

Guía de beneficios

para la mayoría de los
empleados de la ciudad*

2019

* Incluye: Operadores de equipos de mantenimiento de la construcción (CMEO), Jefes de bomberos, empleados generales de la ciudad, empleados de bibliotecas, miembros de la Asociación Administrativa de la Policía de Seattle (SPMA) y miembros cubiertos por los contratos de la Filial 77 para profesionales de informática (IT) y Comercializadores de energía

Actualizada: 3 de abril de 2019



Seattle
Human Resources

Asistencia para entender la información en este documento

Hay asistencia disponible para leer o entender 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	COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES	46
ELEGIBILIDAD E INFORMACIÓN DE COBERTURA ..2		PROGRAMAS DE VIDA Y TRABAJO	47
ELEGIBILIDAD	3	PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS (EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM, EAP)	47
DE LOS EMPLEADOS REGULARES	3	QUIT FOR LIFE (DEJE DE FUMAR PARA SIEMPRE)	47
FAMILIARES ELEGIBLES	3	WW (ANTERIORMENTE WEIGHT WATCHERS)	47
INSCRIPCIÓN DE EMPLEADO	4	SEATTLE SHARES	47
NUEVO	4	CAREER QUEST	47
INICIO DE LA COBERTURA	4	RESOLUCIÓN ALTERNATIVA DE CONFLICTOS (ADR)	48
¿CÓMO INSCRIBO A MIS FAMILIARES?	5	MIS VIAJES	48
¿CÓMO CANCELO LA INSCRIPCIÓN	6	POLÍTICAS DE LICENCIAS	49
DE MIS FAMILIARES?	6	VACACIONES	49
MODIFICACIÓN DE LOS BENEFICIOS	6	PERMISO POR ENFERMEDAD	50
FIN DE LA COBERTURA	7	DÍAS FESTIVOS	51
CONTINUIDAD DE LA COBERTURA CONFORME A COBRA	7	LICENCIA POR FALLECIMIENTO	52
COBERTURA A TRAVÉS DE LA BOLSA DE SEGUROS MÉDICOS	8	LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA	53
COBERTURA A TRAVÉS DE UN PLAN PARA JUBILADOS DE LA CIUDAD	8	LICENCIA POR CUIDADO FAMILIAR REMUNERADA	53
PAGO DE LOS BENEFICIOS	9	LICENCIA PARENTAL REMUNERADA	54
BENEFICIOS Y PLANIFICACIÓN FINANCIERA	10	LICENCIA POR AÑO SABÁTICO	54
OPCIONES DE PLANES MÉDICOS	11	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADO	55
CÓMO ELEGIR UN PLAN MÉDICO	11	SU ENTORNO LABORAL	55
PLAN PREVENTIVO	12	EMPLEO	55
PLAN TRADICIONAL	12	JUBILACIÓN	56
PLAN ESTÁNDAR DE KAISER PERMANENTE	13	PLAN DE	56
PLAN DE DEDUCIBLE DE KAISER PERMANENTE	13	AHORRO POR COMPENSACIÓN DE DIFERIMIENTO DE IMPUESTOS	56
EJEMPLOS DE COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS	14	SISTEMA JUBILATORIO DE LA CIUDAD	57
PRIMAS DE ATENCIÓN MÉDICA	25	GLOSARIO	59
MONTO GRAVABLE DEL BENEFICIO (CON DDWA)	27	¿CON QUIÉN ME COMUNICO SI TENGO ALGUNA PREGUNTA?	61
MONTO GRAVABLE DEL BENEFICIO (CON DHS)	28		
COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA ..29			
PLANES PREVENTIVOS Y TRADICIONALES (AETNA)	29		
PLANES DE KAISER PERMANENTE	29		
OPCIONES DE PLANES ODONTOLÓGICOS	31		
DELTA DENTAL OF WASHINGTON	31		
DENTAL HEALTH SERVICES (DHS)	32		
COBERTURA OFTALMOLÓGICA Y COMPARACIÓN DE PLANES	35		
SEGUROS OPCIONALES	37		
SEGURO BÁSICO POR INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)	37		
LTD COMPLEMENTARIO	37		
SEGURO DE VIDA GRUPAL TEMPORAL (GTL)	39		
SEGURO DE VIDA BÁSICO	39		
SEGURO DE VIDA BÁSICO LIMITADO	39		
SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO	42		
AD&D	44		
FSA DE ATENCIÓN MÉDICA	46		
FSA DE CUIDADO DIURNO	46		

Responsabilidades del empleado

Los empleados tienen la responsabilidad de 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.

¿Es un empleado nuevo? Debe elegir sus beneficios dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación.

¿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. Si quiere hacer cambios en la FSA, dispone de 30 días.

¿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: consulte a su [representante de beneficios](#).
- Compensación de diferimiento: comuníquese con [Nationwide](#) o llame al (206) 447-1924

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

Acceda a información sobre sus beneficios desde casa en seattle.gov/personnel; elija "beneficios".

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 a los empleados regulares y sus familias* planes oftalmológicos básicos y ampliables a través de VSP.

Seguro de vida por incapacidad a largo plazo (LTD)

La ciudad ofrece un seguro de vida básico por incapacidad a largo plazo y comparte el costo del seguro de vida grupal temporal básico; el empleado puede pagar una cobertura adicional.

Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

La ciudad ofrece un plan de AD&D grupal pagado por el empleado.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Los empleados pueden usar dinero antes de impuestos (hasta \$2,650 anuales de la cuenta de atención médica o hasta \$5,000 anuales de la cuenta de cuidado diurno) para pagar gastos de atención médica elegibles y costos de cuidado diurno relacionados con el trabajo. Pueden transferir hasta \$500 que no hayan utilizado de la FSA de atención médica para usarlos el año siguiente siempre y cuando el saldo mínimo sea de \$120.

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.

Programa de asistencia para empleados (Employee Assistance Program, EAP)

La ciudad ofrece un servicio de asesoramiento psicológico independiente, profesional y confidencial para ayudar a los empleados con problemas personales o relacionados con el trabajo.

*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, visite seattle.gov/personnel/benefits/life/dependenteligibility.asp.

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

Elegibilidad e información de cobertura

Elegibilidad de los empleados regulares

Si usted ha sido nombrado en un puesto de tiempo completo o de medio tiempo (al menos 80 horas por mes), es elegible para inscribirse en los planes médico, odontológico, oftalmológico, de seguro de vida, AD&D, LTD y FSA, de compensación de diferimiento de impuestos y del EAP.

Familiares elegibles

Los siguientes familiares* son elegibles para inscribirse en los planes médico, odontológico, oftalmológico, de seguro de vida complementario, de cobertura por accidente y del EAP:

- 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
- los menores que se encuentren bajo su tutela legal o que deban tener cobertura conforme a una orden calificada de manutención infantil médica.

Elegibilidad de los hijos

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

Plan	Edad	Otros
Médico, odontológico, oftalmológico y de cuenta de gastos flexibles	Hasta los 26 años de edad (durante los 25 años de edad)	<u>No</u> tiene que: -ser soltero -vivir con usted -depende económicamente de usted Puede tener acceso a otra cobertura.
GTL complementario	Hasta los 26 años de edad (durante los 25 años de edad)	<u>No</u> tiene que: -ser soltero -vivir con usted -depende económicamente de usted
AD&D	Hasta los 26 años de edad (hasta los 25 años completos)	<u>No</u> tiene que: -ser soltero -vivir con usted -depende económicamente de usted

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. Para obtener más información, visite seattle.gov/personnel/benefits/life/dependenteligibility.asp

**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

Inscripción de empleado nuevo

Si es un empleado nuevo, debe inscribirse o solicitar las coberturas médica, odontológica, oftalmológica, del seguro de vida, de AD&D o de LTD complementaria **dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación**. Tiene dos opciones para inscribirse:

- 1) a través del [Autoservicio para empleados](#), que es la forma preferida;
- 2) a través de un *Formulario de elección de beneficios* que debe entregar al [representante de Recursos Humanos](#) de su departamento en caso de que no tenga acceso a una computadora. Si elige inscribirse en formato de papel, asegúrese de completar, firmar y fechar el formulario.

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. Si no se inscribe en el seguro complementario por incapacidad apenas adquiere la elegibilidad y lo solicita más adelante, tendrá un período de carencia por afecciones preexistentes más largo.

Inicio de la cobertura

Dispone de 30 días posteriores a la fecha de contratación para inscribirse. La cobertura propia y de los familiares elegibles comienza el primer día de empleo siempre y cuando la fecha sea:

- el primer día calendario del mes que se considera un día hábil para la ciudad, o
- el primer día calendario del mes que se considera el primer día hábil del turno que se le asignó, según la fecha que fuera posterior.

Si empieza a trabajar después de esta fecha, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

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

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

Si su fecha de contratación es posterior al 2 de enero de 2018 y adquiere la elegibilidad para inscribirse en una cobertura médica, pero no la elige ni renuncia a ella de forma voluntaria, se lo inscribirá automáticamente en el plan tradicional de Aetna para empleados. Este plan no exige que los empleados paguen primas.

También deberá cumplir con requisitos adicionales si quiere inscribirse en el plan de seguro de vida complementario por incapacidad a largo plazo (LTD) más adelante. Si quiere inscribirse en el plan de seguro de vida, deberá presentar una Declaración de antecedentes médicos para que la apruebe la compañía de seguros. Además, podría tener un período de espera adicional para el seguro por LTD.

Elegibilidad e información de cobertura

Rechazo de la cobertura

Puede rechazar la cobertura médica dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación, durante la inscripción abierta o dentro de los 30 días posteriores a la fecha de un evento habilitante. Si rechaza la cobertura, sus dependientes no podrán acceder a los planes médicos que ofrece la ciudad. Si la rechaza, no se le cobrarán los pagos de las primas y seguirá estando inscrito en los planes odontológicos y oftalmológicos básicos debido a que no exigen que los empleados paguen primas.

Los empleados que rechacen la cobertura médica que ofrece la ciudad, que se considera asequible y suficiente conforme a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, no reunirán los requisitos para recibir subsidios del gobierno a la hora de comprar seguros médicos individuales a través de la bolsa estatal de seguros médicos. Además, es posible que se cobren multas federales a los empleados que rechacen la cobertura del empleador y no adquieran una cobertura por su cuenta.

¿Cómo inscribo a mis familiares?

Puede inscribir a sus familiares en dos oportunidades:

- 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 de un hijo o adopción
 - Se pueden encontrar otros ejemplos de lo anterior en las páginas 6 y 7.

Si agrega un familiar fuera de la inscripción abierta, debe completar un [Formulario de beneficios de cambio](#) y presentarlo ante el departamento del representante de beneficios. 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 más información sobre el proceso de verificación de dependientes, visite seattle.gov/personnel/benefits/life/dependenteligibility.asp

Si desea obtener más información, visite seattle.gov/personnel/benefits/home.asp. En caso de que tenga alguna pregunta, llame al [representante de beneficios o de 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.

Si quiere inscribirse en el programa de cuenta de gastos flexibles (para atención médica y cuidado diurno), debe hacerlo durante la inscripción abierta. Debe volver a inscribirse todos los años aunque ya tenga una cuenta abierta.

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 (este plazo de 60 días no está vigente para los cambios en la FSA). *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.

Elegibilidad e información de cobertura

- 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.
- 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.

Fin de la cobertura

Las coberturas médica, odontológica y oftalmológica y de los seguros de vida básico y complementario por discapacidad a largo plazo y por AD&D 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

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:

Elegibilidad e información de cobertura

- 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:

- 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 y seguro por AD&D 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. Tenga en cuenta que si se inscribe en un plan de la bolsa, no será elegible para obtener la cobertura de un plan médico para jubilados de la ciudad. 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 en el cheque de marzo corresponderán a la cobertura de marzo.

La ciudad paga los planes odontológico y oftalmológico básico en su totalidad a la mayoría de los empleados. Puede elegir un plan oftalmológico ampliable y pagar su prima y las de sus familiares elegibles. La prima se deduce del primer y el segundo cheque de pago del mes antes de impuestos y en montos iguales.

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.

Seguro complementario por incapacidad a largo plazo

La prima del seguro complementario por LTD se deduce del segundo cheque mensual después de impuestos y corresponde a la cobertura del próximo mes. El monto que pague por la cobertura complementaria por LTD puede variar según el mes, ya que es un porcentaje de sus ingresos mensuales.

Seguro por muerte accidental y desmembramiento

La prima del seguro por AD&D se deduce del primer cheque mensual después de impuestos y corresponde a la cobertura del mes actual.

Cuentas de gastos flexibles (atención médica y cuidado diurno)

El monto de la FSA se deduce del primer y el segundo cheque de pago mensual antes de impuestos y en montos iguales.

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. Trate de determinar si tendrá algún gasto médico, odontológico u oftalmológico durante el año siguiente, como recetas, anteojos, ortodoncia, copagos de consultas médicas y deducibles. La FSA de atención médica es una herramienta que lo ayudará en su planificación financiera y le permitirá maximizar el valor del dinero que gasta en atención médica. Puede elegir la FSA de atención médica durante la inscripción abierta para separar dinero antes de impuestos y pagar los gastos médicos de su propio bolsillo que correspondan y los de sus familiares. Estas son algunas medidas que puede tomar para reducir los costos y ahorrar dinero.

- Deje de fumar y aliente a sus familiares para que hagan lo mismo. Inscríbase en el programa para dejar de fumar que ofrece la ciudad de forma gratuita y llame a Quit for Life al 1-866-QUIT-4-LIFE (1-866-784-8454). Los familiares adultos que tengan la cobertura médica de la ciudad también pueden inscribirse.
- 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.

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 nuevos: recuerde que tiene 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los planes médico, odontológico y oftalmológico y en la mayoría de los planes de seguro opcionales.

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.
Aetna.com	Encuentre información detallada sobre el reclamo, consulte sus beneficios, solicite cambios, encuentre proveedores de servicio y envíe correos electrónicos al Departamento de Servicio para Afiliados en Aetna.com .
Pasos simples	Los afiliados pueden llevar a cabo una evaluación de riesgos para la salud denominada <i>Pasos sencillos para una vida más saludable</i> . Una vez que completen el cuestionario, recibirán un informe de salud, un plan de acción personal.
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	Ingrese a su cuenta en Aetna.com . Elija la pestaña de cuidado de urgencia para obtener una lista de clínicas que reciben pacientes ambulatorios cerca suyo.

Opciones de planes médicos

Kaiser Permanente	<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>
Plan estándar de Kaiser Permanente	<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>
Plan de deducible de Kaiser Permanente	<p>Este es un plan de atención administrada 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>
Perfil de salud	<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>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 adoptar un estilo de vida saludable.</p>
CareClinic	<p>CareClinic es una clínica de salud para pacientes ambulatorios en 15 ubicaciones de Bartell Drugs. Estas clínicas son para enfermedades y lesiones leves, como resfriados o gripes, infecciones oculares o de oído, vacunas para niños y distensiones. Visite careclinic.org para encontrar las ubicaciones.</p>
Care Chat y visitas en línea	<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. Las visitas en línea están disponibles para problemas médicos comunes como un resfriado o una gripe. Visite KP.org/wa/onlinevisit.</p>
Servicio de consultas de enfermería	<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 honorarios médicos y otros cargos 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	Especialista dentro de la red Aexcel: Cobertura del 90% una vez que se paga un copago por internación de \$200. Especialista fuera de la red Aexcel: 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.	Especialista dentro de la red Aexcel: Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200. Especialista fuera de la red Aexcel: 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 2019: 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 seattle.gov/personnel/benefits/health/medical.asp.

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 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.	\$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 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.
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 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.	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.	Hasta \$1,000
Atención médica domiciliaria					

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
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.	
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 persona, familia o sesión de pareja.	Copago de \$15 por persona, familia o sesión de pareja. Se aplica el deducible.	Cobertura del 80% una vez que se paga un copago de \$200. 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% una vez que se paga un copago de \$200.	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.			

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
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: Sin cobertura. Genéricos: Coseguro del 30%. Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos. 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.		Para un suministro de 90 días: Sin cobertura. Genéricos: Coseguro del 30%. Cobertura del 100% para medicamentos anticonceptivos genéricos. 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.	
Los fármacos y dispositivos anticonceptivos se cubren una vez que se paga el copago de farmacia.					
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					

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
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%.

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 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.	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.		Máximo de por vida de \$5,000 combinando los servicios no quirúrgicos 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
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%.

* Los servicios se cubren si la compañía determina que constituyen una necesidad médica y si se cumple con sus pautas de políticas clínicas.

** 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 1-877-292-2480 si quiere recibir más información sobre la red Aexcel.

Si quiere obtener información detallada sobre el plan, consulte el manual del plan médico en seattle.gov/personnel/benefits/health/medical.asp. Este documento no es un contrato.

Primas de atención médica

Distribución de primas 2019

A partir del martes, 1 de enero de 2019, 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	\$1,412.87	\$1,364.75	\$48.12	\$1,314.37	\$98.50
Plan tradicional de la ciudad de Seattle	\$1,279.79	\$1,279.79	\$ 0.00	\$1,247.45	\$32.34
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$1,161.69	\$1,113.29	\$48.40	\$1,061.79	\$99.90
Deducible de Kaiser Permanente	\$1,070.61	\$1,045.61	\$25.00	\$1013.69	\$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).

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

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.

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 de las coberturas médica, odontológica y oftalmológica con la cobertura de servicio de Delta Dental of Washington

Valores gravables mensuales 2019 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	\$632.02	\$545.92
Plan tradicional	\$585.79	\$494.50
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$509.59	\$448.87
Deducible de Kaiser Permanente	\$485.18	\$413.68
Cobertura de DDWA	\$49.08	\$34.36
Cobertura oftalmológica	\$4.32	\$3.02
Plan oftalmológico ampliable	\$9.05	\$6.34
Valor gravable total con DDWA y el plan básico de VSP		
Plan preventivo	\$685.42	\$583.30
Plan tradicional	\$639.19	\$531.88
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$562.99	\$486.25
Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$538.58	\$451.06
Valor gravable total con DDWA y el plan de ampliación de cobertura de VSP		
Plan preventivo	\$690.15	\$586.62
Plan tradicional	\$643.92	\$535.20
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$567.72	\$489.57
Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$543.31	\$454.38

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>	<p>Valores de las coberturas médica, odontológica y oftalmológica con la cobertura de Dental Health Services</p>		
	<p style="text-align: center;">Valores gravables mensuales 2019 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</p>		
	Tipo de cobertura	Monto gravable por la pareja doméstica	Monto gravable por hijo
	Plan preventivo	\$632.02	\$545.92
	Plan tradicional	\$585.79	\$494.50
	Plan estándar de Kaiser Permanente	\$509.59	\$448.87
	Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$485.18	\$413.68
	Cobertura de DHS	\$68.62	\$48.04
	Plan oftalmológico básico	\$4.32	\$3.02
	Plan oftalmológico ampliable	\$9.05	\$6.34
	Valor gravable total con DHS y el plan básico de VSP		
	Plan preventivo	\$704.96	\$596.98
	Plan tradicional	\$658.73	\$545.56
	Plan estándar de Kaiser Permanente	\$582.53	\$499.93
	Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$558.12	\$464.74
	Valor gravable total con DHS y el plan de ampliación de cobertura de VSP		
	Plan preventivo	\$709.96	\$600.30
	Plan tradicional	\$663.46	\$548.88
	Plan estándar de Kaiser Permanente	\$587.26	\$503.25
	Plan de deducible de Kaiser Permanente	\$562.85	\$468.06

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.

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

Planes de Kaiser Permanente

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.

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

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			\$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.	\$20 o el costo real del medicamento en caso de que sea menor.	\$20 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).*

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

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 prorrata 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.

Planifique

Use su cuenta de gastos flexibles para pagar sus gastos odontológicos de bolsillo con dinero antes de impuestos.

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/tools-and-resources>.

Opciones de planes odontológicos

Dental Health Services (DHS)

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.

Si selecciona un odontólogo de DHS:

- no tiene deducibles ni desembolsos anuales máximos;
- no hay servicios a nivel de incentivo.

Para comenzar, visite: <http://www.dentalhealthservices.com/> y haga clic en "Afiliados del plan" ("Plan Members"), desde aquí usted podrá:

- 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.

Acceso a la atención
(Notifique al DHS cuando haya elegido su proveedor de atención)

Pago de servicios básicos

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.

Ortodoncia

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 *solo para pacientes nuevos*.

Planifique

Use su cuenta de gastos flexibles para pagar su parte de los gastos odontológicos de bolsillo con dinero antes de impuestos.

Tarjetas de identificación

Recibirá su tarjeta de identificación de DHS aproximadamente 2 semanas después de elegir su plan odontológico.

Comparación de planes

En la tabla de la página siguiente, se comparan las coberturas de los dos planes odontológicos.

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.

Puede encontrar los folletos del plan en <http://www.seattle.gov/personnel/benefits/home.asp>

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

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 2019 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	\$107.62	\$0	\$0
Dental Health Services	\$150.46	\$0	\$0

Empleados nuevos: recuerde que tiene 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los planes médico, odontológico y oftalmológico y en la mayoría de los planes de seguro opcionales.

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

Cobertura oftalmológica y comparación de planes

<p>Planifique</p>	<p>La ciudad ofrece dos planes oftalmológicos a través de VSP, el plan básico que está pagado en su totalidad por la ciudad y el plan de ampliación de cobertura, pagado por el empleado. A continuación encontrará una comparación de ambos planes. 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 más en www.vsp.com</p>
<p>Tarjetas de identificación</p>	<p>El plan no cubre los gastos que excedan los copagos, las asignaciones dentro de la red y los montos programados fuera de la red. Use su FSA para pagar por estos gastos adicionales con dinero antes de impuestos</p> <p>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.</p>

Comparación de planes oftalmológicos

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>	Plan de ampliación de cobertura de VSP <i>(el empleado paga las primas)</i>
Examen WellVision	Copago de \$10	Igual al plan básico
Anteojos graduados	Copago de \$25	Igual al plan básico
Marcos <i>Plan básico: 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: lentes de policarbonato monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea 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)	

Opciones fáciles: Únicamente para plan de ampliación de cobertura (se incluye copago en los anteojos graduados)

<p>Opciones del plan superior <i>Usted y cada uno de los afiliados cubiertos en su plan pueden elegir una de estas opciones de gafas cuando compren anteojos o lentes de contacto.</i></p>	<p>Asignación adicional de \$75 para marco o, asignación adicional de \$25 para lentes de contacto o, recubrimiento antirreflejo totalmente cubierto o, lentes progresivos* totalmente cubiertos o, lentes adaptables fotocromáticos** totalmente cubiertos</p>
---	---

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

** Las lentes fotocromáticas son claras en el interior y se oscurecen automáticamente cuando son expuestas 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"> • <i>Debe estar dentro de los 12 meses de su último examen de WellVision por parte de cualquier proveedor de VSP.</i>
	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 2019 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
Plan de ampliación de cobertura	\$19.85	\$10.38	\$10.38

Empleados nuevos: 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 opcionales.

Seguros opcionales

Oferta de seguros opcionales

A continuación, encontrará una lista de los seguros opcionales que puede elegir. La ciudad de Seattle ofrece un seguro de vida básico por incapacidad a largo plazo y comparte el costo del seguro de vida grupal temporal con usted. Los empleados deben pagar la totalidad de las primas del seguro por muerte accidental y desmembramiento. Puede comprar una cobertura de seguro adicional 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.

- Seguro complementario por incapacidad a largo plazo para usted.
- Seguro de vida para usted y sus familiares.
- Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para usted y sus familiares.

Seguros opcionales: seguro 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).

LTD complementario

La ciudad le ofrece la oportunidad de comprar una cobertura por LTD adicional. Esta cobertura por LTD adicional se combinará con otras fuentes de ingresos, en caso de que existan, y usted recibirá hasta el 60% de su salario básico mensual. Este último puede ser de \$667 a \$8,333 como máximo.

Si no se inscribe para la cobertura por LTD complementaria como empleado nuevo, puede agregar una protección a los ingresos por LTD adicional durante el próximo período de inscripción abierta; sin embargo, tendrá un período de carencia más largo de 2 años por afecciones preexistentes.

NOTA: los empleados jurados de los Departamentos de Policía y de Bomberos de LEOFF II pueden solicitar más información sobre el seguro por incapacidad a largo plazo a su sindicato.

¿Cuánto cuesta la cobertura adicional del seguro por incapacidad?

El costo de la cobertura adicional se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

Reste \$667 de su pago mensual básico hasta \$8,333.
Se multiplica el resultado por 0.00585.

Por ejemplo, si su salario básico mensual es de \$2,000, la prima mensual sería de \$7.79 por mes.
($\$2,000 - \$667 = \$1,333 \times 0.00585 = \$7.79/\text{mes}$).

La prima mensual aumenta a medida que aumenta el salario.

Seguros opcionales: seguro por incapacidad a largo plazo

Cómo decidir si necesita un seguro por LTD complementario

A la hora de decidir si necesita adquirir el seguro por LTD complementario, hágase las siguientes preguntas:

1. Si no pudiera trabajar durante un período determinado, ¿podría mantenerme a mí mismo o a mi familia con el beneficio básico de \$400 por mes?
2. ¿Tengo ahorros personales u otras fuentes de ingresos para mantener mi estilo de vida actual en caso de que no pueda trabajar?

Si responde "no" a alguna de estas preguntas, quizás deba pensar en comprar la cobertura por LTD complementaria.

Si es elegible para recibir el beneficio jubilatorio de la ciudad y estuviera por renunciar a su empleo a causa de una incapacidad, esta cobertura no es recomendable, ya que el beneficio máximo por LTD que recibiría en ese caso sería de \$100 por mes.

Empleados nuevos: 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 opcionales.

Seguros opcionales: seguro de vida grupal temporal

Seguro de vida grupal temporal (GTL)

La ciudad ofrece dos tipos de seguro de vida temporal: el seguro básico y el complementario. La ciudad comparte con usted el costo del seguro de vida básico; si quiere el seguro de vida complementario, debe pagarlo de su propio bolsillo. 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. El plan incluye beneficios de asistencia de viaje para usted y sus familiares cubiertos para viajes de 100 millas o más desde el hogar o viajes internacionales. Para obtener más información, visite www.seattle.gov/personnel/benefits/optional/life.asp.

Seguro de vida básico

Esta cobertura opcional ofrece un beneficio de seguro de vida equivalente a un salario anual y medio. La ciudad aporta el 40% del costo y usted paga el 60% restante. A continuación, encontrará una tabla con información sobre el costo mensual del seguro de vida temporal básico.

Si se inscribe en el seguro de vida temporal básico como empleado nuevo, tiene la cobertura garantizada. Sin embargo, si se inscribe más adelante, deberá completar una Declaración de antecedentes médicos que debe estar aprobada por la compañía de seguros para que la póliza entre en vigencia. Si tiene alguna afección médica, es posible que no se apruebe la cobertura.

¿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 \$0.054 por cada \$1,000 de cobertura.

Por ejemplo, si su salario es de \$78,600 por año, se redondea a \$79,000. El monto de la cobertura sería de \$118,500 (cálculo: $\$79,000 \times 1.5 = \$118,500$). La prima sería de \$6.40 por mes (cálculo: $\$0.054 \times 118$).

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.

Seguro de vida básico limitado

De acuerdo con las disposiciones del IRS, todo seguro de vida básico que pague la ciudad y supere los \$50,000 es gravable. Debido a que la ciudad aporta el 40% del costo del seguro de vida temporal básico, es posible que deba pagar impuestos por un monto determinado. En caso de que así sea, el monto gravable figurará en el segundo cheque de pago de cada mes. Si quiere limitar el monto del seguro de vida temporal básico a \$50,000 para no pagar impuestos, debe firmar un Formulario de exención certificado, el cual puede ser solicitado [al representante de Recursos Humanos de su departamento](#).

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	\$2.51	\$1.67
	\$31,000.01 - \$32,000	\$48,000	\$2.59	\$1.73	\$4.32
	\$32,000.01 - \$33,000	\$49,500	\$2.67	\$1.78	\$4.45
	Seguro de GTL limitado	\$50,000	\$2.70	\$1.80	\$4.50
	\$33,000.01 - \$34,000	\$51,000	\$2.75	\$1.84	\$4.59
	\$34,000.01 - \$35,000	\$52,500	\$2.84	\$1.89	\$4.73
	\$35,000.01 - \$36,000	\$54,000	\$2.92	\$1.94	\$4.86
	\$36,000.01 - \$37,000	\$55,500	\$3.00	\$2.00	\$5.00
	\$37,000.01 - \$38,000	\$57,000	\$3.08	\$2.05	\$5.13
	\$38,000.01 - \$39,000	\$58,500	\$3.16	\$2.11	\$5.27
	\$39,000.01 - \$40,000	\$60,000	\$3.24	\$2.16	\$5.40
	\$40,000.01 - \$41,000	\$61,500	\$3.32	\$2.21	\$5.53
	\$41,000.01 - \$42,000	\$63,000	\$3.40	\$2.27	\$5.67
	\$42,000.01 - \$43,000	\$64,500	\$3.48	\$2.32	\$5.80
	\$43,000.01 - \$44,000	\$66,000	\$3.56	\$2.38	\$5.94
	\$44,000.01 - \$45,000	\$67,500	\$3.65	\$2.43	\$6.08
	\$45,000.01 - \$46,000	\$69,000	\$3.73	\$2.48	\$6.21
	\$46,000.01 - \$47,000	\$70,500	\$3.81	\$2.54	\$6.35
	\$47,000.01 - \$48,000	\$72,000	\$3.89	\$2.59	\$6.48
	\$48,000.01 - \$49,000	\$73,500	\$3.97	\$2.65	\$6.62
	\$49,000.01 - \$50,000	\$75,000	\$4.05	\$2.70	\$6.75
	\$50,000.01 - \$51,000	\$76,500	\$4.13	\$2.75	\$6.88
	\$51,000.01 - \$52,000	\$78,000	\$4.21	\$2.81	\$7.02
	\$52,000.01 - \$53,000	\$79,500	\$4.29	\$2.86	\$7.15
	\$53,000.01 - \$54,000	\$81,000	\$4.37	\$2.92	\$7.29
	\$54,000.01 - \$55,000	\$82,500	\$4.46	\$2.97	\$7.43
	\$55,000.01 - \$56,000	\$84,000	\$4.54	\$3.02	\$7.56
	\$56,000.01 - \$57,000	\$85,500	\$4.62	\$3.08	\$7.70
	\$57,000.01 - \$58,000	\$87,000	\$4.70	\$3.13	\$7.83
	\$58,000.01 - \$59,000	\$88,500	\$4.78	\$3.19	\$7.97
	\$59,000.01 - \$60,000	\$90,000	\$4.86	\$3.24	\$8.10
	\$60,000.01 - \$61,000	\$91,500	\$4.94	\$3.29	\$8.23
	\$61,000.01 - \$62,000	\$93,000	\$5.02	\$3.35	\$8.37
	\$62,000.01 - \$63,000	\$94,500	\$5.10	\$3.40	\$8.50
	\$63,000.01 - \$64,000	\$96,000	\$5.18	\$3.46	\$8.64
	\$64,000.01 - \$65,000	\$97,500	\$5.51	\$3.51	\$8.78
	\$65,000.01 - \$66,000	\$99,000	\$5.35	\$3.56	\$8.91
	\$66,000.01 - \$67,000	\$100,500	\$5.43	\$3.62	\$9.05
	\$67,000.01 - \$68,000	\$102,000	\$5.51	\$3.67	\$9.18

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
\$68,000.01 - \$69,000	\$103,500	\$5.59	\$3.73	\$9.32
\$69,000.01 - \$70,000	\$105,000	\$5.67	\$3.78	\$9.45
\$70,000.01 - \$71,000	\$106,500	\$5.75	\$3.83	\$9.58
\$71,000.01 - \$72,000	\$108,000	\$5.83	\$3.89	\$9.72
\$72,000.01 - \$73,000	\$109,500	\$5.91	\$3.94	\$9.85
\$73,000.01 - \$74,000	\$111,000	\$5.99	\$4.00	\$9.99
\$74,000.01 - \$75,000	\$112,500	\$6.08	\$4.05	\$10.13
\$75,000.01 - \$76,000	\$114,000	\$6.16	\$4.10	\$10.26
\$76,000.01 - \$77,000	\$115,500	\$6.24	\$4.16	\$10.40
\$77,000.01 - \$78,000	\$117,000	\$6.32	\$4.21	\$10.53
\$78,000.01 - \$79,000	\$118,500	\$6.40	\$4.27	\$10.67
\$79,000.01 - \$80,000	\$120,000	\$6.48	\$4.32	\$10.80
\$80,000.01 - \$81,000	\$121,500	\$6.56	\$4.37	\$10.93
\$81,000.01 - \$82,000	\$123,000	\$6.64	\$4.43	\$11.07
\$82,000.01 - \$83,000	\$124,500	\$6.72	\$4.48	\$11.20
\$83,000.01 - \$84,000	\$126,000	\$6.80	\$4.54	\$11.34
\$84,000.01 - \$85,000	\$127,500	\$6.89	\$4.59	\$11.48
\$85,000.01 - \$86,000	\$129,000	\$6.97	\$4.64	\$11.61
\$86,000.01 - \$87,000	\$130,500	\$7.05	\$4.70	\$11.75
\$87,000.01 - \$88,000	\$132,000	\$7.13	\$4.75	\$11.88
\$88,000.01 - \$89,000	\$133,500	\$7.21	\$4.81	\$12.02
\$89,000.01 - \$90,000	\$135,000	\$7.29	\$4.86	\$12.15
\$90,000.01 - \$91,000	\$136,500	\$7.37	\$4.91	\$12.28
\$91,000.01 - \$92,000	\$138,000	\$7.45	\$4.97	\$12.42
\$92,000.01 - \$93,000	\$139,500	\$7.53	\$5.02	\$12.55
\$93,000.01 - \$94,000	\$141,000	\$7.61	\$5.08	\$12.69
\$94,000.01 - \$95,000	\$142,500	\$7.70	\$5.13	\$12.83
\$95,000.01 - \$96,000	\$144,000	\$7.78	\$5.18	\$12.96
\$96,000.01 - \$97,000	\$145,500	\$7.86	\$5.24	\$13.10
\$97,000.01 - \$98,000	\$147,000	\$7.94	\$5.29	\$13.23

Seguros opcionales: seguro de vida grupal temporal

Seguro de vida complementario

La ciudad ofrece un seguro de vida adicional, el seguro de vida temporal complementario. Si está inscrito en el seguro de vida temporal básico, puede adquirir el seguro complementario para usted y sus familiares elegibles. Usted debe pagar el costo total de esta cobertura. Para que sus familiares tengan cobertura, primero debe inscribirse usted.

La cobertura está sujeta a varias reglas de elección:

- Puede comprar un seguro de vida temporal complementario para usted por hasta cuatro veces su salario básico y en incrementos de \$5,000. Por ejemplo, si su salario es de \$34,000 y compra una cobertura de hasta cuatro veces su salario básico ($\$34,000 \times 4 = \$136,000$), puede elegir una cobertura máxima de \$135,000.
- Si quiere adquirir la cobertura para su cónyuge o pareja doméstica, puede comprar hasta el 50% de la cobertura que compró para usted en múltiplos de \$5,000. Por ejemplo, si compra un seguro de vida temporal complementario de \$120,000 para usted, puede comprar hasta \$60,000 para su cónyuge o pareja doméstica.
- Puede comprar \$2,000, \$5,000 o \$10,000 de cobertura. Al elegir un plan de seguro de vida opcional para niño, cubre todos sus niños dependientes elegibles. Los hijos tienen cobertura hasta los 25 años (la pierden al cumplir 26).

Las reglas de elección también establecen lo siguiente:

- Si el monto máximo del seguro de vida temporal complementario de hasta cuatro veces su salario básico es mayor que \$1,000,000 cuando se lo suma al monto de su seguro de vida básico, deberá completar y presentar una Declaración de antecedentes médicos, independientemente del momento en el que se inscriba.
- Si no se inscribe apenas adquiere la elegibilidad, deberá presentar una Declaración de antecedentes médicos y la cobertura estará sujeta a aprobación.
- Cuando adquiere la elegibilidad, puede comprar hasta \$50,000 en seguro complementario para su cónyuge o pareja doméstica sin necesidad de presentar una Declaración de antecedentes médicos. Si quiere comprar más de \$50,000, su cónyuge o pareja doméstica debe presentar una Declaración de antecedentes médicos. Si espera hasta la inscripción abierta, deberá presentar la Declaración de antecedentes médicos y esperar que la aprueben, independientemente del monto.

Seguros opcionales: seguro de vida grupal temporal

Cómo decidir si necesita un seguro de vida

Los costos del seguro de vida temporal complementario para usted y su cónyuge o pareja doméstica se basan en **su** edad. Los costos de la cobertura para los hijos son fijos, y la prima mensual no varía en función de la cantidad de hijos cubiertos.

A la hora de decidir si necesita un seguro de vida, hágase las siguientes preguntas:

- ¿Soy el único o el principal contribuyente al bienestar financiero de mi familia?
- ¿Mi familia necesitaría un ingreso adicional para vivir si me sucediera algo?
- ¿Debería elegir la cobertura ahora, teniendo en cuenta que no necesito presentar una Declaración de antecedentes médicos y que quizás deba presentarla más adelante y es posible que no reúna los requisitos?

Si respondió **sí** a estas preguntas, quizás sea una buena idea adquirir el seguro de vida complementario.

Costos del seguro de vida complementario o personal y para su cónyuge o pareja doméstica

En las siguientes tablas, se detalla el costo del seguro de GTL complementario para usted, su cónyuge o pareja doméstica y sus hijos.

Seguro de GTL complementario para el empleado y su cónyuge o pareja doméstica	
Su edad	Costo mensual por cada \$1,000 de cobertura
18-29	\$.026
30-34	\$.039
35-39	\$.052
40-44	\$.073
45-49	\$.123
50-54	\$.188
55-59	\$.292
60-64	\$.447
+ 65	\$.778

Seguro de GTL complementario para los hijos	
Monto de la cobertura	Costo mensual*
\$2,000	\$0.36
\$5,000	\$0.90
\$10,000	\$1.80

*Costo de la cobertura para todos los hijos.

Costo de la cobertura para los hijos

Seguros opcionales: seguro por AD&D

AD&D

Si quiere reforzar el seguro de vida básico y el complementario, puede comprar el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para usted, su cónyuge o pareja doméstica y sus hijos. El seguro por AD&D ofrece un beneficio por defunción (monto del seguro contratado o monto total del seguro) si el asegurado muere a causa de un accidente y también paga un porcentaje del beneficio por defunción si el asegurado pierde una extremidad o más o sufre una parálisis. Por ejemplo, una persona que tiene el seguro por AD&D recibiría el 50% del monto del seguro contratado (monto total del seguro) si perdiera una extremidad producto de una lesión relacionada con un accidente.

Puede adquirir cobertura en incrementos de \$25,000 hasta llegar a \$500,000. El monto de la cobertura de sus familiares es un porcentaje del monto de su cobertura personal. Por ejemplo, John Smith tiene una cobertura de "Empleado y familia" para él y sus dos hijos (no tiene cónyuge). Si uno de sus hijos muere, él recibirá una indemnización del 20% del monto del seguro contratado. Si John tuviera cónyuge y uno de sus hijos muriera, recibiría un 15% del monto del seguro contratado. En la página siguiente, encontrará una tabla donde se detallan los costos y los porcentajes de indemnización.

Además, el plan ofrece beneficios de asistencia de viaje para usted y sus familiares cubiertos para viajes de 100 millas o más desde el hogar o viajes internacionales. Para ver la guía del programa de asistencia de viaje, visite www.seattle.gov/personnel/benefits/optional/add.asp.

Cómo decidir si necesita un seguro por AD&D

Si no tiene un seguro de vida u otra cobertura que proteja a su familia en caso de que le suceda algo, quizás sea una buena idea adquirir el seguro por AD&D.

Empleados nuevos: 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 opcionales.

Seguros opcionales: seguro por AD&D

Costos del seguro por muerte accidental y desmembramiento

Costo del seguro por AD&D para el "empleado únicamente" y para el "empleado y su familia"	Costo mensual para el empleado:		
	Monto del seguro contratado:	Empleado únicamente:	Empleado y su familia
\$25,000	\$0.75	\$1.00	
\$50,000	\$1.50	\$2.00	
\$75,000	\$2.25	\$3.00	
\$100,000	\$3.00	\$4.00	
\$125,000	\$3.75	\$5.00	
\$150,000	\$4.50	\$6.00	
\$175,000	\$5.25	\$7.00	
\$200,000	\$6.00	\$8.00	
\$225,000	\$6.75	\$9.00	
\$250,000	\$7.50	\$10.00	
\$275,000	\$8.25	\$11.00	
\$300,000	\$9.00	\$12.00	
\$325,000	\$9.75	\$13.00	
\$350,000	\$10.50	\$14.00	
\$375,000	\$11.25	\$15.00	
\$400,000	\$12.00	\$16.00	
\$425,000	\$12.75	\$17.00	
\$450,000	\$13.50	\$18.00	
\$475,000	\$14.25	\$19.00	
\$500,000	\$15.00	\$20.00	
Indemnización en caso de que se seleccione la cobertura para el "empleado y su familia"	El término "familia" incluye al empleado y:	Porcentaje del monto del seguro contratado que recibe si muere su cónyuge o pareja doméstica	Porcentaje del monto del seguro contratado que recibe si muere un hijo
	a su cónyuge o pareja doméstica (sin hijos)	60%.	0%.
	a su cónyuge o pareja doméstica con hijos	50%.	15%.
	Solo para niños (sin cónyuge o pareja doméstica)	0%.	20%.

Seguros opcionales: cuentas de gastos flexibles

Cuentas de gastos flexibles

Los planes de cuentas de gastos flexibles (FSA) que ofrece la ciudad le permiten separar dinero de sus cheques de pago antes de impuestos (monto anual mínimo de \$120 y monto anual máximo de \$2,650 para el plan de FSA de atención médica o de \$5,000 para el plan de FSA de cuidado diurno) para pagar los gastos elegibles que no cubran otros programas de beneficios. Cuando deposita dinero en una FSA, no paga impuestos federales o del Seguro Social por ese dinero. En consecuencia, los ingresos gravables y el dinero que destina a los impuestos se reducen.

Puede inscribirse en los planes de cuentas de gastos flexibles 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. Hay dos tipos de planes de FSA:

FSA de atención médica

FSA de atención médica: le permite separar dinero (monto anual máximo de \$2,650) para pagar los gastos que no cubren otros planes médicos (como deducibles, copagos o gastos de ortodoncia que superan el monto máximo del plan). Las primas de atención médica no son gastos elegibles debido a que ya se deducen de sus cheques de pago antes de impuestos. Debe presentar los recibos antes del 31 de marzo del año siguiente para recibir los reembolsos.

Puede transferir hasta \$500 que no haya utilizado de la FSA de atención médica para usarlos el año siguiente siempre y cuando el saldo mínimo de la cuenta sea de \$120. Si deja más de \$500 en la cuenta una vez finalizado el año, no se le reembolsará el dinero.

FSA de cuidado diurno

FSA de cuidado diurno: le permite separar dinero para pagar gastos de cuidado diurno elegibles para su hijo, cónyuge incapacitado o padre dependiente fiscal (o cualquiera que figure como dependiente en el formulario fiscal del IRS) mientras usted y su cónyuge o pareja doméstica trabajan (monto anual máximo de \$5,000). El dinero que se deje en la cuenta una vez finalizado el año no es reembolsable.

Una vez que incurra en gastos elegibles, deberá presentar las facturas y los recibos para recibir reembolsos por un límite equivalente al monto que le deducen de sus cheques de pago a lo largo del año. Hay restricciones respecto del monto que puede aportar y los tipos de gastos reembolsables.

Compensación a los trabajadores

Si se lesiona en el trabajo, accederá a la cobertura del 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 vida y trabajo

<p>Programa de asistencia para empleados (Employee Assistance Program, EAP)</p>	<p>El EAP ofrece asistencia profesional para tratar cuestiones como trastornos alimentarios, estrés, problemas familiares, problemas relacionados con el trabajo, problemas financieros y problemas de abuso de alcohol y drogas. Usted y los miembros de su familia pueden acceder al servicio de asistencia a través de Resources for Living. Los servicios también incluyen derivaciones para guarderías, información sobre el cuidado de personas mayores y asesoramiento financiero y legal. No es necesario inscribirse.</p> <p>Los empleados y los miembros de su familia pueden realizar hasta seis consultas por año por cada problema. Los empleados también pueden usar 6 horas laborales remuneradas por año para las consultas del EAP. (Comuníquese con su supervisor para programar las consultas en caso de que quiera usar las horas remuneradas). Si quiere comunicarse con Resources for Living, llame al 1-888-272-7252 o al TTY 1-888-879-8274.</p>
<p>Quit for Life (Deje de fumar para siempre)</p>	<p>La ciudad también ha asumido el compromiso de ayudar a los empleados a dejar el tabaco, y por eso subsidia el costo total del programa Quit For Life. Los empleados (y sus familiares adultos elegibles) no pagan para acceder al programa. Incluso se cubre el costo de los parches y las gomas de mascar de nicotina. Si quiere inscribirse, comuníquese con Quit for Life al 1-866-QUIT-4-LIFE (1-866-784-8454).</p>
<p>WW (anteriormente Weight Watchers)</p>	<p>La ciudad de Seattle ofrece descuentos especiales en determinados programas para perder peso. Ahorre el 50% en los programas de WW y reciba un reembolso anual adicional de \$30 por asistir a las reuniones según la recomendación de su médico. Pueden inscribirse los empleados de la ciudad y los dependientes adultos que tengan la cobertura médica de la ciudad.</p> <p>Inscríbese en wellness.weightwatchers.com con la identificación del empleado: 62344, Contraseña de empleado: WW62344. También necesitará el número de empleado, que está compuesto por los últimos cuatro dígitos de su número del Seguro Social, y los datos de su tarjeta de crédito. La dirección para todos los miembros de WW de la ciudad de Seattle es 700 Fifth Avenue, Seattle WA 98104. Para saber los precios, acceder al formulario de reembolso y al cronograma del taller de WW, visite seattle.gov/personnel/benefits/wellness/physical.asp.</p>
<p>Seattle Shares</p>	<p>Seattle Shares es un programa anual de voluntariado y donaciones. Todas las donaciones se envían directamente a la organización sin fines de lucro de su elección. Inscríbese a través del Autoservicio para empleados para solicitar las deducciones automáticas. Consulte inweb/seattleshares para más información.</p>
<p>Career Quest</p>	<p>Career Quest es un programa de gestión profesional que ofrece oportunidades de desarrollo profesional personalizadas para que los empleados perfeccionen sus habilidades o reciban asistencia en relación con sus metas profesionales a largo plazo. El programa ofrece asesoría profesional y talleres. Para ser elegible, debe ser un empleado regular de la ciudad, haber trabajado al menos un año y estar comprometido a desarrollar nuevas capacidades y aptitudes. Si desea más información, envíe un correo electrónico a CareerQuest@seattle.gov.</p>

Programas de vida y trabajo

Resolución alternativa de conflictos (ADR)

El programa de ADR ofrece capacitación y servicios en materia de resolución de disputas para que los departamentos y empleados de la ciudad desarrollen habilidades para prevenir, resolver o gestionar los conflictos laborales de forma colaborativa.

El personal de la ADR puede ayudarle a determinar cuál es el mejor proceso de resolución de conflictos que se ajuste a sus necesidades y al conflicto en cuestión. Muchos empleados se dan cuenta que con solo hablar con el personal de ADR obtienen las herramientas y la confianza para resolver la disputa por sí mismos.

Otros ven que la meditación es un proceso efectivo y poderoso para resolver disputas. ADR también ofrece conversaciones que facilitan el diálogo y capacitación patrocinada en el campo de resolución de conflictos.

La participación en este programa es voluntaria y confidencial. Llame al 206-615-1692 o envíe un correo electrónico a Vivien.Sharples@seattle.gov para obtener más información.

Mis viajes

La ciudad de Seattle alienta a los empleados para que busquen alternativas que no impliquen conducir solos al trabajo. Los empleados de la ciudad de Seattle son elegibles para recibir la tarjeta de pasaporte de ORCA, con la que pueden pagar la tarifa completa de cualquier transporte público terrestre, el Taxi acuático del Condado de King y el Ferry rápido Kitsap. Los empleados que utilizan el ferry estatal de Washington, pueden elegir recibir \$99 al mes en su lugar, para pagar un pasaje peatonal de pasajero únicamente para el ferry. Los empleados que utilicen en sistema de transporte público, compartan el coche o usen la bicicleta para ir a trabajar también son elegibles para recibir un viaje a casa de emergencia y pueden acceder a una membresía con descuento en ZipCar.

Visite su sitio web de beneficios de transporte público para empleados en: mytrips.seattle.gov para obtener más información sobre su programa.

Programa de subsidio para Pase de transporte público y de descuentos fiscales

El Código de Impuestos Internos permite deducir hasta \$265 al mes (menos el subsidio de la ciudad) antes de impuestos de los cheques de pago en concepto de pases de transporte. Los empleados que compren un pase de transporte con deducción del salario se inscriben automáticamente en el plan antes de impuestos.

Si desea obtener más información e inscribirse en línea, ingrese en mytrips.seattle.gov, el sitio web del programa de opciones de viajes al trabajo para empleados.

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](#).

Para tomarse las vacaciones, debe esperar que pasen seis meses a partir de la fecha de contratación inicial (o de la designación temporal más reciente en caso de que haya sido contratado temporalmente y luego haya recibido una designación regular sin dejar de trabajar). Siga el protocolo de su departamento para solicitar y tomar vacaciones.

Los días de vacaciones que no se hayan utilizado se pagarán cuando deje de trabajar para la ciudad a menos que el convenio colectivo de trabajo disponga lo contrario.

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	0.0460	12	96	192
Entre 08321 y 18720	Entre 5 y 9	0.0577	15	120	240
Entre 18721 y 29120	Entre 10 y 14	0.0615	16	128	256
Entre 29121 y 39520	Entre 15 y 19	0.0692	18	144	288
Entre 39521 y 41600	20	0.0769	20	160	320
Entre 41601 y 43680	21	0.0807	21	168	336
Entre 43681 y 45760	22	0.0846	22	176	352
Entre 45761 y 47840	23	0.0885	23	184	368
Entre 47841 y 49920	24	0.0923	24	192	384
Entre 49921 y 52000	25	0.0961	25	200	400
Entre 52001 y 54080	26	0.1000	26	208	416
Entre 54081 y 56160	27	0.1038	27	216	432
Entre 56161 y 58240	28	0.1076	28	224	448
Entre 58241 y 60320	29	0.1115	29	232	464
De 60321 en adelante	30	0.1153	30	240	480

Políticas de licencias

Permiso 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.

Todos los empleados de tiempo completo con nombramiento 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.

Traspaso de licencia por enfermedad

La ciudad ofrece un programa de traspaso de licencia por enfermedad. Puede presentar una solicitud para que otros empleados le donen hasta 560 horas de licencia por enfermedad para cualquier evento habilitante si cumple con las siguientes condiciones:

- Si ha usado (o usará) todas las horas de licencia remuneradas que le quedan en el período de pago actual debido a que padece de una enfermedad, lesión, incapacidad o afección física o mental que puede obligarlo a tomar una licencia no remunerada o renunciar a su empleo.
- Si presenta un certificado médico de su proveedor de atención médica que verifique la afección, su duración prevista y la necesidad de tomar una licencia.
- Si ha utilizado todas las horas de licencia por enfermedad de forma sensata.
- Si no es elegible para recibir beneficios conforme al Capítulo 4.44 del Código Municipal de Seattle, la Ley Estatal de Seguro Industrial o la Ley de Asistencia Médica.

También puede donar 8 horas de licencia por enfermedad o más a un empleado aprobado siempre y cuando no ocasione que usted se quede con menos de 240 horas de licencia por enfermedad.

Si quiere obtener más información sobre el traspaso de licencia por enfermedad, consulte la Disposición de personal 7.7.5 y las políticas de su departamento.

Políticas de licencias

Días festivos

La mayoría de los empleados de la ciudad son elegibles para recibir 10 días festivos oficiales y dos días festivos 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 http://personnelweb/personnel/policy/rule_7.6.asp y en los convenios colectivos que correspondan.

A continuación, ofrecemos el calendario de días festivos 2019.

Día de Año Nuevo	Martes 01/01/2019
Día de Martin Luther King Jr.	Lunes 21/01/2019
Día del Presidente	Lunes 18/02/2019
Día de los Caídos en la Guerra	Lunes 27/05/2019
Día de la Independencia	Jueves 04/07/2019
Día del Trabajo	Lunes 02/09/2019
Día de los Veteranos	Lunes 11/11/2019
Día de Acción de Gracias	Jueves 28/11/2019
Viernes posterior al Día de Acción de Gracias	Viernes 29/11/2019
Día de Navidad	Miércoles 25/12/2019

El Día de Año Nuevo de 2020 será el miércoles 1 de enero.

Debe usar los días festivos personales (optativos) durante el año calendario; de lo contrario, los perderá.

Día por emergencia

Algunos convenios colectivos ofrecen a los empleados un día por emergencia. Los empleados pueden tomarse un día para resolver una situación personal urgente. Consulte su convenio colectivo de trabajo para obtener más información.

Políticas de licencias

Días festivos opcionales

El 1 de enero de todos los años, se acreditan dos días festivos optativos (personales) a todos los empleados. Los empleados que tengan diez años de servicio o más recibirán cuatro días festivos personales. Puede tomárselos de a uno en cualquier momento sujeto a la aprobación de su supervisor. No puede transferir los días festivos opcionales de un año a otro ni recibir una compensación en efectivo por ellos al finalizar el año. ¡Si no quiere perderlos, úselos!

Los empleados que tengan un cronograma laboral de 4/10 o 9/80 recibirán ocho horas remuneradas por día festivo. Para saldar la diferencia, deben usar horas de vacaciones o de compensación, tomarse días no remunerados o tener un horario flexible. Para obtener más información, consulte la [Disposición de personal 7.6](#) en: personnelweb/personnel/policy/rule_7.6.asp. Si tiene representación sindical, consulte su convenio colectivo de trabajo para ver las políticas de días festivos personales.

Licencia por fallecimiento

La ciudad ofrece ocho horas de licencia por fallecimiento, que no se imputan como horas de licencia por enfermedad ni horas de vacaciones, para que los empleados de tiempo completo asistan al funeral de un familiar cercano. Si el funeral exige hacer un viaje de ida y vuelta de 200 millas o más, pueden ofrecerse ocho horas más. También puede tomarse hasta 32 horas en concepto de licencia por enfermedad, pero la combinación de la licencia por fallecimiento y la licencia por enfermedad no puede superar las 40 horas en ningún caso. En el caso de los empleados de tiempo parcial, las horas de licencia por enfermedad y licencia por fallecimiento que se usen para asistir a un funeral se prorratean.

En el contexto de la licencia por fallecimiento, un familiar cercano es el cónyuge o la pareja doméstica del empleado o un padre, hijo, hermano, abuelo o nieto del empleado o de su cónyuge o pareja doméstica. Los padrastros y los padres adoptivos o sustitutos también se incluyen en esta definición. El jefe del departamento también puede aprobar el uso de hasta 40 horas de licencia por enfermedad para que un empleado de tiempo completo asista al funeral de un familiar que no se considera cercano.

Sujeto a la aprobación de su supervisor, puede tomarse horas de vacaciones o de otra licencia discrecional para asistir al funeral de un amigo, compañero de trabajo u otra persona que no sea un familiar cercano. También puede tomarse horas de vacaciones o de otra licencia discrecional para resolver la situación patrimonial y otras cuestiones de la persona fallecida o para hacer duelo. Si quiere obtener más información sobre la licencia por fallecimiento, consulte la Disposición de personal 7.8 en seattle.gov/personnel/resources/rules.asp.

Políticas de licencias

Licencia militar

Si presenta sus órdenes militares, es elegible para recibir hasta 21 días hábiles de licencia militar remunerada por año calendario. En el contexto de la licencia militar, "día hábil" se refiere a un día laboral normal. Para obtener más información, consulte la [Disposición de personal 7.9](#) en: seattle.gov/personnel/resources/rules.asp.

En caso de que quiera ingresar a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, recibirá una licencia militar con protección laboral. Generalmente, se trata de licencias de hasta cinco años. Podrá volver a su puesto de trabajo siempre y cuando deje el servicio con honores y se presente a trabajar dentro del período especificado por las leyes estatales y federales.

Licencia familiar y médica

La ciudad ofrece hasta 90 días calendario no remunerados para licencia familiar y médica en un año calendario. Puede acceder a ellos además de otras licencias remuneradas en caso de que exista una afección habilitante; sin embargo, los días remunerados de licencia por cuidado familiar se imputan como días de licencia médica familiar. Si quiere usar la licencia familiar y médica para cuidar a un recién nacido o un niño que ha recibido en cuidado sustituto, adopción o tutela legal, debe presentar una notificación con 30 días de anticipación siempre que sea posible. También debe escribir y firmar un memorando 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, necesitará el alta médica para volver a trabajar. Los empleados pueden tomarse la licencia una vez que cumplan seis meses de antigüedad laboral. Para obtener más información, consulte la [Disposición de personal 7.1](#) en seattle.gov/personnel/resources/rules.asp

Licencia por cuidado familiar remunerada

La ciudad ofrece hasta cuatro semanas por período de 12 meses consecutivos para que los empleados que tengan un saldo máximo de dos semanas de licencia por enfermedad y de una semana de vacaciones y sean elegibles para obtener horas de acuerdo con la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) cuiden a un familiar gravemente enfermo conforme a la FMLA. Los empleados no pueden usar la licencia hasta que tengan seis meses consecutivos de antigüedad laboral en un puesto elegible o cargo temporal. Para los empleados de tiempo parcial, la licencia se prorratea. La licencia vence después de un año o antes en caso de que ya no exista la afección habilitante.

Políticas de licencias

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 (la licencia se prorratea en el caso de los empleados de tiempo parcial) para crear un vínculo con su nuevo hijo. Los empleados regulares o temporales que sean elegibles para recibir el beneficio conforme a la subsección 4.20.055(C) del Código Municipal de Seattle y que hayan trabajado al menos seis meses en el puesto elegible recibirán ocho semanas de licencia, con la posibilidad de sumar hasta cuatro semanas más según los saldos de vacaciones y licencia por enfermedad, en caso de que ocurra alguno de los siguientes eventos habilitantes a partir del 1 de enero de 2017:

- nacimiento de un hijo;
- recepción de un menor en adopción;
- recepción de un menor para su cuidado sustituto;
- recepción de un menor para su tutela legal.

El empleado debe usar la licencia antes de que se cumpla un año del nacimiento o la recepción del menor. Si un empleado tiene más de un evento habilitante en el mismo período de 12 meses, solo podrá usar hasta 480 horas de licencia parental remunerada para forjar vínculos con los menores.

Para obtener más días de licencia, deberá esperar que transcurran los primeros 12 meses. Si quiere obtener más información y descargar el formulario de solicitud, visite la página de licencia parental remunerada <http://www.seattle.gov/personnel/benefits/paidparentalleave.asp>.

Licencia por año sabático

Es posible que sea elegible para acceder a una licencia por año sabático no remunerada de hasta 12 meses una vez que tenga una antigüedad equivalente a siete años de empleo de tiempo completo, regular y continuo en ciudad. A diferencia de la licencia personal, la licencia por año sabático garantiza el retorno al empleo. (La garantía no es mayor que la que existiría si no estuviera de licencia). Además, recibirá beneficios de atención médica a razón de un mes de cobertura por cada año de antigüedad hasta alcanzar un límite de 12 meses. Si tiene más de 240 horas de licencia por enfermedad que no ha usado, puede cobrarlas al 25% de su valor actual.

Si quiere obtener más información, consulte las **Disposiciones de personal** en seattle.gov/personnel/resources/rules.asp.

Derechos y responsabilidades del empleado

Su entorno laboral

Como empleado de la ciudad, tiene derechos y responsabilidades.

Tiene derecho a gozar de un entorno laboral sin discriminación ni acoso en función de raza, género, edad, origen nacional, color, credo, identidad de género, religión, ascendencia o incapacidad sensorial, mental o física. Si sufre o presencia un hecho de acoso o discriminación ilegal, denúncielo a las autoridades correspondientes. El procedimiento para informar e investigar las denuncias de acoso en el lugar de trabajo se encuentra en personnelweb/personnel/safety/policies.asp#wvp

Empleo

Como empleado, puede contar con la representación de un convenio colectivo de trabajo entre la ciudad y un sindicato autorizado. Si cuenta con esta representación, es elegible para acceder a todos los derechos y las condiciones de empleo que allí se describan. Las disposiciones de su convenio colectivo de trabajo prevalecerán sobre cualquier disposición de personal, política o procedimiento con el que entre en conflicto.

Usted tiene derecho a competir abiertamente por los puestos laborales de la ciudad para los que esté calificado. Puede usar los equipos de la ciudad (p. ej., computadoras y fotocopiadoras) y su horario laboral, siempre que sea razonable, para presentar solicitudes laborales y llevar a cabo entrevistas y procesos de prueba de la ciudad.

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.

Jubilación

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.
- Las contribuciones pueden ser desde \$10 por período de pago hasta el 50% de sus ingresos anuales gravables; el límite anual está publicado en www.cityofseattledeferredcomp.com
- 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.
- 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
2019	\$19,000	\$6,000

Sistema jubilatorio de la ciudad

Si lo contratan para un puesto de administración pública, se lo inscribe automáticamente en el Sistema Jubilatorio de Empleados de la Ciudad de Seattle (SCERS). Usted contribuye un porcentaje de sus ingresos al fondo jubilatorio a través de deducciones salariales (antes de impuestos). Si es un empleado exento (exento de la administración pública), la membresía es opcional y puede inscribirse en cualquier momento.

El SCERS II es un plan jubilatorio nuevo para los empleados de la ciudad de Seattle contratados a partir del 1 de enero de 2017. Con el plan nuevo, los jubilados de la ciudad de Seattle tendrán un fondo jubilatorio sólido durante muchos años. El SCERS II forma parte de un paquete de beneficios competitivo que se destaca de las ofertas nacionales y regionales.

Tabla comparativa

El SCERS I y el SCERS II funcionan básicamente de la misma forma y muchas disposiciones de ambos planes son idénticas. En esta tabla, se resumen las diferencias más significativas entre el SCERS I y el SCERS II.

	SCERS I	SCERS II
Tasa de contribución del empleado	10.03 por ciento	7.0 por ciento
Salario final promedio	52 períodos de pago más altos	130 períodos de pago más altos
Edad jubilatoria mínima	<p>Para ser elegibles, los empleados activos deben:</p> <hr/> <p>tener 62 años y entre 5 y 9 años de servicio</p> <hr/> <p>tener 57 años y entre 10 y 19 años de servicio</p> <hr/> <p>tener 52 años y entre 20 y 29 años de servicio</p> <hr/> <p>tener 30 años de servicio o más, independientemente de la edad</p>	<p><i>Para ser elegibles, los empleados activos deben:</i></p> <hr/> <p>tener 60 años y entre 5 y 9 años de servicio</p> <hr/> <p>tener 57 años y entre 10 y 19 años de servicio</p> <hr/> <p>tener 55 años y 20 años de servicio o más</p> <hr/>
Multiplicador de beneficio obtenido por año de servicio	Máximo de 2 por ciento. Consulte la tabla de la sección 4.36.605 del SMC.	Máximo de 1.75 por ciento. Consulte la tabla de la sección 4.36.608 del SMC.
Cálculo de beneficio mínimo	Contribuciones más intereses multiplicados por dos.	Para calcular el beneficio, se tienen en cuenta la edad y los años de servicio. Consulte la tabla de la sección 4.36.608 del SMC.

<p>Beneficio por fallecimiento del sistema jubilatorio</p>	<p>¿Cómo lo afecta el SCERS II?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los miembros que hayan sido contratados e inscritos antes del 1 de enero de 2017 seguirán formando parte del SCERS I. • Los miembros nuevos que hayan sido contratados a partir del 1 de enero de 2017 formarán parte del SCERS II a menos que cuenten con los años de servicio elegibles para hacer un redepósito en el SCERS I. • A partir del 1 de enero de 2017, los empleados exentos o los empleados temporales elegibles con fecha de elegibilidad anterior al 1 de enero de 2017 serán inscritos en el SCERS I en caso de que opten por formar parte del sistema jubilatorio. <i>También tendrán la opción de transferirse al SCERS II dentro de un plazo de 60 días.</i> Los empleados que opten por transferirse de forma permanente perderán el derecho a comprar el crédito de servicio jubilatorio obtenido antes de su inscripción al SCERS. • A partir del 1 de enero de 2017, los exmiembros del SCERS I que retiraron sus contribuciones, volvieron a trabajar en la ciudad y son elegibles para hacer un redepósito serán re-inscritos en el SCERS I y tendrán <i>la opción de transferirse al SCERS II dentro de un plazo de 60 días.</i> Los empleados que opten por transferirse de forma permanente perderán el derecho a redepósito el crédito de servicio jubilatorio obtenido con el SCERS I. <p>Si es un exempleado de la ciudad y quiere comprar crédito de servicio jubilatorio obtenido con su empleo anterior, comuníquese con la Oficina de jubilación para consultar si reúne los requisitos.</p> <p>Si trabajó para el estado u otros gobiernos locales, es posible que sea elegible para combinar su tiempo de servicio para calificar para la jubilación.</p> <p>Si desea recibir más información, comuníquese con la Oficina de jubilación de la ciudad de Seattle al 206-386-1292, visite su página web en seattle.gov/retirement o envíe un correo electrónico a la Oficina de jubilación a City.Retirement@Seattle.gov.</p> <p>Este documento es una guía y debe consultarse junto con la sección 4.36 del Código Municipal de Seattle. Las disposiciones que rigen los beneficios jubilatorios de los miembros se encuentran en el Código Municipal de Seattle (SMC). En caso de que hubiera una discrepancia entre la información de este documento y la del código, regirá esta última.</p> <p>Los empleados activos se convierten en miembros del Programa de beneficio por fallecimiento automáticamente. Los jubilados pueden optar por retener el beneficio. 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. El beneficio no representa un valor en efectivo para el jubilado.</p>
---	---

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 53, 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.

<p>Límite de desembolso (desembolso máximo)</p>	<p>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.</p>
<p>Afección preexistente</p>	<p>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.</p>
<p>Proveedor preferido</p>	<p>Un proveedor médico que ha firmado un contrato para participar en un plan de salud. También se lo denomina “proveedor de la red”.</p>
<p>Atención preventiva</p>	<p>Consiste en los exámenes físicos de rutina y la colocación de vacunas. El objetivo es prevenir las enfermedades antes de que se desarrollen.</p>
<p>Cargo reconocido</p>	<p>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.</p>

¿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.

Aetna	877-292-2480	Aetna.com Búsqueda personalizada de médicos: aetna.com/dsepublic/#/cityofseattle
Kaiser Permanente	888-901-4636	KP.org/wa
VSP	800-877-7195	vsp.com Haga clic en "Members" (Miembros)
Delta Dental of Washington (DDWA)	206-522-2300 o al 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
Programa de asistencia al empleado	888-272-7252 TTY: 888-879-8274	ResourcesForLiving.com Nombre de usuario: city of seattle Contraseña: city of seattle
Seguros de vida y por AD&D y LTD		Representante de beneficios de su departamento
Resolución alternativa de conflictos	206-615-0089 206-615-1692 TTY: 206-684-7888	sdhrweb/adr/default.asp
Cuentas de gastos flexibles de atención médica y cuidado diurno	800-669-3539	naviabenefits.com
Unidad Central de Beneficios de la Ciudad	206-615-1340	seattle.gov/personnel/benefits/home.asp
Autoservicio para empleados		seattle.gov/ess/