecen una variedad ilimitada de médicos; la cobertura es mayor si elige a médicos que están dentro de la red de Aetna. Los planes de Kaiser Permanente le exigen usar su red de médicos, clínicas, hospitales y farmacias, pero ofrece una cobertura mayor.

Los planes que tienen una mayor cobertura (plan preventivo de Aetna y plan estándar de Kaiser Permanente) tienen copagos más bajos, pero primas mensuales más altas. El plan tradicional de Aetna tiene un deducible anual más alto y no tiene primas mensuales o tiene primas mensuales más bajas.

A la hora de tomar una decisión, tenga en cuenta el costo, la variedad de elección y la cobertura. Estas son algunas preguntas que pueden resultar útiles:

- ¿Quiere un plan que le permita elegir cualquier médico, hospital o clínica (planes de Aetna) o está dispuesto a limitarse a una red (planes de Kaiser Permanente) para obtener una cobertura mayor?
- ¿Prefiere pagar primas mensuales más altas para que el deducible anual sea más bajo (plan preventivo de Aetna) o prefiere no pagar un deducible anual (plan estándar de Kaiser Permanente) y pagar copagos más bajos?
- ¿Prefiere no pagar primas mensuales o pagar primas más bajas y tener un coseguro y deducibles más altos (plan de deducible de Kaiser Permanente y plan tradicional de Aetna)?

También puede usar las siguientes descripciones de los planes para tomar una decisión.

Empleados recientemente elegibles para recibir los beneficios temporales

Recuerde que tiene 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los planes médico, odontológico y oftalmológico y en los planes de seguro de vida grupal temporal. Si rechaza la cobertura una vez que sea elegible como empleado temporal y luego se convierte en empleado regular, deberá esperar hasta que comience el período de inscripción abierta para poder inscribirse.

Opciones de planes médicos

Aetna	La ciudad ofrece dos planes a través de Aetna: el plan preventivo y el plan tradicional. Ambos planes usan la red de proveedores de Aetna, que administra los reclamos.
Plan preventivo	Este plan tiene un deducible anual de \$100 por persona (\$300 por familia) y un copago de \$15 para todas las consultas a excepción de las consultas de atención preventiva (que se cubren al 100%). El deducible se aplica a la mayoría de los servicios excepto a aquellos que exigen un copago. La mayoría de los demás servicios se cubren al 90% después de pagar el copago si se usa un proveedor de la red de Aetna.
Plan tradicional	Este plan tiene un deducible anual de \$400 por persona (\$1,200 por familia). La mayoría de los servicios se cubren al 80% si se usa un proveedor de la red de Aetna. No cubre la mayoría de los servicios de atención preventiva.
¿Qué ocurre si no uso la red de Aetna?	Si elige a un proveedor que no está dentro de la red, pagará un porcentaje más alto por el costo de la consulta. Los precios que cobra un proveedor fuera de la red son también, a menudo, más altos que los cobrados por un proveedor dentro de la misma. Si consulta a un proveedor que no está dentro de la red, pagará el 40% del costo del servicio de la red, y es posible que el médico le cobre un monto adicional al del precio de la red.
Red Aexcel de Aetna	Aetna tiene una sub-red especial, la red Aexcel, que consiste en médicos especializados en áreas como cardiología, cirugía cardiotorácica, gastroenterología, cirugía general y obstetricia / ginecología. Esta red se formó con médicos que cumplían con requisitos de selección en términos de experiencia, desempeño, efectividad y eficiencia. Si necesita atención en alguna de estas áreas y no elige a un médico de la red Aexcel, pagará un coseguro un 10% más alto. No necesita una derivación para consultar a un especialista.
Accolade	Para obtener servicio al cliente, apoyo con decisiones de tratamiento, preguntas sobre cobertura de beneficios, ayuda para encontrar un médico o especialista, denegación de reclamos o quejas, plan de recetas y preguntas del formularios, comuníquese con Accolade al 866-540-5418 o ingresando a https://login.myacolade.com/login .
Aetna.com	Para obtener información detallada de reclamos ingrese a Aetna.com .
Dígale a un médico	Hable con un médico en cualquier momento, vía telefónica o por vídeo. Sea tratado por problemas de salud, incluyendo síntomas de resfriado o gripe, alergias y problemas de piel. También puede consultar un proveedor de salud conductual y establecer una relación continua por problemas como depresión y ansiedad. Regístrese en member.teladoc.com/registrations .
Atención de urgencia	Para encontrar un centro de atención de urgencias cercano, comuníquese con un asistente de salud llamando al 866-540-5418. O inicie sesión en su cuenta en Aetna.com .

Opciones de planes médicos

<p>Kaiser Permanente</p>	<p>Kaiser Permanente es una organización para el mantenimiento de la salud que ofrece un sistema integrado de servicios de atención médica. Todos los servicios se prestan en las instalaciones de Kaiser Permanente o de sus proveedores de la red contratados. Debe usar los proveedores y las instalaciones de Kaiser Permanente a menos que un médico lo derive a otro lugar. No es necesario que tenga una derivación médica para consultar a la mayoría de los especialistas de Kaiser Permanente.</p>
<p>Plan estándar de Kaiser Permanente</p>	<p>La ciudad ofrece dos planes a través de Kaiser Permanente.</p> <p>Es un plan de atención administrada sin deducible y con un copago por consulta de \$15. La mayoría de los servicios se cubren al 100% una vez que se paga el copago. También cubre la atención preventiva.</p>
<p>Plan de deducible de Kaiser Permanente</p>	<p>Este es un plan de una organización para el mantenimiento de la salud con un deducible anual de \$200 por persona (\$600 por familia) y un copago por consulta de \$15. El deducible no se aplica al servicio de ambulancia, los medicamentos con receta, el equipo médico duradero y las consultas preventivas (para las consultas preventivas, se paga un copago). Una vez que se alcanza el deducible, la mayoría de los servicios se cubren al 100% luego de pagar el copago.</p>
<p>Accolade</p>	<p>El sitio web de atención médica está en KP.org/wa. Los afiliados pueden pedir consultas y enviarse correos electrónicos con sus proveedores, ver su historia médica en línea, volver a surtir recetas en línea y ver los informes de exámenes y de laboratorio. También puede encontrar en línea el directorio de proveedores y establecimientos como así también el formulario de medicamentos. Además, se ofrece una aplicación móvil compatible con la mayoría de los celulares.</p>
<p>Accolade</p>	<p>Accolade es un recurso de terceros que ofrece servicios de defensa de la salud sin costo. Los miembros de Kaiser pueden usar Accolade como complemento del equipo de atención de Kaiser, del servicio al cliente y de la línea de asesoramiento. Comuníquese con Accolade al 866-540-5418.</p>
<p>Perfil de salud</p>	<p>El plan tiene una evaluación de riesgos para la salud llamada <i>Perfil de salud</i>. Los afiliados completan el perfil en línea y reciben un informe y un plan de acción personalizado. También se ofrece asesoramiento para adaptar un estilo de vida saludable.</p>
<p>Care Chat y visitas en línea</p>	<p>Care Chat es una función gratuita de mensajería en línea que le permite recibir atención en tiempo real de parte de un proveedor. Acceda desde su cuenta en kp.org/wa.</p>
<p>Servicio de consultas de enfermería</p>	<p>¿No está seguro qué tipo de atención necesita? Llame al Servicio de consultas de enfermería de Kaiser, las 24 horas, los 7 días de la semana al 1-800-297-6877 (TTY 711).</p>

Ejemplos de comparación de planes médicos

En la siguiente tabla, se comparan los planes de acuerdo con cuatro servicios diferentes: un examen físico de rutina, una consulta normal (por enfermedad, por ejemplo), un tratamiento ambulatorio en un hospital y una cirugía a cargo de un especialista. Los costos de los servicios se diferencian según el plan. Para ver un resumen más completo de los beneficios por plan, consulte la tabla que le sigue a este ejemplo.

	Plan preventivo		Plan tradicional		Kaiser Permanente	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Plan de deducible	Plan estándar
Deducible individual	\$100	\$450	\$400	\$1,000	\$200	No se paga
Deducible familiar	\$300	\$1,350	\$1,200	\$3,000	\$600	No se paga
Examen físico de rutina	Cobertura del 100%.	Cobertura del 60% una vez que se alcanza el deducible solo para las mamografías y los exámenes obstétricos y ginecológicos.	Cobertura del 80% una vez que se alcanza el deducible solo para las mamografías. No se cubre otro tipo de atención preventiva.	Cobertura del 60% una vez que se alcanza el deducible solo para las mamografías. No se cubre otro tipo de atención preventiva.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.
Consulta	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Cobertura del 60% una vez que se alcanza el deducible.	Cobertura del 80% una vez que se alcanza el deducible.	Cobertura del 60% una vez que se alcanza el deducible.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15 y se alcanza el deducible (el copago se tiene en cuenta para el deducible).	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.
Tratamiento ambulatorio en un hospital	Cobertura del 100% para los honorarios médicos una vez que se paga un copago de \$15. Una vez que se alcanza el deducible, los demás cargos tienen una cobertura del 90%.	Una vez que se alcanza el deducible, los cargos médicos y de otra índole tienen una cobertura del 60%.	Una vez que se alcanza el deducible, los honorarios médicos y otros cargos tienen una cobertura del 80%.	Una vez que se alcanza el deducible, los honorarios médicos y otros cargos tienen una cobertura del 60%.	Una vez que se alcanza el deducible y se paga un copago de \$15 (que se tiene en cuenta para el deducible), los honorarios médicos y otros cargos tienen una cobertura del 100%.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.
Cirugía con internación a cargo de un especialista en una de las 12 áreas de especialidad de Aexcel	<u>Especialista dentro de la red Aexcel:</u> Cobertura del 90% una vez que se paga un copago por internación de \$200. <u>Especialista fuera de la red Aexcel:</u> Cobertura del 80% una vez que se paga un copago por internación de \$200.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago por internación de \$200 y se alcanza el deducible.	<u>Especialista dentro de la red Aexcel:</u> Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200. <u>Especialista fuera de la red Aexcel:</u> Cobertura del 70% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago por internación de \$200 y se alcanza el deducible.	Cobertura del 100% una vez que se alcanza el deducible.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago por internación de \$200.

Resumen de beneficios médicos 2021: Vigentes para la mayoría de los empleados de Seattle

Este documento se ofrece con el fin de ayudarlo a tomar decisiones; no es un contrato. Para obtener información más detallada, consulte el manual de su plan médico en <https://www.seattle.gov/human-resources/benefits/employees-and-covered-family-members/temporary-benefits-eligible-employees>.

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la ciudad de Seattle*		Plan preventivo de la ciudad de Seattle*	
Plan estándar	Plan de deducible	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red
Deducible (por año calendario)					
Sin deducible	\$200 por persona \$600 por familia Se aplica el deducible señalado a excepción de las recetas médicas, las consultas preventivas, el servicio de ambulancia y el equipo médico duradero.	\$400 por persona \$1,200 por familia Se aplica el deducible en la mayoría de los servicios a excepción de lo señalado. No se aplica el deducible en las recetas médicas o cuando se aplica el copago por internación o por sala de emergencia.	\$1,000 por persona \$3,000 por familia	\$100 por persona \$300 por familia Se aplica el deducible en la mayoría de los servicios a excepción de lo señalado. No se aplica el deducible en las recetas médicas o cuando se aplica el copago por internación o por sala de emergencia.	\$450 por persona \$1,350 por familia
El desembolso máximo anual (OOP Máximo) incluye el coseguro médico. No incluye el deducible ni los copagos o coseguros de los medicamentos con receta.					
Incluye copagos médicos		No incluye copagos		No incluye copagos	
\$2,000 por persona \$4,000 por familia	\$2,000 por persona \$6,000 por familia	\$1,000 por persona \$3,000 por familia	\$2,000 por persona** \$6,000 por familia*	\$2,000 por persona \$4,000 por familia	\$3,000 por persona* \$6,000 por familia*
El desembolso máximo total incluye el coseguro médico y el deducible. No incluye los copagos ni coseguros de los medicamento con receta.					
Incluye copagos médicos		No incluye copagos		No incluye copagos	
\$2,000 por persona \$4,000 por familia	\$2,000 por persona \$6,000 por familia	\$1,400 por persona \$4,200 por familia	\$3,000 por persona \$9,000 por familia	\$2,100 por persona \$4,300 por familia	\$3,450 por persona \$7,350 por familia
Copago de hospital					
\$200 por internación	Se aplica el deducible.	Copago de \$200 por internación	Copago de \$200 por internación	Copago de \$200 por internación	Copago de \$200 por internación
Autorización hospitalaria previa a la internación					
Excepto para las internaciones de maternidad o de emergencia, deben ser autorizadas por Kaiser Permanente.		Excepto para las internaciones de maternidad o de emergencia, el médico debe comunicarse con Aetna antes de la internación. El afiliado debe obtener la precertificación de atención fuera de la red.		Excepto para las internaciones de maternidad o de emergencia, el médico debe comunicarse con Aetna antes de la internación. El afiliado debe obtener la precertificación de atención fuera de la red.	

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la ciudad de Seattle*		Plan preventivo de la ciudad de Seattle*	
Plan estándar	Plan de deducible	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red
Elección de proveedores					
Toda la atención y los servicios se prestan en las instalaciones de Kaiser Permanente o a través de los proveedores que están dentro de la red. Los afiliados pueden autoderivarse a la mayoría de los especialistas de Kaiser Permanente.		Proveedores contratados de Aetna. No es necesario elegir un médico de atención primaria ni contar con derivaciones. Los especialistas de Aexcel*** deben pertenecer a determinadas especialidades para recibir el beneficio máximo.	Cualquier proveedor calificado y con licencia que usted elija. Los gastos se pagan según los cargos reconocidos*. Usted paga la diferencia entre los cargos reconocidos y los facturados.	Proveedores contratados de Aetna. No es necesario elegir un médico de atención primaria ni contar con derivaciones. Los especialistas de Aexcel** deben pertenecer a determinadas especialidades para recibir el beneficio máximo.	Cualquier proveedor calificado y con licencia que usted elija. Los gastos se pagan según los cargos reconocidos*. Usted paga la diferencia entre los cargos reconocidos y los facturados.
GASTOS CUBIERTOS					
Acupuntura					
Copago de \$15 para 8 consultas por diagnóstico médico por año calendario. Consultas adicionales sujetas a aprobación.	Copago de \$15 para 8 consultas por diagnóstico médico por año calendario. Consultas adicionales sujetas a aprobación. Se aplica el deducible.	Cobertura del 80%. Hasta 12 consultas por año calendario combinando las consultas a proveedores dentro y fuera de la red.	Cobertura del 60%.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Hasta 20 consultas por año calendario combinando las consultas a proveedores dentro y fuera de la red.	Cobertura del 60%.
Tratamiento por abuso de alcohol o drogas (con internación)					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$200 por internación.	Cobertura del 100% una vez que se alcanza el deducible.	Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200. Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidos los centros residenciales de tratamiento y la internación parcial.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$200. Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidos los centros residenciales de tratamiento y la internación parcial.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.
Tratamiento por abuso de alcohol o drogas (ambulatorio)					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Cobertura del 100% una vez que se aplica un copago de \$15 al deducible.	Cobertura del 80%. Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas las pruebas psicológicas y neurológicas y la atención ambulatoria intensiva.	Cobertura del 60%.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas las pruebas psicológicas y neurológicas y la atención ambulatoria intensiva.	Cobertura del 60%.

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la ciudad de Seattle*		Plan preventivo de la ciudad de Seattle*	
Plan estándar	Plan de deducible	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red
Anticonceptivos					
Para obtener información sobre los fármacos y los dispositivos anticonceptivos, consulte la sección de beneficios para medicamentos con receta.		Los DIU y las inyecciones Depo Provera se cubren como parte de los beneficios médicos. Consulte la sección de beneficios para medicamentos con receta.		Los DIU y las inyecciones Depo Provera se cubren como parte de los beneficios médicos. Consulte la sección de beneficios para medicamentos con receta.	
Equipo médico duradero					
Cobertura del 80%.	Cobertura del 80%.	Cobertura del 80%. Los extractores de leche se cubren al 100% a través del proveedor de equipo médico duradero (DME).	Cobertura del 60%.	Cobertura del 90%. Los extractores de leche se cubren al 100% a través del proveedor de equipo médico duradero (DME).	Cobertura del 60%.
Atención médica de emergencia					
> Clínica de atención de urgencias					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Copago de \$15. Se aplica el deducible.	Cobertura del 80%.	Cobertura del 60%.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15 (no se cobran cargos para la atención preventiva).	Cobertura del 60%.
> Sala de emergencia (no se paga copago en caso de internación)					
Centro de Kaiser Permanente: copago de \$100 Centro ajeno a Kaiser Permanente: \$150 de copago	Centro de Kaiser Permanente: copago de \$100 Centro ajeno a Kaiser Permanente: \$150 de copago Se aplica el deducible.	Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$150.	Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$150. Si no es una emergencia, cobertura del 60% una vez que se paga el copago.	Cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$150.	Cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$150. Si no es una emergencia, cobertura del 60% una vez que se paga el copago.
> Ambulancia					
Cobertura del 80%.	Cobertura del 80%.	Cobertura del 80% cuando se considera médicamente necesario. Aetna debe aprobar el transporte con anticipación cuando no se trata de una emergencia.		Cobertura del 90% cuando se considera médicamente necesario. El transporte que no sea de emergencia debe ser aprobado con anticipación por Aetna.	
Servicios de cambio de sexo					
Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.
Dispositivos auditivos (por año, cada 36 meses)					
Hasta \$1,000	Hasta \$1,000	Hasta \$1,000	Hasta \$1,000	Hasta \$1,000	Hasta \$1,000
		Se aplica un coseguro dentro de la red independientemente de que se compren a proveedores que están dentro o fuera de la red. No se aplica el deducible.		Se aplica un coseguro dentro de la red independientemente de que se compren a proveedores que están dentro o fuera de la red. No se aplica el deducible.	
Atención médica domiciliaria					
Cobertura del 100% una vez que se aprueba la autorización. Sin límite de consultas.	Cobertura del 100% una vez que se aprueba la autorización. Sin límite de consultas.	Cobertura del 80%.	Cobertura del 60%.	Cobertura del 90%.	Cobertura del 60%.
		Beneficio máximo de 130 consultas por año calendario combinando las consultas a proveedores dentro y fuera de la red.		Beneficio máximo de 130 consultas por año calendario combinando las consultas a proveedores dentro y fuera de la red.	

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la ciudad de Seattle*		Plan preventivo de la ciudad de Seattle*	
Plan estándar	Plan de deducible	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red
Internación hospitalaria					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$200 por internación.	Cobertura del 100% una vez que se alcanza el deducible.	Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200. Cobertura del 70% de los honorarios médicos si no se usa un especialista de Aexcel** en las áreas de especialidad determinadas.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$200. Cobertura del 80% de los honorarios médicos si no se usa un especialista de Aexcel** en las áreas de especialidad determinadas.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.
Atención ambulatoria					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Copago de \$15. Se aplica el deducible.	Cobertura del 80% una vez que se alcanza el deducible. Cobertura del 70% de los honorarios médicos si no se usa un especialista de Aexcel** en las áreas de especialidad determinadas.	Cobertura del 60% una vez que se alcanza el deducible.	Cobertura del 90% una vez que se alcanza el deducible. Cobertura del 80% de los honorarios médicos si no se usa un especialista de Aexcel** en las áreas de especialidad determinadas.	Cobertura del 60% una vez que se alcanza el deducible.
Hospicio					
Cobertura del 100% una vez que se aprueba la autorización.	Cobertura del 100% una vez que se aprueba la autorización.	Cobertura del 80%.	Cobertura del 60%.	Cobertura del 90%.	Sin cobertura.
Servicios de infertilidad					
Los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial y la inducción de la ovulación. Los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio. \$10,000 de beneficio máximo de por vida.	Los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial y la inducción de la ovulación. Los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio. \$10,000 de beneficio máximo de por vida.	Los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial y la inducción de la ovulación. Los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio. \$10,000 de beneficio máximo de por vida.	Los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial y la inducción de la ovulación. Los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio. \$10,000 de beneficio máximo de por vida.	Los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial y la inducción de la ovulación. Los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio. \$10,000 de beneficio máximo de por vida.	Los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial y la inducción de la ovulación. Los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio. \$10,000 de beneficio máximo de por vida.
Atención de maternidad (nacimiento y servicios hospitalarios relacionados)					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$200 por internación.	Se aplica el deducible.	Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la ciudad de Seattle*		Plan preventivo de la ciudad de Seattle*	
Plan estándar	Plan de deducible	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red
Atención de maternidad (prenatal y posparto)					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. La atención de rutina no está sujeta al copago para los servicios ambulatorios.	Copago de \$15. Se aplica el deducible. La atención de rutina no está sujeta al copago para los servicios ambulatorios.	Cobertura del 80%.	Cobertura del 60%.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Cobertura del 60%.
Atención de la salud mental (con internación)					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 100% una vez que se alcanza el deducible.	Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200. Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidos los centros residenciales de tratamiento y la internación parcial.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$200. Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidos los centros residenciales de tratamiento y la internación parcial.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.
Atención de la salud mental (ambulatoria)					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15 por sesión.	Copago de \$15 por sesión. Se aplica el deducible.	Cobertura del 80% Consulta permanente con un proveedor de salud conductual a través de Teladoc (Internet, teléfono o dispositivo móvil). Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas las pruebas psicológicas y neurológicas y la atención ambulatoria intensiva.	Cobertura del 80%	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Consulta permanente con un proveedor de salud conductual a través de Teladoc (Internet, teléfono o dispositivo móvil). Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas las pruebas psicológicas y neurológicas y la atención ambulatoria intensiva.	Cobertura del 60% una vez que se alcanza el deducible.

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la ciudad de Seattle*		Plan preventivo de la ciudad de Seattle*	
Plan estándar	Plan de deducible	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red
Visita al consultorio de un médico					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Se aplica el deducible.	Cobertura del 80%. Acceso adicional a consultas médicas a través de Teladoc (Internet, teléfono o dispositivo móvil) para servicios a corto plazo seleccionados.	Cobertura del 60%.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15 por consulta (no se cobran cargos para la atención preventiva). Acceso adicional a consultas médicas a través de Teladoc (Internet, teléfono o dispositivo móvil) para servicios a corto plazo seleccionados.	Cobertura del 60%.
Medicamentos con receta (venta minorista)					
Para un suministro de 30 días: Genéricos: Copago de \$15. Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos. De marca: Copago de \$30. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos de marca están sujetos a copago.	Para un suministro de 30 días: Genéricos: Copago de \$15. Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos. De marca: Copago de \$30. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos de marca están sujetos a copago.	Para un suministro de 31 días: Genéricos: Coseguro del 30%. Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos. De marca: Coseguro del 40% El coseguro mínimo es de \$10 o igual al costo real del medicamento en caso de que sea menor. Máximo de \$100 por medicamento.	Sin cobertura.	Para un suministro de 31 días: Genéricos: Coseguro del 30% Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos. De marca: Coseguro del 40% El coseguro mínimo es de \$10 o igual al costo real del medicamento en caso de que sea menor. Máximo de \$100 por medicamento.	Sin cobertura.
Los medicamentos recetados para dejar de fumar no están sujetos al copago de farmacia.	Los medicamentos recetados para dejar de fumar no están sujetos al copago de farmacia.	El coseguro se aplica al desembolso máximo anual de \$1,200 por persona y de \$3,600 por familia para medicamentos con receta. Asignación de medicamentos con receta para todos los antihistamínicos no sedantes (para síntomas de alergia) y los inhibidores de la bomba de protones (para calmar la acidez y tratar las úlceras). La ciudad paga \$20 por mes y el afiliado paga el resto al plan; también se incluyen algunos medicamentos de venta sin receta. Copago de \$5 para los medicamentos y suministros genéricos para el tratamiento de la diabetes, y copago de \$15 para los medicamentos y suministros de marca. Muchos productos anticonceptivos tienen cobertura. Los DIU y las inyecciones Depo Provera se cubren como parte de los beneficios del plan médico. Coseguro del 10% para medicamentos genéricos para tratar el asma y el colesterol elevado y para dejar de fumar, y coseguro del 20% para medicamentos de marca.			
Medicamentos con receta (venta por correo)					
Para un suministro de 90 días: Genéricos: Copago de \$45. Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos. De marca: Copago de \$90.	Para un suministro de 90 días: Genéricos: Copago de \$30. Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos. De marca: Copago de \$60.	Para un suministro de 90 días: Genéricos: Coseguro del 30%. Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos.	Sin cobertura.	Para un suministro de 90 días: Genéricos: Coseguro del 30%. Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos.	Sin cobertura.

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la ciudad de Seattle*		Plan preventivo de la ciudad de Seattle*	
Plan estándar	Plan de deducible	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red
Los fármacos y dispositivos anticonceptivos se cubren una vez que se paga el copago de farmacia.		De marca: Coseguro del 40% El mínimo es de \$20 o igual al doble del costo del medicamento en caso de que sea menor. Máximo de \$200 por medicamento.		De marca: Coseguro del 40% El mínimo es de \$20 o igual al doble del costo del medicamento en caso de que sea menor. Máximo de \$200 por medicamento.	
Atención preventiva					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Cobertura del 80% para las mamografías.	Cobertura del 60% para las mamografías.	Cobertura del 100%. (exento de copago) Se cubren los exámenes físicos de adultos y los controles de niño sano, las vacunas, los exámenes digitales del recto y los análisis de antígeno prostático específico y los exámenes de detección de cáncer colorrectal.	Cobertura del 60% para los exámenes ginecológicos y las mamografías No se cubren otros servicios preventivos.
		No se cubren otros servicios preventivos.			
Servicios de rehabilitación (con internación)					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$200 por internación. Máximo de 60 días por año calendario. (combinado con otros beneficios de terapia)	Cobertura del 100% una vez que se alcanza el deducible.	Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$200. Máximo de 120 días por año calendario combinando los servicios de enfermería especializada y de rehabilitación dentro y fuera de la red.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.
Servicios de rehabilitación (ambulatorios)					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Máximo de 60 consultas por año calendario. (combinado con otros beneficios de terapia)	Copago de \$15. Se aplica el deducible.	Cobertura del 80%. Veinticinco consultas por año calendario para fisioterapia, masoterapia y terapia ocupacional. Es posible que se cubran más consultas si se las considera médicamente necesarias. El coseguro no se aplica a los gastos de bolsillo anuales máximos (OOP).	Cobertura del 60%.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Veinticinco consultas por año calendario para fisioterapia, masoterapia y terapia ocupacional. Es posible que se cubran más consultas si se las considera médicamente necesarias.	Cobertura del 60%.
Centro de enfermería especializada					
Cobertura del 100%. Máximo de 60 días por año calendario.	Cobertura del 100% una vez que se alcanza el deducible. Máximo de 60 días por año calendario.	Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200. Máximo de 90 días por año calendario combinando los centros dentro y fuera de la red.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.	Cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$200. Máximo de 120 días por año calendario combinando los servicios de enfermería especializada y de rehabilitación dentro y fuera de la red.	Cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200.

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la ciudad de Seattle*		Plan preventivo de la ciudad de Seattle*	
Plan estándar	Plan de deducible	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red
Servicios para dejar de fumar					
Cobertura del 100% para las sesiones individuales o grupales. La terapia de reemplazo de nicotina se incluye en el beneficio de medicamentos con receta.	Cobertura del 100% para las sesiones individuales o grupales.	Máximo de por vida de un suministro de dispositivos o medicamentos para 90 días. Coseguro del 10% para los medicamentos o dispositivos genéricos y del 20% para los de marca. Consulte la sección de medicamentos con receta.	Sin cobertura.	Los medicamentos recetados para dejar de fumar se cubren una vez que se paga un coseguro del 10% para los medicamentos genéricos y del 20% para los de marca.	Sin cobertura.
Manipulación vertebral					
Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Autoderivación a los proveedores designados de Kaiser Permanente. Debe cumplirse con el protocolo de Kaiser Permanente. Máximo de 10 consultas por año calendario.	Copago de \$15. Se aplica el deducible.	Cobertura del 80%. Máximo de 10 consultas por año calendario combinando las consultas a proveedores dentro y fuera de la red.	Cobertura del 60%.	Cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Máximo de 20 consultas por año calendario combinando las consultas a proveedores dentro y fuera de la red.	Cobertura del 60%.
Procedimientos de esterilización					
Internación: cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$200. Ambulatorios: cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15.	Internación: cobertura del 100%. Ambulatorios: copago de \$15. Se aplica el deducible.	Internación: cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200. Ambulatorios: cobertura del 80%.	Internación: cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200. Ambulatorios: cobertura del 60%.	Internación: cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$200. Ambulatorios: cobertura del 90%.	Internación: cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200. Ambulatorios: cobertura del 60%.
Servicios para la articulación temporomandibular					
Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio. Máximo de por vida de \$5,000 combinando los servicios no quirúrgicos dentro y fuera de la red.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio. Máximo de por vida de \$5,000 combinando los servicios no quirúrgicos dentro y fuera de la red.	Se cubren al igual que los demás servicios; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio.

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la ciudad de Seattle*		Plan preventivo de la ciudad de Seattle*	
Plan estándar	Plan de deducible	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red	Dentro de la red de Aetna	Fuera de la red
Lesiones dentales (causadas por accidentes)					
Sin cobertura.	Sin cobertura.	Internación: cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200. Ambulatorios: cobertura del 80%.	Internación: cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200. Ambulatorios: cobertura del 60%	Internación: cobertura del 90% una vez que se paga un copago de \$200. Ambulatorios: cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15 por la consulta. Los demás cargos tienen una cobertura del 90%.	Internación: cobertura del 60% una vez que se paga un copago de \$200. Ambulatorios: cobertura del 60%.
Exámenes de la vista y dispositivos para la vista					
Examen: cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Un examen cada 12 meses. Dispositivos para la vista: sin cobertura.	Examen: cobertura del 100% una vez que se paga un copago de \$15. Un examen cada 12 meses. Dispositivos para la vista: sin cobertura.	Con cobertura de VSP.		Con cobertura de VSP.	
Radiografías y análisis de laboratorio					
Cobertura del 100%.	Cobertura del 100%. Se aplica el deducible.	Cobertura del 80%. El proveedor debe obtener la precertificación de radiología de alta resolución.	Cobertura del 60%.	Cobertura del 90%. El proveedor debe obtener la precertificación de radiología de alta resolución.	Cobertura del 60%.

- * a. Los servicios se cubren si la compañía determina que constituyen una necesidad médica y si se cumple con sus pautas de políticas clínicas.
- b. Los servicios de defensa de Accolade estarán disponibles para ayudarlo a usted y a sus familiares cubiertos a encontrar proveedores; a lidiar con problemas de facturación, reclamos y apelaciones; a comprender los diagnósticos y las opciones de tratamiento y a manejar las enfermedades crónicas.
- ** Vigente para los planes de Aetna. Los cargos reconocidos son los cargos más bajos que suele cobrar el proveedor por prestar un servicio, y los cargos que Aetna determina que son los porcentajes de los cargos reconocidos en el área geográfica en la que se presta el servicio.
- *** Vigente para la red Aexcel de Aetna, una red de médicos especialistas en 13 áreas. El coseguro se reducirá un 10% para los médicos que no forman parte de la red Aexcel en las 13 áreas de especialidad (el coseguro se aplica al desembolso máximo dentro de la red). Llame al Accolade si quiere recibir más información sobre la red Aexcel.

Si quiere obtener información detallada sobre el plan, consulte el manual del plan médico en <http://www.seattle.gov/human-resources/benefits/employees-and-covered-family-members/temporary-benefits-eligible-employees>. Este documento no es un contrato.

Primas de atención médica

Distribución de primas 2021

A partir del 1 de enero de 2021, usted pagará las primas mensuales que se detallan a continuación. La tabla también muestra las primas mensuales totales según la cobertura y la contribución de la ciudad.

	Prima mensual total	Empleado con o sin hijos		Empleado con cónyuge o pareja doméstica, con o sin hijos	
		La ciudad paga	El empleado paga*	La ciudad paga	El empleado paga*
Plan médico					
Plan preventivo de la ciudad de Seattle	\$1,615.62	\$1,567.50	\$48.12	\$1,517.12	\$98.50
Plan tradicional de la ciudad de Seattle	\$1,463.45	\$1,463.45	\$ 0.00	\$1,431.11	\$32.34
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$1,234.80	\$1,186.40	\$48.40	\$1,134.90	\$99.90
Deducible de Kaiser Permanente	\$1,137.99	\$1,112.99	\$25.00	\$1,081.07	\$56.92

Su prima se dividirá en dos pagos iguales que se deducirán de los dos primeros cheques de pago del mes y se aplicarán a la cobertura del mes actual. (Por ejemplo, las deducciones que se efectúen en enero corresponderán a la cobertura de enero). No se deducen primas del tercer cheque de pago. Las primas se deducen antes de impuestos, lo que reduce los ingresos gravables.

*Siempre y cuando figuren como dependientes fiscales ante el IRS.

Primas de atención médica

Inscripción de cónyuge o pareja doméstica

Para que su cónyuge o pareja doméstica (y los dependientes fiscales de su pareja doméstica) acceda a la cobertura, debe completar un Formulario de elección de beneficios y una Declaración jurada de matrimonio o pareja doméstica.

Cónyuge, Pareja doméstica o dependientes que figuran como dependientes fiscales ante el IRS

Si son dependientes fiscales, se aplican los montos que figuran en la página anterior. Si inscribe a su pareja doméstica y a sus hijos y no figuran como dependientes fiscales, deberá pagar los impuestos correspondientes al valor de su cobertura médica. (El valor de los beneficios se imputará a sus ingresos brutos).

Contribuciones a la prima después de impuestos

Si inscribe a su pareja doméstica y **esta no figura como dependiente fiscal ante el IRS**, la parte de la prima que se deduce de su cheque de pago (su contribución) y paga la cobertura de su pareja deberá deducirse "después de impuestos" conforme a las disposiciones del IRS. La columna titulada "**Contribuciones a la prima mensual después de impuestos**" indica la contribución a la prima mensual que se deducirá de su cheque de pago una vez que se calculen los impuestos.

Pareja doméstica o dependientes que no figuran como dependientes fiscales ante el IRS

Planes médicos	Contribuciones a la prima mensual de la pareja doméstica después de impuestos
Plan preventivo de la ciudad de Seattle	\$50.38
Plan tradicional de la ciudad de Seattle	\$32.34
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$51.50
Deducible de Kaiser Permanente	\$31.92

Ingresos imputados por el valor de la cobertura médica

Además, si su pareja doméstica o los hijos de su pareja doméstica que no figuran como dependientes fiscales ante el IRS no reúnen los requisitos para ser sus dependientes fiscales, usted deberá pagar los impuestos correspondientes al **monto** que paga la ciudad por sus coberturas médicas, odontológicas y oftalmológicas conforme a las disposiciones del IRS. Los siguientes montos figurarán en sus cheques de pago mensuales como ingresos gravables y estarán sujetos a las retenciones correspondientes al impuesto federal a las ganancias y al impuesto del Seguro Social. Estos valores se han ajustado para que reflejen las primas que se deducen después de impuestos (según se explicó anteriormente); de este modo, no se le gravarán impuestos dos veces.

Primas de atención médica

Pareja doméstica o dependientes que no figuran como dependientes fiscales ante el IRS (continuación)

Información sobre la cobertura de la pareja doméstica:

Si su pareja doméstica o los hijos de su pareja doméstica que no figuran como dependientes fiscales ante el IRS no reúnen los requisitos para ser sus dependientes fiscales, los siguientes montos figurarán en sus cheques de pago mensuales como ingresos gravables y estarán sujetos a las retenciones correspondientes al impuesto federal a las ganancias y al impuesto del Seguro Social. (Estos valores se han ajustado para que reflejen las primas que se deducen después de impuestos; de este modo, no se le gravarán impuestos dos veces).

Valores gravables mensuales 2021 de la cobertura que la ciudad brinda a:

su pareja doméstica que no figura como dependiente fiscal ante el IRS
los hijos de su pareja doméstica que no figuran como dependientes fiscales ante el IRS

Monto gravable del beneficio (con DDWA)

Tipo de cobertura	Monto gravable por la pareja doméstica	Monto gravable por hijo
Plan preventivo	\$733.12	\$626.80
Plan tradicional	\$677.37	\$567.77
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$547.32	\$479.06
Deducible de Kaiser Permanente	\$519.95	\$441.50
Cobertura de DDWA	\$51.96	\$36.37
Cobertura oftalmológica	\$4.34	\$ 3.04
Plan oftalmológico ampliable	\$9.09	\$ 6.36
Valor gravable total con DDWA y el plan básico de VSP		
Plan preventivo	\$789.42	\$666.21
Plan tradicional	\$733.67	\$607.18
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$603.62	\$518.47
Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$576.25	\$480.91
Valor gravable total con DDWA y el plan de ampliación de cobertura de VSP		
Plan preventivo	\$794.17	\$669.53
Plan tradicional	\$738.42	\$610.50
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$608.37	\$521.79
Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$581.00	\$484.23

Primas de atención médica

<p>Pareja doméstica o dependientes que <u>no</u> figuran como dependientes fiscales ante el IRS (continuación)</p> <p>Monto gravable del beneficio (con DHS)</p>	Valores de las coberturas médica, odontológica y oftalmológica con la cobertura de Dental Health Services		
	Valores gravables mensuales 2021 de la cobertura que la ciudad brinda a: su pareja doméstica que no figura como dependiente fiscal ante el IRS los hijos de su pareja doméstica que no figuran como dependientes fiscales ante el IRS		
	Tipo de cobertura	Monto gravable por la pareja doméstica	Monto gravable por hijo
	Plan preventivo	\$733.12	\$626.80
	Plan tradicional	\$677.37	\$567.77
	Plan estándar de Kaiser Permanente	\$547.32	\$479.06
	Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$519.95	\$441.50
	Cobertura de DHS	\$67.52	\$47.27
	Plan oftalmológico básico	\$4.34	\$3.04
	Plan oftalmológico ampliable	\$9.09	\$6.36
	Valor gravable total con DHS y el plan básico de VSP		
	Plan preventivo	\$804.98	\$677.11
	Plan tradicional	\$749.23	\$618.08
	Plan estándar de Kaiser Permanente	\$619.18	\$529.37
	Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$591.81	\$491.81
	Valor gravable total con DHS y el plan de ampliación de cobertura de VSP		
	Plan preventivo	\$809.73	\$680.43
	Plan tradicional	\$753.98	\$621.40
	Plan estándar de Kaiser Permanente	\$623.93	\$532.69
	Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$596.56	\$495.13

Cobertura de medicamentos con receta

Planes preventivos y tradicionales (Aetna)

Programa de venta minorista de medicamentos con receta

Aetna clasifica los medicamentos en tres categorías:

- genéricos;
- de marcas preferidas;
- de marcas no preferidas.

Kaiser Permanente los clasifica en dos categorías:

- genéricos;
- de marcas preferidas (no cubre los medicamentos de marcas no preferidas).

Con los planes de Aetna, usted paga el 30% del costo real de los medicamentos genéricos y el 40% del costo real de los medicamentos de marcas preferidas y no preferidas hasta alcanzar un máximo de \$100 por medicamento por mes. Para los medicamentos de venta minorista y venta por correo, se aplica un desembolso máximo anual de \$1,200 por afiliado.

El formulario de Aetna es el *Plan Premier Plus*. Este formulario le brinda una lista de medicamentos cubiertos por su plan. Puede buscar medicamentos específicos en: <https://www.aetna.com/individuals-families/find-a-medication.html>.

Presente su tarjeta de identificación del plan médico en cualquier farmacia minorista de la red de Aetna. Las recetas que se surten en farmacias que están fuera de la red no tienen cobertura. Si quiere ver una lista de las farmacias participantes, comuníquese con el Departamento de Servicio para Afiliados y llame al número gratuito que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación o visite el sitio web Aetna.com.

Debe pagar un copago de \$15 para los medicamentos genéricos y un copago de \$30 para los medicamentos de marca. También debe surtir todas las recetas en las farmacias de Kaiser Permanente. Si las surte en farmacias que están fuera de la red de Kaiser Permanente, no tendrán cobertura.

El formulario de Kaiser Permanente es el *Formulario de medicamentos para grandes empleadores con beneficio de farmacia de nivel 1 o 2 dentro de la red*. El formulario le brinda una lista de medicamentos cubiertos por su plan. Puede buscar medicamentos específicos en wa.kaiserpermanente.org/html/public/pharmacy/drug-formulary.

Consulte la página siguiente para ver información más detallada acerca de la cobertura de medicamentos con receta.

Planes de Kaiser Permanente

Comparación de coberturas de medicamentos con receta

Características del plan	Plan estándar de Kaiser Permanente	Deducible de Kaiser Permanente	Plan preventivo de Aetna	Plan tradicional de Aetna
Desembolso máximo anual	Los copagos de medicamentos con receta no se aplican al gasto máximo de bolsillo.	Los copagos de medicamentos con receta no se aplican al gasto máximo de bolsillo.	\$1,200	\$1,200
Venta minorista				
• Días de suministro	30	30	31	31
• Coseguro	Usted paga un copago de \$15 para los medicamentos genéricos y un copago de \$30 para los medicamentos de marca.	Usted paga un copago de \$15 para los medicamentos genéricos y un copago de \$30 para los medicamentos de marca.	Usted paga el 30% del costo real de los medicamentos genéricos y el 40% del costo de los medicamentos de marca*.	Usted paga el 30% del costo real de los medicamentos genéricos y el 40% del costo de los medicamentos de marca*.
• Coseguro mínimo	No corresponde.	No corresponde.	\$10 o el costo real del medicamento en caso de que sea menor.	\$10 o el costo real del medicamento en caso de que sea menor.
• Desembolso máximo mensual	No corresponde.	No corresponde.	\$100 por receta.	\$100 por receta.
• Fuera de la red	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Venta por correo				
• Coseguro	Genéricos: Copago de \$45. De marca: Copago de \$90.	Genéricos: Copago de \$30. De marca: Copago de \$60.	Usted paga el 30% del costo real de los medicamentos genéricos y el 40% del costo de los medicamentos de marca.	Usted paga el 30% del costo real de los medicamentos genéricos y el 40% del costo de los medicamentos de marca.
• Coseguro mínimo	No corresponde.	No corresponde.	\$30 o el costo real del medicamento en caso de que sea menor.	\$30 o el costo real del medicamento en caso de que sea menor.
• Desembolso máximo mensual	No corresponde.	No corresponde.	\$200 por receta	\$200 por receta
• Días de suministro	90	90	90	90

*Excepciones del coseguro:

- la ciudad paga \$20 del costo de los inhibidores de la bomba de protones y los antihistamínicos no sedantes y usted paga el resto, independientemente de que los medicamentos se compren sin receta o de que sean de marca.
- Usted paga el 10% del costo de los medicamentos genéricos y el 20% del costo de los medicamentos de marca para tratar el colesterol elevado y el asma y para dejar de fumar.
- Los medicamentos y suministros para el tratamiento de la diabetes tienen copagos especiales: copago de \$5 para los genéricos y de \$15 para los de marca.

Opciones de planes odontológicos

Se ofrecen dos planes odontológicos: Delta Dental of Washington (DDWA) y Dental Health Services (DHS).

Delta Dental of Washington

Si elige DDWA, puede recibir servicios de cualquier odontólogo, pero es posible que los gastos de su propio bolsillo sean más bajos si elige uno que forme parte de la red de DDWA. Para localizar un proveedor de la red DDWA, consulte <https://www.deltadental.com/us/en/find-a-dentist.html>. Para problemas con reclamos o apelaciones, llame al (206) 522-2300 o al 1-800-554-1907.

Si selecciona un odontólogo dentro de la red DDWA:

- la parte de la factura odontológica que le corresponde pagar a usted es menor que si elige un odontólogo que está fuera de la red.
- No necesita presentar el reclamo, ya que lo presenta el consultorio odontológico;
- Una vez que usted paga su parte de la factura, el odontólogo no le facturará el saldo por un servicio cubierto. *(es posible que los odontólogos que están fuera de la red de DDWA le cobren la parte de la factura que DDWA no cubre).*

Se recomienda pedir un presupuesto antes de comenzar el tratamiento. El beneficio de ortodoncia se paga al 50% y hasta alcanzar un máximo de por vida de \$1,500 por cada niño elegible. **NOTA:** para los niños que ya están en tratamiento cuando se afilian al plan de DDWA de la ciudad, DDWA prorrateará el/los pago(s) del reclamo basándose en la fecha original de adhesión y el saldo restante. El consultorio odontológico debe comunicarse con el servicio de atención al cliente de DDWA para los detalles específicos del paciente.

Ortodoncia
(solo para niños,
hasta
los 26 años
de edad)

**Tarjetas de
identificación**

Recibirá su tarjeta de identificación de DDWA aproximadamente 2 semanas después de elegir su plan odontológico. Sin embargo, no es necesaria la tarjeta para acceder a la atención, simplemente es para hacerle saber a su proveedor que está cubierto por un plan de la Ciudad de Seattle, y le solicitarán alguna información para identificarlo y confirmar sus beneficios y elegibilidad. También puede establecer su cuenta en línea o Go Mobile en <https://www.deltadentalwa.com/>.

Opciones de planes odontológicos

<p>Acceso a la atención (Notifique al DHS cuando haya elegido su proveedor de atención)</p> <p>Pago de servicios básicos</p> <p>Ortodoncia</p> <p>Tarjetas de identificación</p> <p>Comparación de planes</p>	<p>Dental Health Services (DHS)</p> <p>Si elige DHS, solo puede recibir servicios de un odontólogo o consultorio odontológico dentro de la red. No hay disponibles beneficios fuera de la red. En algunos casos, el plan de DHS podría brindar un beneficio más amplio por los servicios recibidos que DDWA pero, la lista de odontólogos y clínicas dentro de la red, es mucho más pequeña que DDWA y usted debe atenderse con un odontólogo o clínica que participe en DHS dentro de la red para que los servicios estén cubiertos.</p> <p>Si selecciona un odontólogo de DHS:</p> <ul style="list-style-type: none">• no tiene deducibles ni desembolsos anuales máximos;• no hay servicios a nivel de incentivo. <p>Para comenzar, visite: http://www.dentalhealthservices.com/ y haga clic en “Afiliados del plan” (“Plan Members”), desde aquí usted podrá:</p> <ul style="list-style-type: none">• buscar un odontólogo o clínica de DHS y establecer una cuenta en línea.• Si proporcionó un correo electrónico personal a la ciudad durante su afiliación, dicha dirección está en el expediente de DHS y debe usarse en la pantalla de Inscripción del afiliado cuando establezca su cuenta.• En caso de no haber proporcionado su correo electrónico personal o si no funciona en la pantalla de Inscripción del afiliado, comuníquese directamente con DHS al (206) 849-7100 para solicitar su número de afiliado. <p>Este plan tiene un copago de \$10 para consultas en el consultorio para todos los afiliados cubiertos y también hay copagos para ciertos servicios. La comparación de planes que se encuentra en la página siguiente describe los servicios y los requisitos de copago.</p> <p>DHS ofrece ortodoncia a niños y adultos (de 25 años en adelante). La cobertura incluye: un copago de \$1,800 por adulto o de \$1,000 por niño; un cargo de \$150 para el examen inicial, los modelos de estudio y las radiografías; y un copago de \$10 para cada consulta del tratamiento de ortodoncia. NOTA: para los afiliados que ya están en tratamiento cuando se afilian al plan de DHS de la ciudad, no hay atención de transición; el beneficio de ortodoncia está disponible <u>solo para pacientes nuevos</u>.</p> <p>Recibirá su tarjeta de identificación de DHS aproximadamente 2 semanas después de elegir su plan odontológico.</p> <p>En la tabla de la página siguiente, se comparan las coberturas de los dos planes odontológicos.</p>
--	--

Comparación de planes odontológicos

Características del plan	Delta Dental of Washington (DDWA)	Dental Health Services (DHS)
Deducible por año calendario	\$50 por persona, \$150 por familia (no hay deducible para los servicios preventivos).	\$0
Beneficio anual máximo	\$2,000 por persona por año.	No hay un máximo anual.
Servicios de diagnóstico y preventivos (exámenes de rutina y de emergencia, radiografías, limpiezas, tratamiento con flúor, selladores)	Clase I: 100%.	Copago de \$10 por consulta. Dos limpiezas adicionales para embarazadas, límite de cuatro limpiezas.
Empastes	Clase II: niveles de pago por incentivo* 1er año: 80% 2do año: 90% 3er año: 100%	Copago de \$10 por consulta. Cubre los empastes de resina compuesta en todos los dientes (\$15 adicionales para los empastes de resina compuesta en los dientes posteriores).
Coronas	Clase II: 70% constante.	\$145 por unidad de material precioso, \$175 por unidad de titanio o material semiprecioso, \$200 por unidad de porcelana especializada mejorada. (La unidad de porcelana no especializada cuesta \$75).
Servicios de prostodoncia (dentaduras, puentes)	Clase III: 50% constante.	\$125 más copago de \$10 por consulta (dentaduras). \$75 más copago de \$10 por consulta (puentes).
Ortodoncia Para DDWA: atención de transición disponible para nuevos afiliados que ya estén en tratamiento (consulte Ortodoncia de DDWA en la página anterior)	Solo para niños (hasta los 26 años de edad) El plan paga el 50% hasta alcanzar un máximo de por pida de \$1,500; no se aplica el deducible.	Para niños y adultos. Adultos (de 25 años en adelante): copago de \$1,800 más \$150 para el examen inicial, los modelos de estudio y las radiografías durante la totalidad del tratamiento y un copago de \$10 por cada consulta.
Para DHS: solo para nuevos casos, sin atención de transición para nuevos afiliados que ya estén en tratamiento que se afilien a DHS de la ciudad		Casos de ortodoncia (menores de 25 años): copago de \$1,000 más \$150 para el examen inicial, los modelos de estudio y las radiografías durante la totalidad del tratamiento únicamente; más un copago de \$10 por cada consulta.
Elección de proveedores	Dentro de la red: cualquier proveedor contratado. Fuera de la red: los gastos se pagan de acuerdo con los cargos reales o con los cargos máximos admisibles de DDWA para los odontólogos no participantes, según los que sean menores. Usted paga el saldo restante.	Dentro de la red: cualquier proveedor contratado de la red de DHS. Fuera de la red: no está disponible cobertura fuera de la red.

Comparación de planes odontológicos (continuación)

Características del plan	Delta Dental of Washington (DDWA)	Dental Health Services (DHS)
Periodoncia (procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para tratar los tejidos que rodean los dientes)	Clase II: se cubre de acuerdo con los niveles de pago por incentivo que figuran arriba*.	Se cubre al 100% una vez que se paga un copago de \$25 para el raspado y el mantenimiento periodontal en una consulta de odontología general. Si se lo deriva a un especialista en periodoncia, el afiliado paga el 20%. Hasta 4 consultas por situaciones específicas.
Endodoncia (procedimientos para el tratamiento de la pulpa y el conducto radicular)	Clase II: se cubre de acuerdo con los niveles de pago por incentivo que figuran arriba; solo se cubre un tratamiento de conducto por diente en un período de 2 años*.	Se cubre al 100% una vez que se paga el copago correspondiente (\$50 para los dientes anteriores, \$75 para los bicúspides y \$100 para los molares). Si se lo deriva a un especialista en endodoncia, el afiliado paga el 20%.
Cirugía oral (extracciones de rutina y quirúrgicas)	Clase II: se cubre de acuerdo con los niveles de pago por incentivo que figuran arriba*.	Se cubre al 100% una vez que se paga un copago de \$10 por consulta odontológica general. Si se lo deriva a un especialista en cirugía oral, el afiliado paga el 20%.
Trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ)	Sin cobertura.	Máximo anual de \$1,000. Máximo de por vida de \$5,000.
Implantes dentales	50% constante.	Comuníquese con la oficina de DHS al 206-788-3444 y pida más información (se aplican copagos).
Otros	Clase III: los servicios de oclusión (protector nocturno) se cubren al 50% si el paciente tiene periodontitis avanzada.	Copago de \$350 para los servicios de oclusión (protector nocturno).

Primas odontológicas mensuales 2021 para la mayoría de los empleados de la ciudad

Plan odontológico	Monto total de la prima mensual	Contribución del empleado a la prima mensual	
		Cobertura para empleado con o sin hijos	Cobertura para empleado con cónyuge o pareja doméstica, con o sin hijos
Delta Dental of Washington	\$113.46	\$0	\$0
Dental Health Services	\$147.45	\$0	\$0

Puede encontrar los folletos del plan en <http://bit.ly/MostDental>.

*Los niveles de incentivos de otros planes DDWA no se transfieren al plan de la Ciudad.

Cobertura oftalmológica

Tarjetas de identificación

La ciudad ofrece un plan oftalmológico a través de VSP totalmente pago.

Recibe servicios de un proveedor oftalmológico, pero los gastos de bolsillo serán menores si elige un médico o clínica oftalmológica que tenga preferencia con la red de VSP. Para encontrar proveedores de la red, cree su cuenta en línea, revise las ofertas especiales y acceda a más funciones en www.vsp.com.

VSP no emite tarjetas de identificación; su médico o clínica dentro de la red podrán acceder a su elegibilidad y cobertura. Puede imprimir una tarjeta de identificación cuando haya establecido su cuenta en línea.

Beneficio del plan oftalmológico

Beneficio del plan <i>La frecuencia de beneficios es cada año del plan, a menos que se indique lo contrario</i>	TIPO DE PLAN
	Plan básico de VSP <i>(La ciudad paga las primas)</i>
Examen WellVision	Copago de \$10
Anteojos graduados	Copago de \$25
Marcos <i>Año de por medio</i>	asignación de \$175 para marcos seleccionados asignación de \$195 para marcas de marcos destacados 20% de ahorro en montos superiores a la asignación
Lentes	Se incluye copago en los anteojos graduados <i>Incluye: unifocales, bifocales con línea y trifocales con línea</i> <i>Lentes de policarbonato para niños dependientes</i>
Mejoras en las lentes	Lentes estándares* progresivas: 55\$ Lentes superiores* progresivas: \$95-\$105 Lentes progresivas* personalizadas: \$150-175
Lentes de contacto <i>(en lugar de anteojos)</i>	Asignación de \$175 para lentes de contactos (sin copago) Copago de \$60: examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación)

* Las lentes progresivas son multifocales sin línea con una transición clara y suave entre los focos

** Las lentes fotocromáticas son claras en el interior y se oscurecen automáticamente cuando se las expone a la luz solar

Cobertura oftalmológica (continuación)

Beneficios oftalmológicos adicionales

Ahorros adicionales www.vsp.com/specialoffers para ver descuentos actualizados y adicionales para afiliados	Anteojos y anteojos de sol Adicional de \$20 para marcas de marcos de destacados 20% de ahorro en anteojos y anteojos de sol adicionales, incluyendo mejoras en las lentes <ul style="list-style-type: none"> • Debe estar dentro de los 12 meses de su último examen de WellVision por parte de cualquier proveedor de VSP.
	Revisión de la retina Un copago de no más de \$39 en una revisión de la retina de rutina como una mejora al examen de WellVision
	Corrección láser para la visión Un descuento promedio del 15% del precio regular o 5% del precio promocional. Los descuentos se encuentran disponibles únicamente en establecimientos contratados

Su cobertura con proveedores fuera de la red
 (Visite www.vsp.com por detalles adicionales)

Examen	Hasta \$45
Marcos	Hasta \$70
Lentes monofocales	Hasta \$30
Lentes bifocales con línea	Hasta \$50
Lentes trifocales con línea	Hasta \$65
Lentes progresivas	Hasta \$50
Lentes de contacto	Hasta \$105

Coordinación de los beneficios*: cuando se establecen 2 planes de VSP de la Ciudad de Seattle, el plan de VSP secundario de la ciudad generalmente paga por lo menos los copagos restantes después de que el plan de VSP principal de la ciudad hace el pago.

**A pesar de que teniendo 2 planes de VSP algunos de los gastos de bolsillo podrían estar cubiertos (ya sea el plan de la ciudad o un plan de la ciudad y otro plan de VSP), no hay garantía de que el plan secundario pagará la totalidad de todos los gastos de bolsillo. VSP toma la determinación de pago del reclamo.*

Primas oftalmológicas mensuales 2021 para la mayoría de los empleados de la ciudad

Plan oftalmológico	Monto total de la prima mensual	Contribución del empleado a la prima mensual	
		Empleado con o sin dependientes	
Plan básico de VSP	\$9.47	\$0	\$0

Seguro básico por incapacidad a largo plazo

Seguro básico por incapacidad a largo plazo (LTD)

El paquete de beneficios básico que ofrece la ciudad incluye una póliza por incapacidad a largo plazo (LTD) que le pagará una parte de su salario mensual en caso de que se enferme o se lesione y no pueda trabajar. Si tiene una incapacidad conforme a la definición del plan, el beneficio se combinará con otras fuentes de ingresos, en caso de que existan, y usted recibirá hasta \$400 por mes luego de un período de espera de 90 días mientras no pueda llevar a cabo con una continuidad razonable las tareas materiales de su propia ocupación (primeros 24 meses) o de cualquier ocupación (después de 24 meses).

No es necesario que se inscriba en este plan; se le inscribe automáticamente como empleado temporal con beneficios.

Monto del beneficio

	LTD básico
Porcentaje de ganancias antes de la discapacidad	60%
Beneficio mensual máximo	\$400
Beneficio mensual mínimo	\$100

Si The Hartford, aprueba un reclamo de beneficios LTD, los beneficios serán pagaderos **después** del período de espera. El periodo de espera es la cantidad específica de días seguidos que debe permanecer discapacitado. No se pagan beneficios durante el periodo de espera.

¿Cuándo se me considera discapacitado?

Durante el período de espera de beneficios (ver a continuación), se lo considera discapacitado si, como resultado de una enfermedad física, lesión, embarazo o trastorno mental, no puede realizar con continuidad razonable los deberes materiales de su propia ocupación.

Periodo de espera

Periodo de espera de beneficios: El periodo de espera de beneficios para LTD básico es de 90 días. Consulte el [certificado de cobertura](#) para obtener información detallada.

Limitaciones

Periodo máximo de beneficios: Si queda discapacitado antes de los 62 años, los beneficios de LTD pueden continuar mientras permanezca discapacitado hasta los 65 años o hasta la edad normal de jubilación de Seguro Social (SSNRA) o 3 años y 6 meses, lo que sea más largo. De lo contrario, el período máximo de beneficio para LTD básico y complementario se encuentra en la tabla de la página siguiente, clasificada por edad para la Edad Normal de Jubilación del Seguro Social (SSNRA).

Seguro básico por incapacidad a largo plazo

Edad al momento de quedar discapacitado	Periodo máximo de beneficios
62	Hasta la SSNRA o 48 meses, si es mayor
63	Hasta la SSNRA o 42 meses, si es mayor
64	36 meses
65	30 meses
66	27 meses
67	24 meses
68	21 meses
69 o mayor al momento de quedar discapacitado	18 meses

No estará cubierta una discapacidad que resulte de una afección preexistente por la cual haya recibido tratamiento médico 3 meses antes de la fecha de vigencia de su cobertura, a menos que haya estado asegurado durante 12 meses. La limitación de la afección preexistente se aplica si elige la cobertura ahora o durante una inscripción abierta futura.

Los beneficios de LTD no se pagan a menos que esté bajo el cuidado de un médico. Consulte el [certificado de cobertura](#) para obtener información sobre otras limitaciones.

Los beneficios de LTD finalizan automáticamente:

- En la fecha que ya no esté discapacitado.
- En la fecha que termine el periodo máximo de beneficios.
- En la fecha que muera.
- En la fecha que los beneficios sean pagaderos por cualquier otro plan de seguro de discapacidad LTD bajo el cual usted se asegura a través del empleo durante un período de recuperación temporal

Seguro de vida grupal temporal básico

Seguro de vida grupal temporal (GTL)

La ciudad ofrece un nivel de seguro de vida temporal opcional a los empleados temporales que sean elegibles. La ciudad comparte con usted el costo del seguro de vida básico. Puede comprar el seguro de vida grupal temporal dentro de los 30 días posteriores a su contratación, durante el período de inscripción abierta o dentro de los 30 días posteriores a la fecha de un cambio habilitante en su situación familiar. Para obtener más información, consulte el [certificado de cobertura](#).

Seguro de vida básico

Esta cobertura opcional le ofrece dos opciones de beneficios del seguro de vida temporal. La primera opción es igual a una vez y media su salario anual y la segunda opción es de \$50,000. La ciudad aporta el 40% del costo y usted paga el 60% restante. Dentro de las pautas para el monto de cobertura que se muestran a continuación, seleccione el seguro de vida básico que le interese. A continuación, encontrará una tabla con información sobre el costo mensual del seguro de vida temporal básico.

	Mínimo	Máximo*
Opción A	1.5 veces sus ganancias anuales, redondeadas al siguiente múltiplo superior de \$1,000, si no es ya un múltiplo de \$1,000	\$2.5 millones
Opción B	1.5 veces sus ganancias anuales, redondeadas al siguiente múltiplo superior de \$1,000, si no es ya un múltiplo de \$1,000	\$50,000

* De acuerdo con las disposiciones del IRS, todo seguro de vida básico que pague la ciudad y supere los \$50,000 es gravable. Puede limitar el monto de su cobertura de seguro de vida temporal básico a \$50,000 para evitar los impuestos adicionales. El monto gravable figurará en el segundo cheque de pago de cada mes.

Cantidad de cobertura necesaria

Encuentre el monto de seguro de vida ideal para usted y su familia. Elegir la cobertura de seguro adecuada puede resultar abrumador. Utilice Benefit Scout, la herramienta de decisión de beneficios en línea de Securian Financial, para ayudarlo a usted y a su familia a elegir su seguro con confianza. Comience visitando Lifebenefits.com/Seattle.

Seguro de vida grupal temporal básico

¿Cuánto cuesta la cobertura?

El monto de la cobertura equivale a un salario anual, redondeado al múltiplo de 1,000 mayor más cercano, multiplicado por 1.5. La prima mensual se calcula multiplicando 0.048\$ por cada \$1,000 de cobertura.

Para calcular su seguro de vida básico, use la siguiente tabla:

1. Salario anual = Línea 1	Línea 1: _____
2. Redondee la línea 1 al múltiplo de \$1,000 más cercano= Línea 2	Línea 2: _____
3. Multiplique la línea 2 por 1.5 = Línea 3	Monto de cobertura Línea 3: _____
4. Divida la línea 3 por \$1,000 = Línea 4	Línea 4: _____
5. Multiplique la línea 4 por la tasa del plan de 0.045 = Línea 5	Prima mensual Línea 5: _____

Por ejemplo, si su salario es de \$78,600 por año, se redondea a \$79,000. Para determinar el monto de su cobertura, multiplique \$79,000 por 1.5 = \$118,500. \$118,500 es el monto de su cobertura. Divida el monto de su cobertura por \$1,000 ($\$118,500 / \$1,000 = 118.50$). Multiplique 118.50 por la tasa del plan de 0.045 ($118.50 \times 0.045 = \$5.68$) su prima es de \$5.33 por mes.

Características y beneficios

Asistencia al viajero

Este servicio le brinda a usted y a sus dependientes acceso a atención médica adecuada y otros servicios de emergencia cuando viaja a 100 millas o más de su hogar. La asistencia al viajero también ofrece diferentes servicios profesionales de coordinación e información médica, legal y de asistencia de viaje las 24 horas para ayudarlo a que su viaje sea más fácil. Ingrese [aquí](#) para obtener más información. Para acceder, vaya a LifeBenefits.com/travel.

Recursos para la planificación del legado

Reciba el apoyo que necesita para asegurarse de que los asuntos de su familia estén en orden y acceda a servicios de planificación para el final de la vida, creación de directivas claves y preparativos finales de funeral. Visite Securian.com/legacy para obtener más información.

Seguro de vida grupal temporal básico

Asesoramiento financiero para beneficiarios

Los beneficiarios tendrán acceso a orientación profesional para tomar decisiones financieras inteligentes respecto de los beneficios de la póliza. Los beneficiarios que reciban \$25,000 o más podrán acceder a este programa de Securian Financial cuando se les pague el reclamo del seguro de vida.

Conversión

Esta póliza incluye un privilegio de conversión que le permite seguir teniendo un determinado nivel de cobertura aunque deje de trabajar para la ciudad. La conversión está garantizada, lo que significa que puede mantener la póliza independientemente de cualquier afección médica existente. Esta disposición hace que sea más costosa que su cobertura activa de empleado, pero también permite mantener la cobertura cuando no se cumplen los requisitos para adquirir un seguro de vida nuevo. Para ser elegible, debe solicitar dentro de los 30 días de retirarse del servicio de la ciudad.

Beneficio acelerado

Si adquiere una enfermedad terminal y tiene una expectativa de vida de 24 meses o menos, es posible que pueda recibir hasta el 100% del monto nominal con un máximo de \$1 millón.

Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces.

Certificado de cobertura

[Certificado de cobertura](#)

Evidencia de asegurabilidad

[Evidencia de asegurabilidad](#)

Recursos

Presentar un reclamo

Si desea presentar un reclamo, comuníquese con la Unidad de Beneficios a Benefits.Unit@seattle.gov o llame al (206) 615-1340.

Seguros opcionales: seguro de vida grupal temporal

Costos del seguro de vida grupal temporal básico

Costos del seguro de vida básico (de acuerdo con los ingresos anuales del empleado)	Ingresos anuales del empleado	Monto del seguro	Prima mensual del empleado	Prima mensual de la ciudad	Prima mensual total
		\$30,000.01 – \$31,000	\$46,500	\$2.09	\$1.40
	\$31,000.01 – \$32,000	\$48,000	\$2.16	\$1.44	\$3.60
	\$32,000.01 – \$33,000	\$49,500	\$2.23	\$1.49	\$3.71
	Seguro de GTL limitado	\$50,000	\$2.25	\$1.50	\$3.75
	\$33,000.01 – \$34,000	\$51,000	\$2.30	\$1.53	\$3.83
	\$34,000.01 – \$35,000	\$52,500	\$2.36	\$1.58	\$3.94
	\$35,000.01 – \$36,000	\$54,000	\$2.43	\$1.62	\$4.05
	\$36,000.01 – \$37,000	\$55,500	\$2.50	\$1.67	\$4.16
	\$37,000.01 – \$38,000	\$57,000	\$2.57	\$1.71	\$4.28
	\$38,000.01 – \$39,000	\$58,500	\$2.63	\$1.76	\$4.39
	\$39,000.01 – \$40,000	\$60,000	\$2.70	\$1.80	\$4.50
	\$40,000.01 – \$41,000	\$61,500	\$2.77	\$1.85	\$4.74
	\$41,000.01 – \$42,000	\$63,000	\$2.84	\$1.89	\$4.73
	\$42,000.01 – \$43,000	\$64,500	\$2.90	\$1.94	\$4.84
	\$43,000.01 – \$44,000	\$66,000	\$2.97	\$1.98	\$4.95
	\$44,000.01 – \$45,000	\$67,500	\$3.04	\$2.03	\$5.06
	\$45,000.01 – \$46,000	\$69,000	\$3.11	\$2.07	\$5.18
	\$46,000.01 – \$47,000	\$70,500	\$3.17	\$2.12	\$5.29
	\$47,000.01 – \$48,000	\$72,000	\$3.24	\$2.16	\$5.40
	\$48,000.01 – \$49,000	\$73,500	\$3.31	\$2.21	\$5.51
	\$49,000.01 – \$50,000	\$75,000	\$3.38	\$2.25	\$5.63
	\$50,000.01 – \$51,000	\$76,500	\$3.44	\$2.30	\$5.74
	\$51,000.01 – \$52,000	\$78,000	\$3.51	\$2.34	\$5.85
	\$52,000.01 – \$53,000	\$79,500	\$3.58	\$2.39	\$5.96
	\$53,000.01 – \$54,000	\$81,000	\$3.65	\$2.43	\$6.08
	\$54,000.01 – \$55,000	\$82,500	\$3.71	\$2.48	\$6.19
	\$55,000.01 – \$56,000	\$84,000	\$3.78	\$2.52	\$6.30
	\$56,000.01 – \$57,000	\$85,500	\$3.85	\$2.57	\$6.41
	\$57,000.01 – \$58,000	\$87,000	\$3.92	\$2.61	\$6.53
	\$58,000.01 – \$59,000	\$88,500	\$3.98	\$2.66	\$6.64
	\$59,000.01 – \$60,000	\$90,000	\$4.05	\$2.70	\$6.75
	\$60,000.01 – \$61,000	\$91,500	\$4.12	\$2.75	\$6.86
	\$61,000.01 – \$62,000	\$93,000	\$4.19	\$2.79	\$6.98
	\$62,000.01 – \$63,000	\$94,500	\$4.25	\$2.84	\$7.09
	\$63,000.01 – \$64,000	\$96,000	\$4.32	\$2.88	\$7.20
	\$64,000.01 – \$65,000	\$97,500	\$4.39	\$2.93	\$7.31
	\$65,000.01 – \$66,000	\$99,000	\$4.46	\$2.97	\$7.43
	\$66,000.01 – \$67,000	\$100,500	\$4.52	\$3.02	\$7.54

*El costo es de \$0.75 cada \$1,000: El costo del empleado es el 60% o \$0.045/\$1,000; el costo de la ciudad es el 40% o \$0.030/\$1,000

Seguros opcionales: seguro de vida grupal temporal

Costos del seguro de vida grupal temporal básico - *Continuación*

Ingresos anuales del empleado	Monto del seguro	Prima mensual del empleado	Prima mensual de la ciudad	Prima mensual total
\$67,000.01 – \$68,000	\$102,000	\$4.59	\$3.06	\$7.65
\$68,000.01 – \$69,000	\$103,500	\$4.66	\$3.11	\$7.76
\$69,000.01 – \$70,000	\$105,000	\$4.73	\$3.15	\$7.88
\$70,000.01 – \$71,000	\$106,500	\$4.79	\$3.20	\$7.99
\$71,000.01 – \$72,000	\$108,000	\$4.86	\$3.24	\$8.10
\$72,000.01 - \$73,000	\$109,500	\$4.93	\$3.29	\$8.21
\$73,000.01 - \$74,000	\$111,000	\$5.00	\$3.33	\$8.33
\$74,000.01 - \$75,000	\$112,500	\$5.06	\$3.38	\$8.44
\$75,000.01 - \$76,000	\$114,000	\$5.13	\$3.42	\$8.55
\$76,000.01 - \$77,000	\$115,500	\$5.20	\$3.47	\$8.66
\$77,000.01 - \$78,000	\$117,000	\$5.27	\$3.51	\$8.78
\$78,000.01 - \$79,000	\$118,500	\$5.33	\$3.56	\$8.89
\$79,000.01 - \$80,000	\$120,000	\$5.40	\$3.60	\$9.00
\$80,000.01 - \$81,000	\$121,500	\$5.47	\$3.65	\$9.11
\$81,000.01 - \$82,000	\$123,000	\$5.54	\$3.69	\$9.23
\$82,000.01 - \$83,000	\$124,500	\$5.60	\$3.74	\$9.34
\$83,000.01 - \$84,000	\$126,000	\$5.67	\$3.78	\$9.45
\$84,000.01 - \$85,000	\$127,500	\$5.74	\$3.83	\$9.56
\$85,000.01 - \$86,000	\$129,000	\$5.81	\$3.87	\$9.68
\$86,000.01 - \$87,000	\$130,500	\$5.87	\$3.92	\$9.79
\$87,000.01 - \$88,000	\$132,000	\$5.94	\$3.96	\$9.90
\$88,000.01 - \$89,000	\$133,500	\$6.01	\$4.01	\$10.01
\$89,000.01 - \$90,000	\$135,000	\$6.08	\$4.05	\$10.13
\$90,000.01 - \$91,000	\$136,500	\$6.14	\$4.10	\$10.24
\$91,000.01 - \$92,000	\$138,000	\$6.21	\$4.14	\$10.35
\$92,000.01 - \$93,000	\$139,500	\$6.28	\$4.19	\$10.46
\$93,000.01 - \$94,000	\$141,000	\$6.35	\$4.23	\$10.58
\$94,000.01 - \$95,000	\$142,500	\$6.41	\$4.28	\$10.69
\$95,000.01 - \$96,000	\$144,000	\$6.48	\$4.32	\$10.80
\$96,000.01 - \$97,000	\$145,500	\$6.55	\$4.37	\$10.91
\$97,000.01 - \$98,000	\$147,000	\$6.62	\$4.41	\$11.03

*El costo es de \$0.075 cada \$1,000: El costo del empleado es el 60% o \$0.045/\$1,000; el costo de la ciudad es el 40% o \$0.030/\$1,000

Compensación a los trabajadores

Si se lesiona en el trabajo, estará cubierto por el Programa autoasegurado de compensación a los trabajadores de la ciudad. La cobertura comienza apenas empieza a trabajar. Si quiere obtener más información sobre este programa, comuníquese con el representante de Recursos Humanos de su departamento.

Programas de bienestar

Reach

Reach es el programa de bienestar en línea y basado en aplicaciones de la ciudad para empleados y cónyuges/parejas domésticas. Reach combina herramientas, contenido educativo y actividades interesantes para apoyar los objetivos de bienestar físico, emocional y financiero.

- Aprenda a manejar el estrés o a lograr un mejor equilibrio entre vivir y trabajar.
- Conéctese con servicios de defensa de la salud para obtener beneficios y hacer preguntas clínicas.
- Participe en la comunidad.
- Tome decisiones más sanas y tome medidas para mejorar su salud.
- Elabore un presupuesto, administre deuda o planifique su futura jubilación.

Para comenzar a usar Reach, ingrese a cityofseattle.limeade.com y regístrese. Para acceder a Thrive al paso, descargue la aplicación Limeade e ingrese el código de la ciudad de Seattle: seattle.

Hinge Health

Hinge Health es un programa para aquellos empleados y sus dependientes adultos que tienen dolor de espalda y dolor articular crónicos. Esta solución digital se ofrece a través de asesores y sin gastos de bolsillo para las personas que sean elegibles, quienes deben completar una evaluación para inscribirse.

Los participantes pueden usar una tableta y colocarse los sensores en el cuerpo (sin cargo) para acceder de forma remota a ejercicios personalizados, capacitaciones semanales y asesoramiento individual sobre salud con profesionales certificados. Para inscribirse en Hinge Health, vaya a hingehealth.com/cityofseattle.

Programas de bienestar

Mis viajes

My Trips es el programa de opciones de traslado al trabajo de los empleados. Conózcalo y obtenga una tarjeta ORCA sin cargo hoy mismo. Actualmente, el 70% de los empleados usa la tarjeta ORCA para desplazarse de sus casas al trabajo y viceversa. Tendrá un acceso ilimitado a todas las opciones de transporte, incluidos el taxi acuático, el transbordador rápido Kitsap y las vans de uso compartido. También puede obtener subsidios para los transbordadores del estado de Washington y para Vanpool. Si prefiere compartir un automóvil, usar bicicleta o caminar, puede usar My Trips. Visite mytrips.seattle.gov y acceda a un viaje a casa garantizado en caso de que ocurra una emergencia personal, familiar o médica o de que quiera planificar un viaje de forma personalizada.

Descargue la aplicación móvil gratuita para que sea más sencillo. Inscríbase y registre los viajes para obtener excelentes beneficios. Explore sus opciones y acceda a premios en mytrips.seattle.gov.

My Trips. Su viaje. Muchas opciones.

Políticas de licencias

Vacaciones

Las vacaciones se acumulan según la cantidad de horas remuneradas (sin contar las horas extras) de cada período de pago. Puede acumularse una cantidad máxima de 80 horas de vacaciones por período de pago. (Consulte la tabla de acumulación de vacaciones que figura más abajo). Un año de empleo de tiempo completo equivale a aproximadamente 2,088 horas de trabajo regulares remuneradas. La tasa de acumulación de vacaciones es de 12 días por año durante los primeros cuatro años de empleo. Esta tasa aumenta gradualmente a 20 días por año luego de 20 años de empleo y, a partir de entonces, se suma un día más por cada año de empleo hasta alcanzar un máximo de 30 días.

Puede acumular el doble de sus vacaciones anuales sin sufrir penalizaciones. En el cheque de pago quincenal, verá los días de vacaciones que ha acumulado y no ha utilizado. También encontrará esta información en el [Autoservicio para empleados](#).

Siga el protocolo de su departamento para solicitar y tomar vacaciones.

Su saldo de vacaciones no utilizado se liquidará cuando deje el empleo en la ciudad, a menos que su sindicato haya elegido participar en VEBA o usted sea elegible para diferir su licencia de vacaciones en Compensación Diferida. Consulte a su representante de RR. HH.

Empleados con representación sindical: consulten el convenio colectivo de trabajo para ver las políticas de licencias.

Si la información que ofrecemos en este manual difiere de la que figura en el convenio colectivo, prevalecerá esta última.

Horas regulares remuneradas	Años de servicio	Vacaciones acumuladas por hora	Días por año	Horas por año	Cantidad máxima
Menos de 08321	Entre 0 y 4	.0460	12	96	192
Entre 08321 y 18720	Entre 5 y 9	.0577	15	120	240
Entre 18721 y 29120	Entre 10 y 14	.0615	16	128	256
Entre 29121 y 39520	Entre 15 y 19	.0692	18	144	288
Entre 39521 y 41600	20	.0769	20	160	320
Entre 41601 y 43680	21	.0807	21	168	336
Entre 43681 y 45760	22	.0846	22	176	352
Entre 45761 y 47840	23	.0885	23	184	368
Entre 47841 y 49920	24	.0923	24	192	384
Entre 49921 y 52000	25	.0961	25	200	400
Entre 52001 y 54080	26	.1000	26	208	416
Entre 54081 y 56160	27	.1038	27	216	432
Entre 56161 y 58240	28	.1076	28	224	448
Entre 58241 y 60320	29	.1115	29	232	464
De 60321 en adelante	30	.1153	30	240	480

Políticas de licencias

Licencia por enfermedad

La licencia por enfermedad forma parte de un programa por incapacidad a corto plazo mediante el cual los empleados perciben su salario en caso de que no puedan trabajar porque tienen consultas médicas o una enfermedad, lesión o incapacidad que no les permite trabajar temporalmente, o de que no puedan trabajar porque su cónyuge o pareja doméstica o uno de sus padres, abuelos, hermanos, nietos o hijos dependientes tiene consultas médicas o una enfermedad, lesión o incapacidad. También puede pedir licencia por enfermedad para cuidar a un recién nacido o un niño que acaba de recibir en adopción, para brindar cuidado sustituto o tutela legal, por el cierre de su lugar de trabajo o de la escuela o guardería de su hijo por parte de las autoridades sanitarias públicas y por cuestiones relacionadas con violencia doméstica, agresión sexual y acoso. También pueden usarse las horas de licencia por enfermedad disponibles tras cumplir 30 días de empleo.

Los empleados de tiempo completo acumulan 12 días o 96 horas de licencia por enfermedad por año calendario a razón de 0.046 horas por hora regular remunerada. Si se ausenta durante más de cuatro días laborales consecutivos, deberá presentar documentación médica que acredite la ausencia. Es posible que también deba presentar un certificado para volver a trabajar. Si se jubila a través del Sistema Jubilatorio de la ciudad de Seattle, es elegible para recibir una compensación en efectivo equivalente al 25 por ciento de las horas de licencia por enfermedad no utilizadas a menos que su sindicato haya optado por participar en un plan de Asociación de Empleados Beneficiarios Voluntarios (VEBA) o de que usted sea elegible para recibir una compensación de diferimiento de impuestos por la licencia por enfermedad. Consulte a su representante de RR. HH.

Políticas de licencias

Días festivos

Los empleados elegibles para acceder a los beneficios temporales pueden recibir 10 feriados oficiales remunerados y dos feriados personales remunerados por año. Para ser elegible, debe figurar como empleado con nombramiento regular el día anterior o el día posterior al día festivo. Sin embargo, el día festivo no se le pagará si toma una licencia no remunerada de más de cuatro días inmediatamente anteriores a un día festivo y vuelve a trabajar el día siguiente a este. Para obtener más información sobre la política de días festivos, consulte la Disposición de personal 7.6 en seattle.gov/human-resources/rules-and-resources/personnel-rules y en los convenios colectivos que correspondan.

A continuación, ofrecemos el calendario de días festivos 2021.

Día de Año Nuevo	Viernes 1/1/2021
Día de Martin Luther King Jr.	Lunes 18/01/2021
Día del Presidente	Lunes 15/02/2021
Día de los Caídos en la Guerra	Lunes 31/05/2021
Día de la Independencia	Lunes 05/07/2021
Día del Trabajo	Lunes 06/09/2021
Día de los Veteranos	Jueves 11/11/2021
Día de Acción de Gracias	Jueves 25/11/2021
Viernes posterior al Día de Acción de Gracias	Viernes 26/11/2021
Día de Navidad	Viernes 24/12/2021

El feriado del Día de Año Nuevo de 2022 será el lunes, 3 de enero.

Todos los empleados, incluidos los temporales, tienen derecho a 5 días de licencia remunerada por duelo luego de la muerte de un familiar cercano. Sujeto a la aprobación de su supervisor, puede tomarse hasta 5 días de vacaciones o de otra licencia discrecional para hacer el duelo de un "familiar que no sea directo", como tíos, amigos, compañeros de trabajo u otras personas que no sean familiares directos.

Licencia por duelo

Servicio de jurado

Si presta servicio de jurado durante el horario normal, se le pagarán las horas regulares siempre y cuando ceda a la ciudad todas las compensaciones que reciba del tribunal menos los viáticos.

Políticas de licencias

Licencia familiar y médica

La ciudad ofrece hasta 90 días calendario no remunerados para licencia familiar y médica en un año calendario de 12 meses consecutivos. Para los empleados de tiempo parcial, la licencia se prorratea. Los empleados pueden tomarse la licencia una vez que cumplan seis meses de antigüedad laboral. Los empleados elegibles pueden optar por usar la licencia que tengan acumulada, como las vacaciones, la licencia por enfermedad, los feriados móviles, etc., durante el período de la licencia familiar y médica aprobada por la ciudad. La licencia familiar y médica aprobada por la ciudad es una licencia protegida, lo que significa que garantiza la reincorporación laboral, la continuidad de los beneficios del seguro médico y la protección contra represalias.

Si quiere usar la licencia familiar y médica para cuidar a un recién nacido o un niño que ha recibido en cuidado sustituto o adopción, debe presentar una notificación con 30 días de anticipación siempre que sea posible. Para poder tomar licencia familiar y médica de forma intermitente para cuidar a un hijo, debe hablar con su supervisor para acordar los detalles. También debe presentar un comprobante del nacimiento o la asignación que certifique la fecha de nacimiento o recepción del niño.

También se recomienda que presente una notificación con la mayor anticipación posible antes de tomarse una licencia familiar y médica por un problema de salud personal o para cuidar a un familiar elegible gravemente enfermo. También deberá presentar un certificado de su proveedor de atención médica que verifique que padece una afección médica grave. Además, si está tomando una licencia familiar y médica porque tiene una afección grave, deberá presentar una autorización de su proveedor de atención médica para volver a trabajar. Si desea solicitar esta licencia, comuníquese con el [coordinador de licencias y ADA de su departamento](#). Para obtener más información, consulte la Disposición de personal 7.1

Licencia por cuidado familiar remunerada

La ciudad ofrece a los empleados elegibles hasta cuatro semanas (160 horas) de licencia familiar y médica remunerada para cuidar a un familiar elegible que tenga una afección médica grave. Para los empleados de tiempo parcial, la licencia se prorratea. Los empleados pueden usar la licencia una vez que cumplen seis meses consecutivos de empleo en un puesto o una asignación temporal elegibles y siempre y cuando no hayan usado todas las horas de la licencia familiar y médica. Las horas de licencia remunerada para el cuidado de un familiar se restan del total de horas de la licencia familiar y médica. Si desea solicitar esta licencia, comuníquese con el [coordinador de licencias y ADA de su departamento](#).

Licencia parental remunerada

A través del Programa de licencia parental remunerada de la ciudad de Seattle, los empleados elegibles pueden recibir hasta 12 semanas de licencia remunerada para crear un vínculo con su nuevo hijo. Para los empleados de tiempo parcial, la licencia se prorratea. Los empleados pueden acceder a esta licencia una vez que completan seis meses de empleo en un puesto elegible y si experimentan uno de los siguientes eventos habilitantes:

- el nacimiento de un hijo o la llegada de un niño que ha recibido en adopción, cuidado sustituto o tutela legal.

Políticas de licencias

Programas de licencia militar

Además de presentar la solicitud de licencia, el empleado debe presentar a la ciudad un comprobante del nacimiento o la asignación del menor. El empleado debe usar la licencia antes de que se cumpla un año del nacimiento o la recepción del menor. Si desea solicitar esta licencia, comuníquese con el [coordinador de licencias y ADA de su departamento](#).

La ciudad ofrece los siguientes programas de licencia militar remunerada y no remunerada a los empleados que la necesitan.

- Licencia militar remunerada: Además de los días de licencia normales, la ciudad ofrece hasta 21 días laborales de licencia remunerada por año fiscal (de octubre a septiembre) sin pérdida de crédito de servicio para los empleados que sean miembros de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., la Guardia Nacional o las reservas y necesiten la licencia para prestar servicio militar o hacer capacitaciones o simulacros. Con esta licencia, los empleados reciben el salario de la ciudad y los beneficios a la misma tasa de pago y de acuerdo con las mismas condiciones que si estuvieran trabajando.
- Licencia militar: La licencia militar no remunerada permite que los empleados presten servicio activo en las fuerzas militares de los Estados Unidos. También les garantiza la reincorporación a sus puestos una vez que dejen de prestar servicio siempre y cuando cumplan con los criterios especificados.
- Licencia militar de cónyuge: Es una licencia no remunerada de 15 días que se ofrece a los empleados cuyos cónyuges son miembros de las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o las reservas y han recibido una notificación de una llamada inminente o una orden de servicio activo antes del despliegue y a los empleados con cónyuges militares que están de licencia.
- Licencia familiar y médica por exigencia militar: Los empleados elegibles pueden obtener hasta 90 días (13 semanas) de licencia familiar y médica no remunerada y con protección laboral en un período de 12 meses consecutivos a causa de una "exigencia habilitante" que surja como consecuencia del despliegue militar internacional del cónyuge, uno de los padres o un hijo del empleado.
- Licencia familiar y médica para el cuidado de un miembro de las Fuerzas Armadas: Los empleados pueden obtener hasta 26 semanas de licencia familiar y médica no remunerada y con protección laboral en un período de 12 meses consecutivos para cuidar a su cónyuge, a uno de sus padres, a un hijo o al familiar más cercano que sea miembro de las Fuerzas Armadas y tenga una lesión o una enfermedad graves. Los miembros cubiertos de las Fuerzas Armadas pueden ser miembros actuales o veteranos.

Si desea solicitar alguno de estos programas de licencia, comuníquese con el [coordinador de licencias y ADA de su departamento](#).

Licencia remunerada familiar y médica del estado de Washington

La Licencia remunerada familiar y médica del estado de Washington es un programa de seguro financiado mediante primas pagadas por la ciudad de Seattle y empleados. Ofrece licencia parcialmente remunerada para eventos médicos y familiares que califiquen, y algunos eventos militares que califiquen. El programa cubre entre 12 y 18 semanas de licencia remunerada en caso de algún evento que califique, dependiendo de las circunstancias. Para obtener más información, visite la página web del Departamento de Seguridad de Empleo del Estado de Washington en <https://www.paidleave.wa.gov/>

Para solicitar este beneficio con el [Departamento de Seguridad de Empleo](#) (ESD) del Estado de Washington, comuníquese con el ESD directamente al 1 (833) 717-2273 o envíe su solicitud en línea a www.paidleave.wa.gov.

Jubilación

Sistema jubilatorio de la ciudad

Existen tres situaciones en las que los empleados temporales pueden inscribirse en el Sistema Jubilatorio de Empleados de la Ciudad de Seattle:

1. una vez que completen 1,044 horas de trabajo para la ciudad, que equivalen a 6 meses de empleo de tiempo completo;
2. una vez que completen 10,440 horas de trabajo para la ciudad, que equivalen a 5 meses de empleo de tiempo completo;
3. si reciben un nombramiento para ocupar un puesto regular como empleados de la ciudad, en cuyo caso pueden inscribirse en el sistema jubilatorio y comprar crédito siempre y cuando lo hagan antes de completar las 10,440 horas de trabajo para la ciudad.

Comuníquese con la Oficina de Jubilación (206-386-1292) para obtener más información.

Beneficio por fallecimiento del sistema jubilatorio

Los empleados temporales que participan en el sistema jubilatorio son miembros automáticos del programa de beneficio por fallecimiento. El objetivo de esta póliza es servir de complemento para el seguro de entierro. El beneficio es de \$2,000 y solo es pagadero al beneficiario. La prima anual es de \$12.00 y se deduce del primer cheque de pago del año. La póliza no tiene valor en efectivo para el jubilado.

Plan de ahorro por compensación de diferimiento de impuestos

Si lo desea, puede participar en el Plan voluntario de compensación de diferimiento de impuestos que ofrece la ciudad de Seattle a través de Nationwide. Puede inscribirse en cualquier momento del año. A través del plan, puede ahorrar una parte de su cheque de pago para complementar los fondos jubilatorios. Las contribuciones se deducen de su salario antes o después de impuestos (Roth) y usted tiene el 100% de la titularidad de los aportes que hace. Puede elegir entre varias opciones de inversiones para diversificar sus ahorros.

Si desea recibir más información, comuníquese con un Asesor informativo de la Torre Municipal de Seattle (piso 16, sala 1635) al 206-447-1924. Los asesores informativos están disponibles de lunes a viernes durante el horario laboral normal. También puede comunicarse con Nationwide al 855-550-1757. Los representantes de Atención al Cliente están disponibles de lunes a viernes de 5:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico, y los sábados de 6:00 a.m. a 3:00 p.m. También puede acceder a su cuenta en cualquier momento desde el [sitio web de Nationwide](#).

- Puede empezar a hacer los diferimientos (contribuciones), dejar de hacerlos o modificar los montos en cualquier momento desde www.cityofseattledeferredcomp.com o llamando al 855-550-1757.

Jubilación

Plan de ahorro por compensación de diferimiento de impuestos

- Las contribuciones pueden ser desde \$10 por período de pago hasta el 50% de sus ingresos anuales gravables; el límite anual está publicado en <http://www.seattle.gov/human-resources/benefits/employees-and-covered-family-members/retirement-plans>.
- No paga impuestos federales por sus ahorros antes de impuestos hasta que los retira.
- Puede solicitar un préstamo de hasta \$50,000 o la mitad del saldo de su cuenta, según el monto que sea menor.
- Solo podrá retirar el dinero cuando deje de trabajar para la ciudad, independientemente de su edad.
- Se ofrecen retiros por dificultades financieras sujetos a las disposiciones del IRS y la aprobación del Comité de Fideicomiso del Plan.
- Al momento de jubilarse, puede contribuir una parte del saldo de su licencia por enfermedad (en caso de que sea elegible) y la totalidad de su compensación por vacaciones hasta alcanzar el límite de diferimiento anual no utilizado del año en que se jubila. Para conocer el monto máximo de diferimiento anual, visite <http://www.seattle.gov/human-resources/benefits/employees-and-covered-family-members/retirement-plans>.
- También puede consolidar planes de jubilación anteriores (457, 403(b), 401(k), 401(a) y IRA) con la cuenta del Plan de compensación de diferimiento de impuestos.

Año	Límite de contribuciones regulares	Límite de contribución adicional para empleados de más de 50 años
2021	\$19,500	\$6,500

Glosario

Facturación del saldo	El monto superior al del coseguro que quizás deba pagar si usa un proveedor que está fuera de la red. Consulte la explicación que se encuentra en la página 18, Pago de reclamos fuera de la red en los que se factura más que el monto permisible de Aetna.
Coseguro	Un acuerdo entre el plan y el empleado mediante el cual se comparte un porcentaje específico de los gastos cubiertos conforme al plan. Por ejemplo, el Plan tradicional Aetna Open Choice paga el 80% de la mayoría de los gastos cubiertos y el empleado paga el 20% restante una vez que se alcanza el deducible.
Copago	Un cargo que se paga cuando se presta un servicio médico u odontológico. El copago puede ser un porcentaje del gasto, pero normalmente es un monto fijo. Por lo general, los copagos no se imputan al coseguro ni los deducibles que se pagan del propio bolsillo.
Deducible	Los gastos cubiertos en los que se debe incurrir para que se paguen los beneficios del plan. El deducible se establece de forma anual y puede ser individual o familiar.
Gastos elegibles	Gastos que se consideran elegibles para recibir cobertura según el plan de salud. Pueden ser cargos de servicios de salud específicos o "cargos razonables y habituales".
Vademécum	Una lista de medicamentos genéricos y de marcas preferidas. Los medicamentos se seleccionan conforme a los criterios de evaluación de cada plan. Los vademécums son diferentes según el plan y pueden incluir medicamentos nuevos o eliminar medicamentos de marca a medida que surgen equivalentes genéricos.
Medicamento genérico	Un medicamento que contiene los mismos ingredientes activos y en las mismas cantidades que un producto de marca, aunque puede tener un color, una forma o un tamaño diferente. Se produce una vez que vence la patente del medicamento de marca. También se lo denomina "equivalente genérico".
Proveedor de la red	Un proveedor médico que ha firmado un contrato para participar en un plan de salud. También se lo denomina "proveedor preferido".

Proveedor fuera de la red	Un proveedor que no ha firmado un contrato con un plan de salud. También se lo denomina “proveedor no preferido”.
Gastos de su propio bolsillo	Gastos que el plan no cubre y que debe pagar el afiliado. Pueden ser el coseguro, los deducibles, etc.
Límite de desembolso (desembolso máximo)	Los copagos o coseguros que debe pagar una persona en un año calendario para recibir la cobertura total de la mayoría de los gastos cubiertos.
Afección preexistente	Una afección física que se tenía antes de la fecha de entrada en vigencia de una póliza. Muchas pólizas de salud no cubren este tipo de afecciones hasta que haya transcurrido un período de tiempo determinado. Los planes médicos de la ciudad cubren todas las afecciones preexistentes.
Proveedor preferido	Un proveedor médico que ha firmado un contrato para participar en un plan de salud. También se lo denomina “proveedor de la red”.
Atención preventiva	Consiste en los exámenes físicos de rutina y la colocación de vacunas. El objetivo es prevenir las enfermedades antes de que se desarrollen.
Cargo reconocido	El cargo semianual que Aetna determina que está en el percentil 70 de los cargos que cobran los proveedores por un servicio o suministro en el área geográfica en la que se lo recibe.

¿Con quién me comunico si tengo alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese telefónicamente con las siguientes organizaciones o visite sus páginas web. El teléfono de la Unidad Central de Beneficios del Departamento de Recursos Humanos de Seattle es 206-615-1340.

Accolade	866-540-5418	https://login.myacolade.com/login
Aetna	877-292- 2480	AetnaNavigator.com Búsqueda personalizada de documentos: aetna.com/docfind/custom/cityofseattle
Kaiser Permanente	888-901-4636	KP.org/wa
VSP	800- 877-7195	vsp.com Haga clic en "Members and Consumers" (miembros y consumidores)
Delta Dental of Washington (DDWA)	206-522-2300 o 800-554-1907	DeltaDentalWa.com
Dental Health Services	206-788-3444 877-495-4455	DentalHealthServices.com/cityofseattle
Nationwide Retirement Representante local	855-550-1757 206-447-1924	www.cityofseattledeferredcomp.com
Seguro de vida y por incapacidad a largo plazo		Representante de beneficios de su departamento
Resolución alternativa de conflictos	206-615-0089 206-615-1692 TTY: 206-684-7888	sdhrweb/adr/default.asp
Unidad Central de Beneficios de la Ciudad	206-615-1340	http://www.seattle.gov/human-resources/benefits
Autoservicio para empleados		http://www.seattle.gov/ess/

