Seattle

Guía de beneficios para empleados

Empleados elegibles para recibir beneficios temporales*

2023

Actualizado el 23 de febrero de 2023

* Consulte la siguiente página para obtener información sobre la elegibilidad

Elegibilidad de los empleados temporales de la City para recibir beneficios

Programa de beneficios	TMP	TMP	TMP	TMP	TBE	TBE
Tipo de empleo temporal	TMP: Asignación provisional o temporal de corto plazo (la asignación **no** supera las 1,040 horas) *,******	TMP: Empleo temporal inferior a media jornada (de temporada, de guardia) que **no** supere las 1,040 horas en el año en curso *,******	TMP: Una o más asignaciones provisionales o temporales de corto plazo; 1,040 horas **trabajadas***, **, ******	Empleado temporal con horario variable (que haya trabajado 30 horas o más por semana en promedio durante los 12 meses anteriores)****, ******	Asignación temporal de corto plazo o provisional (después de que la asignación esté en vigor por 1,040 horas trabajadas)***	Asignación temporal limitada (Term-limited temporary, TLT) (de 1 a 3 años)***
Cobertura para la atención médica	No elegible	No elegible	Los empleados elegibles pueden comprarla	Sí	Sí	Sí
Cobertura para la atención dental	No elegible	No elegible	Los empleados elegibles pueden comprarla	Sí	Sí	Sí
Cobertura para la atención de la vista (básica)	No elegible	No elegible	Los empleados elegibles pueden comprarla	Sí	Sí	Sí
Cobertura para la atención de la vista (cobertura adicional)	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible
Seguro por muerte accidental y desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment, AD&D)	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible
Compensación diferida	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Programa de asistencia para empleados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuentas de gastos flexibles	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible
Seguro de vida grupal a término (básico)	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí
Seguro de vida grupal a término (complementario)	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible
Seguro de discapacidad a largo plazo (básico)	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí
Seguro de discapacidad a largo plazo (complementario)	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible
Afiliación al programa del Seattle City Employees' Retirement System (SCERS)	No elegible	No elegible	****	No elegible	****	****
Tratamiento para dejar de fumar	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible
	TMP	**TMP**	**TMP**	**TMP**	**TBE**	**TBE**
	Asignación provisional o temporal de corto plazo de hasta 1 año (la asignación **no** supera las 1,040 horas)*,*****	Empleo temporal inferior a media jornada (de temporada, de guardia) que **no** supere las 1,040 horas*,******	Una o más asignaciones provisionales o temporales de corto plazo. La persona **trabajó** 1,040 horas durante 1 año*, **, ******	Empleado temporal con horario variable (que haya trabajado 30 horas o más por semana en promedio durante los 12 meses anteriores)****, ******	Asignación temporal a corto plazo o provisional de hasta 1 año (después de que la asignación esté en vigor por 1,040 horas)***	Asignación temporal limitada (de 1 a 3 años)***
Descuentos en Weight Watchers (WW)	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible
Licencia por enfermedad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Vacaciones	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí
Día festivo con goce de sueldo	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí
Licencia por duelo	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí
Compensación por actuar como jurado	No elegible	No elegible	No elegible	No elegible	Sí	Sí

* Percibe el pago de una prima. Si se solicita la conversión para un puesto regular, ese puesto pasa a ser elegible para recibir beneficios.

** Consulte la Regla del Personal 11.21 A a fin de obtener más información sobre la cobertura para la atención médica destinada a los trabajadores temporales que perciben el pago de una prima.

*** Recibe beneficios en lugar del pago de la prima.

**** Un empleado temporal puede optar por unirse al sistema de jubilación de los empleados de la City of Seattle:

1. Dentro de los 6 meses calendario después de haber completado 1044 horas de servicio continuo remunerado.
2. Luego de ser asignado a un puesto elegible si dicha asignación ocurre después de que el empleado haya completado 1,044 horas de servicio para la City, pero antes de que haya completado 10,440 horas de servicio para la City.
3. Dentro de los 6 meses calendario después de haber completado 10,440 horas de servicio continuo remunerado a tiempo completo.

***** Cumplir con los requisitos de la Reforma de Salud.

****** Los empleados temporales que perciben el pago de una prima en lugar de beneficios complementarios acumularán una hora de licencia con goce de sueldo por cada treinta horas trabajadas.

Exclusiones:

- Los empleados en régimen de trabajo y estudio, los pasantes y los contratistas independientes no son elegibles para recibir beneficios, independientemente de las horas trabajadas para la City.
- Los beneficios **no incluyen** programas de cuenta de gastos flexibles para el cuidado de la salud o guarderías, el seguro AD&D, el seguro de vida grupal a término, el seguro de discapacidad a largo plazo complementario, el seguro de atención a largo plazo, el plan con cobertura adicional del seguro de la vista, el programa de asistencia para empleados, el programa para dejar de fumar y los precios especiales de Weight Watchers para la City.

Opciones para obtener ayuda para comprender la información que se incluye en este documento

- **¿Necesita hablar con alguien en un idioma distinto del inglés?** Llame a la Benefits Unit al 206-615-1340, y lo ayudaremos a acceder a los servicios lingüísticos. Tendrá acceso a un intérprete y a un miembro del personal de la Benefits Unit para hacer cualquier pregunta que tenga.
- **¿Tiene una discapacidad auditiva?** Si usa un dispositivo de telecomunicaciones para sordos (Telecommunications Device for the Deaf, TDD), la City proporciona servicios de interpretación. Llame al 7-1-1 o al 1-800-833-6384 en su TDD. Se comunicará con el Relay Service de Washington. Proporcione el número de la persona a la que desea llamar. Llamarán a la persona por usted y, luego, interpretarán la información de su TDD a la persona a la que está llamando.
- **¿Tiene una discapacidad visual?** Esta *Guía de beneficios para empleados* está disponible con un tipo de letra más grande. Para solicitar una copia electrónica, comuníquese con la Benefits Unit al 206-615-1340.
- **¿Prefiere *oír* la información antes que *leerla*?** Si su capacidad de comprensión mejora cuando alguien le lee o parafrasea la información, puede asistir a una sesión de orientación sobre los beneficios. En las sesiones de orientación, se cubren todos los beneficios de la City y se brinda suficiente tiempo para hacer preguntas. Puede reunirse con el presentador después de la sesión si tiene preguntas adicionales o preguntas que le gustaría hacer de manera confidencial. Las sesiones de orientación se realizan cada dos semanas: inscríbase en la sección de capacitación Autoservicio para empleados.

Si necesita ayuda adicional o prefiere hablar con alguien de manera confidencial, envíe un correo electrónico a Benefits.Unit@seattle.gov.

Tenga en cuenta lo siguiente: Hemos hecho todo lo posible para garantizar que esta información sea precisa. Si existe alguna discrepancia entre este folleto, los contratos de seguro, otros documentos legales o los términos de un convenio colectivo autorizado, siempre prevalecerán los contratos, los documentos legales y los convenios colectivos vigentes.

La intención de la City of Seattle es continuar con estos planes indefinidamente. No obstante, se reserva el derecho de modificarlos o rescindirlos en cualquier momento, en su totalidad o en parte, por cualquier motivo, de acuerdo con los procedimientos de modificación y rescisión descritos en los documentos legales. Este folleto no crea un contrato laboral con la City of Seattle.

TABLA DE CONTENIDO

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADO 1

INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD Y LA COBERTURA 2
- ELIGIBILIDAD DE LOS EMPLEADOS TEMPORALES PARA RECIBIR BENEFICIOS 3
- MIEMBROS DE LA FAMILIA ELEGIBLES 3
- ¿CUÁNDO ME INSCRIBO? 4
- ¿CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA? 4
- ¿CÓMO ME INSCRIBO? 4
- ¿CÓMO INSCRIBO A MIS FAMILIARES? 5
- ¿CÓMO CANCELO LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA? 6
- ¿CÓMO CAMBIAR LOS BENEFICIOS? 6
- ¿CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA? 7
- CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA LEY COBRA 7
- COBERTURA A TRAVÉS DE LA BOLSA DE SEGUROS DE SALUD 8
- COBERTURA A TRAVÉS DE UN PLAN PARA JUBILADOS DE LA CIUDAD 8

BENEFICIOS Y PLANIFICACIÓN FINANCIERA 10
- ¿CÓMO ELEGIR UN PLAN MÉDICO? 11
- PLAN PREVENTIVO 12
- PLAN TRADICIONAL 12
- PLAN ESTÁNDAR DE KAISER PERMANENTE 13
- PLAN CON DEDUCIBLE DE KAISER PERMANENTE 13

EJEMPLOS DE COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS 14

PRIMAS DE ATENCIÓN MÉDICA 24
- MONTO DEL BENEFICIO IMPONIBLE (CON DDWA) 26
- MONTO DEL BENEFICIO IMPONIBLE (CON DHS) 27

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS 28
- PLANES PREVENTIVOS Y TRADICIONALES (AETNA) 28
- PLANES KAISER PERMANENTE 28

OPCIONES DE PLANES DENTALES 30
- DELTA DENTAL DE WASHINGTON 30
- SERVICIOS DE SALUD DENTAL 31

COBERTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA VISTA 34

PLANES DE SEGUROS OPCIONALES 36
- PLAN BÁSICO DEL SEGURO DE DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) 36
- SEGURO DE VIDA GRUPAL A TÉRMINO (GTL) 39
- SEGURO DE VIDA BÁSICO 39

INDEMNIZACIÓN LABORAL 44

PROGRAMAS DE BIENESTAR 45
- ALCANCE 45
- PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS EMPLEADOS (EAP) 45
- HINGE HEALTH 45

PROGRAMAS DE VIDA LABORAL 46
- MISVIAJES 46
- OFICINA DEL DEFENSOR DE EMPLEADOS 46

POLÍTICAS DE LICENCIAS 47
- VACACIONES 47
- LICENCIA POR ENFERMEDAD 48
- VACACIONES 49
- LICENCIA POR DUELO 49
- ACTUAR COMO JURADO 49
- LICENCIA PARA CUIDAR A UN FAMILIAR CON GOCE DE SUELDO 50
- LICENCIA POR MATERNIDAD/PATERNIDAD CON GOCE DE SUELDO 50
- PROGRAMAS DE LICENCIA POR SERVICIO MILITAR 51

LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS Y FAMILIARES CON GOCE DE SUELDO DEL ESTADO DE WASHINGTON 52

JUBILACIÓN 53
- PLAN DE COMPENSACIÓN DIFERIDA 53
- SISTEMA DE JUBILACIÓN DE LA CIUDAD 54

GLOSARIO 55

A QUIÉN CONTACTAR SI TIENE PREGUNTAS 57

Responsabilidades de los empleados

Los empleados temporales elegibles para recibir beneficios son responsables de realizar las elecciones o los cambios de beneficios dentro de los plazos establecidos, incluido el periodo de inscripción abierta. Deben notificar al representante de beneficios de su departamento sobre cualquier cambio en el estado familiar o laboral que afecte los beneficios, como matrimonio, separación legal, divorcio, pareja de hecho nueva o que se haya terminado, nacimiento o adopción, una licencia o el fallecimiento de un familiar. Si agrega un dependiente a los beneficios de la City, recibirá una carta de Alight Solutions, el socio comercial de la City. La carta incluirá información sobre cómo verificar la elegibilidad al enviar los documentos requeridos.

¿Es un nuevo empleado temporal elegible para recibir beneficios? Usted es responsable de elegir los beneficios en un plazo de 30 días a partir de la fecha de contratación. Es importante tener en cuenta que si **renuncia** a la cobertura de la City cuando es elegible como empleado temporal y luego se convierte en empleado regular, tendrá que esperar hasta el período de inscripción abierta para inscribirse.

¿**Agregará un nuevo miembro de la familia** a su cobertura para la atención médica? Comuníquese con el representante de beneficios de su departamento dentro de los 30 días posteriores al matrimonio o nueva pareja de hecho. Dispone de 60 días para notificar a su representante el nacimiento o la adopción a fin de establecer la cobertura para la atención médica, dental o de la vista.

¿**Dará de baja a un miembro de su familia** de su cobertura para la atención médica y cuenta de gastos flexibles? Comuníquese con el representante de beneficios de su departamento dentro de los 30 días posteriores al divorcio, la separación legal o la disolución de la pareja de hecho.

¿Tiene previsto solicitar una licencia? Comuníquese con su representante de beneficios para hablar sobre cómo podría afectar sus beneficios de la City.

¿Designará o cambiará su beneficiario?

- Seguro de vida: autoservicio para empleados
- Jubilación: comuníquese con la Oficina de Jubilación
- Licencia por enfermedad: consulte a su representante de beneficios
- Compensación diferida: comuníquese con Nationwide o llame al (206) 447-1924

¿Se mudará? Actualice su dirección en Autoservicio para empleados.

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

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

La City of Seattle brinda a los empleados y sus familias una amplia variedad de opciones de beneficios para respaldar la planificación financiera individual.

Cobertura para la atención médica

La City ofrece a los empleados fijos y a sus familias* la posibilidad de elegir entre cuatro planes médicos:

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

Cobertura para la atención dental

La City ofrece a los empleados fijos y a sus familiares* cobertura para la atención dental a través de Delta Dental of Washington y Dental Health Services.

Cobertura para la atención de la vista

La City ofrece cobertura para la atención de la vista a través de Vision Service Plan (VSP).

Seguro de vida y de discapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, LTD)

La City ofrece un plan básico del seguro de discapacidad a largo plazo y comparte el costo del plan básico de seguro de vida grupal a término.

Plan de compensación diferida

La City ofrece un plan de ahorro con ventajas tributarias “457 (b)”**, que permite a los empleados invertir los ingresos actuales, antes y después de impuestos (cuenta Roth), para generar ingresos de jubilación adicionales.

Programa de Asistencia a los Empleados (Employee Assistance Program, EAP)

La City ofrece un servicio de asesoramiento profesional independiente y confidencial para ayudar a los empleados que tienen problemas personales o relacionados con el trabajo.

* Si inscribe a un dependiente, Alight Solutions, el socio comercial de la City, le enviará una carta a su hogar en un plazo de 2 a 3 semanas. En la carta, se le solicitarán documentos que confirmen la elegibilidad de su dependiente. ¡Gracias por participar! Para obtener información adicional sobre el proceso de verificación, diríjase aquí.

** Un tipo de plan de ahorro para la jubilación disponible para los empleadores del gobierno estatal y local.

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

Elegibilidad de los empleados temporales para recibir beneficios

Si es un empleado temporal elegible para recibir beneficios que trabaja a tiempo completo o parcial (programado para trabajar al menos 80 horas al mes), califica para participar en programas de beneficios selectos una vez que cumpla con los requisitos de elegibilidad de su puesto:

- Asignación de plazo limitado: en la fecha de contratación de su asignación de 1 a 3 años
- Una o más asignaciones provisionales o temporales de corto plazo: después de que su asignación de corto plazo de hasta 1 año tenga una vigencia de 1,040 horas.

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

Miembros de la familia elegibles

Los beneficios para los que es elegible son los siguientes: los planes médicos, dentales, básicos, de vida básicos, básicos de LTD y de compensación diferida (consulte las páginas 1 y 2).

Los siguientes miembros de la familia también son elegibles para participar en los programas médicos, dentales y de la vista:

- Cónyuge o pareja de hecho.
- Hijos biológicos o adoptados, o hijos dados en adopción.
- Hijos de su pareja de hecho.
- Hijastros.
- Cualquier niño del que usted sea el tutor legal.
- Cualquier niño para el que se requiera cobertura mediante una Orden válida de cobertura para la atención médica para un menor (solo planes de atención médica).

Elegibilidad de niños

Consulte la elegibilidad del niño a continuación.*,**

Plan	Edad	Otro
Médico, dental, de la vista, y cuenta de gastos flexibles (hasta los 25 años)	hasta los 26 años siguientes características: - ser soltero,	No debe tener las - vivir con usted, - depender de usted para su sustento. Puede tener acceso a otra cobertura.

* Si inscribe a un dependiente, Alight Solutions le enviará una carta a su hogar en un plazo de 2 a 3 semanas en la que se le solicitarán los documentos que confirmen la

	elegibilidad de sus dependientes. La información adicional se encuentra aquí. ** La cobertura puede continuar para un hijo con discapacidad/incapacidad si queda incapacitado antes de la edad límite y siempre que un médico haya documentado su estado de discapacidad/incapacidad total.

Información sobre la elegibilidad y la cobertura	
¿Cuándo me inscribo?	Debe enviar sus formularios de inscripción de beneficios dentro de los **30 días posteriores a la fecha de elegibilidad para recibir beneficios** (consulte la página anterior).
¿Cuándo comienza la cobertura?	La cobertura real de los planes en los que está inscrito comenzará en su fecha de elegibilidad o el primer día del mes siguiente a su fecha de elegibilidad.
¿Cómo me inscribo?	Dispone de dos opciones para inscribirse a usted y a sus dependientes: 1) La opción preferida es a través del Autoservicio para empleados. 2) Si no puede inscribirse en el autoservicio para empleados o no tiene acceso a una computadora, comuníquese con el representante de Recursos Humanosde su departamento para solicitar un Formulario de elección de beneficios que debe completar y devolver. Si no cumple con la fecha límite, no podrá recibir ciertos beneficios y no será elegible para recibir otros. Debe esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para realizar cambios. Si no se inscribe en un seguro de vida básico cuando es elegible por primera vez, se le pedirá que complete una *Declaración de antecedentes médicos* o un *certificado de buen estado de salud* para la compañía de seguros, y no se le garantiza la cobertura como cuando es elegible por primera vez. Puede rechazar la cobertura, pero no será elegible para el pago de la prima en lugar de los beneficios. **¿Qué ocurre si se me pasa el plazo de inscripción?** Si no se inscribe en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que tiene derecho a los beneficios, será inscripto automáticamente para recibir la cobertura básica para la atención dental y de la vista. Por defecto, su cobertura para la atención dental será el plan Delta Dental of Washington. A partir del 2 de enero de 2019, si es elegible por primera vez para la cobertura de salud y no elige o renuncia activamente a la cobertura para la atención médica, será inscrito de manera automática en el plan tradicional de Aetna exclusivo para empleados. Este plan no requiere ninguna contribución en concepto de primas por su parte.
Renuncia a la cobertura	Si renuncia a la cobertura y luego se convierte en un empleado regular, su próxima oportunidad para inscribirse será durante la el período de inscripción abierta.

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

Continuación de la elegibilidad

A fin de seguir siendo elegible para recibir los beneficios pagados por la City, debe tener al menos 80 horas de tiempo libre con goce de sueldo durante el mes calendario. Si la cantidad de horas trabajadas por mes es inferior a 80 horas, se cancelarán los beneficios y usted será responsable de los cargos incurridos.

¿Cómo inscribo a mis familiares?

Hay dos oportunidades para inscribir a los miembros de la familia:

- Periodo de inscripción abierta
- Acontecimiento de la vida o cambio de estado familiar, por ejemplo:
  - Dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, la constitución de una pareja de hecho, la tutela legal o la pérdida de cobertura de un dependiente en otro plan.
  - Dentro de los 60 días posteriores al nacimiento o la adopción de su hijo para la cobertura para la atención médica.
  - En las páginas 6 y 7, se pueden encontrar otros ejemplos de un acontecimiento de la vida o cambio de estado familiar.

Si agrega a un miembro de la familia fuera del periodo de inscripción abierta, debe completar un Formulario de cambio de beneficios y enviarlo a su representante de beneficios del departamento. Si no cumple con el plazo de inscripción, puede inscribir a sus familiares en el próximo periodo de inscripción abierta, que suele ser en el otoño.

Después de inscribir a un dependiente, Alight Solutions, el socio comercial de la City, le enviará una carta a su hogar en un plazo de 2 a 3 semanas. En la carta, se le solicitarán documentos que confirmen la elegibilidad de sus dependientes. La información adicional sobre el proceso de verificación de elegibilidad de dependientes se encuentra aquí.

Visite https://www.seattle.gov/human-resources/benefits para obtener más información. Si tiene alguna pregunta, llame a su representante de Recursos Humanos o beneficios del departamento o a la Benefits Unit de la City al 206-615-1340.

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

¿Cómo cancelo la inscripción de los miembros de mi familia?	Si necesita dar de baja a un familiar fuera del periodo de inscripción abierta, envíe un Formulario de elección de beneficios completado a su representante de beneficios del departamento. Si finaliza la cobertura de su cónyuge o pareja de hecho debido a una separación legal, un divorcio o una disolución de la pareja de hecho, presente un formulario de Declaración de disolución de matrimonio/pareja de hecho completado o un Aviso de disolución de la pareja de hecho registrada en el estado en un plazo de 30 días a partir de la separación legal, el divorcio o la disolución de la pareja de hecho.
Cómo cambiar los beneficios	Hay dos oportunidades para cambiar sus opciones de beneficios: ▪ Periodo de inscripción abierta ▪ En un plazo de 30 días a partir de un cambio en el estado familiar o laboral que cumpla los requisitos **Periodo de inscripción abierta** La inscripción abierta se lleva a cabo una vez al año en el otoño. Puede cambiar sus planes de beneficios, agregar y dar de baja a miembros de su familia y agregar o dar de baja coberturas durante este periodo. Si realiza cambios durante el periodo de inscripción abierta, su nueva cobertura entrará en vigencia el 1 de enero del nuevo (próximo) año del plan. Los aumentos en la cobertura de su seguro de vida están sujetos a la aprobación de su *Declaración de antecedentes médicos* por parte de la compañía de seguros de vida. **Acontecimientos de la vida/cambios en el estado familiar que pueden afectar sus beneficios** Debe inscribir a un nuevo cónyuge o pareja de hecho durante los 30 días posteriores a su matrimonio o a la constitución de una pareja de hecho. Dispone de 60 días para agregar un hijo tras su nacimiento, adopción o colocación en adopción. *Si no cumple con el plazo,* solo puede agregar miembros de su familia durante el periodo anual de inscripción abierta de otoño. Si ocurre un cambio en el estado familiar, es posible que pueda hacer un cambio relacionado con sus beneficios. Aquí encontrará varios ejemplos. Comuníquese con el representante de beneficios de su departamento si ocurre alguna de las siguientes situaciones: • Adopta un hijo: puede añadir la cobertura para ese hijo (en ese momento, también puede añadir la cobertura para sus otros dependientes). • Su hijo pierde la cobertura de su cónyuge: puede añadirlo a su plan. • Se casa o forma una pareja de hecho: puede inscribir a su nuevo cónyuge o pareja de hecho y sus hijos elegibles.

	• Su cónyuge o pareja de hecho pierden la cobertura debido a la finalización de la relación laboral, cambio en la situación laboral o inicio de una licencia sin goce de sueldo: puede añadirlos al plan.

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

Cobertura a través del mercado de seguros médicos **Cobertura a través de un plan para jubilados de la City**	• La muerte del empleado. • El divorcio o la separación legal del empleado y su cónyuge, o la disolución de la pareja de hecho. • Un hijo pierde la cobertura (cumple 26 años). Los planes del seguro de vida y por discapacidad tienen opciones de conversión. Como alternativa a la COBRA, puede elegir un plan médico individual a través del mercado de seguros de salud. En función de sus ingresos y la cantidad de dependientes que incluya en la cobertura, puede encontrar un plan en el mercado que se adapte a sus necesidades de cobertura. Puede encontrar información adicional en www.wahealthplanfinder.org. Cuando sea elegible para jubilarse, recibirá un paquete de información sobre los planes médicos para jubilados de la City durante su cita en la Retirement Office. Si desea participar en un plan médico para jubilados en lugar de optar por COBRA o un plan del mercado de seguros médicos, tenga en cuenta que debe elegir un plan **al menos 30 días** *antes de jubilarse*. En algunos casos, puede postergar su inscripción en un plan médico para jubilados de la City si está cubierto por el plan de otro empleador. Para obtener más información sobre los planes, comuníquese con la Benefits Unit a través de Benefits.Unit@seattle.gov.

Pago de los beneficios

Deducciones de su nómina

Consulte la página 23 para conocer las primas médicas

Cobertura para la atención médica, dental y de la vista
Si elige la cobertura para la atención médica, la City of Seattle paga la mayor parte de la prima por usted y los miembros de su familia elegibles e inscritos. El importe que paga depende del plan que seleccione y de si cubre a un cónyuge o pareja de hecho.

Las primas médicas se deducen cada mes antes de impuestos. (Los importes de las primas que se pagan por una pareja de hecho no se pueden deducir antes de impuestos si su pareja no figura como dependiente en su declaración de impuestos del Servicio Interno de Impuestos [Internal Revenue Service, IRS]).

Su parte del costo de la prima médica se descuenta por partes iguales de la primera y segunda nómina del mes durante el mes de cobertura, antes de impuestos. Por ejemplo, las deducciones de la prima de su nómina de marzo cubren la cobertura del mes de marzo.

La City paga por completo el plan dental y el plan básico de la vista para la mayoría de los empleados.

Seguro de vida
Las deducciones de primas después de impuestos de su seguro de vida básico y complementario se descuentan de su segunda nómina del mes para la cobertura del mes siguiente.

Beneficios y planificación financiera

Debido a que la situación médica y económica de cada persona es diferente, la City ofrece diversos planes para proteger a los empleados y sus familias de las dificultades económicas que pueden acarrear los gastos médicos inusuales. Los planes están diseñados para cubrir gran parte del costo de los servicios de atención médica necesarios por razones médicas. Sin embargo, los empleados siguen asumiendo una parte de los costos de sus servicios médicos en forma de primas, deducibles, copagos y coseguros.

Dado que los costos de atención médica pueden ser imprevistos, tiene sentido planificar con antelación y ahorrar para sus gastos de bolsillo. A continuación, presentamos formas para reducir costos y ahorrar dinero:

- Deje de fumar y anime a su familia a hacerlo.

- Realice actividad física y coma alimentos ricos en nutrientes. Muchas enfermedades y afecciones se pueden prevenir, y los hábitos saludables reducen sus costos futuros de atención médica y mejoran su calidad de vida actual.

- Realícese chequeos y exámenes médicos. Sométase con regularidad a exámenes físicos programados por su médico, dentista, oftalmólogo, etc. Aproveche los exámenes médicos gratuitos y las vacunas contra la gripe, y asista a las ferias de beneficios de la City.

- Elija el mejor plan de salud para usted y su familia. Elegir un buen plan de salud *no se trata solo de la deducción de la nómina*. Si está buscando un plan de salud, compare las primas, los copagos, el coseguro y los servicios que los distintos planes cubren o no.

- Manténgase dentro de la red. Busque médicos y proveedores de atención médica dentro de la red de su plan.

- Revise detenidamente las facturas médicas. Los errores de facturación pueden costar cientos o incluso miles de dólares. Comuníquese con la oficina de facturación si detecta un error o si no comprende la información de su factura. Es posible que pueda negociar tarifas y facturas que considere demasiado elevadas.

- Inscríbase en Reach para apoyar sus objetivos de bienestar físico, emocional y financiero. Para registrarse, ingrese en cityofseattle.limeade.com. Para acceder a Reach sobre la marcha, descargue la aplicación Limeade e ingrese el código de la City of Seattle: seattle.

Opciones de planes médicos

Planes médicos

La City ofrece cuatro planes médicos diferentes:

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

Cómo elegir un plan médico

Las características, la cobertura y los costos del plan varían. Los planes con Aetna ofrecen una variedad ilimitada de médicos; la cobertura es mayor si recurre a médicos de la red de Aetna. Si opta por los planes de Kaiser Permanente, debe usar su red de médicos, clínicas, hospitales y farmacias, pero ofrecen un nivel de cobertura más alto.

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

A la hora de tomar una decisión, debe tener en cuenta el costo, la elección y la cobertura. Debe realizarse las siguientes preguntas:

- ¿Quiere un plan que le permita elegir cualquier médico, hospital o clínica (planes de Aetna), o está dispuesto a permanecer dentro de una red (planes de Kaiser Permanente) y recibir un mayor nivel de cobertura?

- ¿Preferiría pagar primas mensuales más elevadas para tener un deducible anual más bajo (plan preventivo de Aetna) o ningún deducible anual (plan estándar de Kaiser Permanente) y copagos más bajos?

- ¿Preferiría pagar primas mensuales más bajas o no pagar ninguna prima y tener un coseguro y deducibles más altos (plan con deducible de Kaiser Permanente y plan tradicional de Aetna)?

A continuación, presentamos descripciones muy breves del plan que pueden ayudarlo a tomar esta decisión.

Nuevos empleados temporales elegibles para recibir beneficios: Recuerde que dispone de 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los planes médicos, dentales, de la vista y el seguro de vida grupal a término. Si rechaza la cobertura cuando es elegible como empleado temporal y luego se convierte en un empleado regular, tendrá que esperar hasta el período de inscripción abierta para inscribirse.

Opciones de planes médicos	
Aetna	La City of Seattle tiene dos planes con Aetna: el plan preventivo y el plan tradicional. Los planes utilizan la red de proveedores de Aetna y Aetna se encarga de administrar 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 visitas al consultorio, excepto la atención preventiva (que está cubierta al 100 %). El deducible se aplica a la mayoría de los servicios, excepto cuando se aplica un copago. La mayoría de los demás servicios están cubiertos al 90 % después de un copago si utiliza 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 están cubiertos al 80 % si utiliza un proveedor de la red de Aetna. La mayoría de la atención médica preventiva no está cubierta.
¿Qué ocurre si no uso la red de Aetna?	Si elige un proveedor fuera de la red, pagará un porcentaje más alto del costo de la visita. Los precios de los proveedores fuera de la red suelen ser más altos que los precios de los proveedores dentro de la red. Si recurre a un proveedor fuera de la red, pagará el 40 % del costo del servicio de la red y su médico puede cobrarle un importe adicional por encima del precio de la red.
Accolade	Para comunicarse con el servicio de atención al cliente de Accolade, llame al 866-540-5418 o ingrese en https://login.myaccolade.com/login. Obtenga apoyo en cuanto a decisiones de tratamiento, preguntas sobre la cobertura de beneficios, ayuda para encontrar un médico o especialista, denegaciones de reclamos o quejas, plan de recetas y preguntas sobre el formulario.
Aetna.com	Para obtener información detallada sobre los reclamos, ingrese en Aetna.com.
Teladoc	Hable con un médico en cualquier momento por teléfono o video. Reciba tratamiento por problemas de salud, incluidos síntomas de resfriado y gripe, alergias y problemas de la piel. Además, puede recurrir a un proveedor de salud conductual y establecer una relación continua para tratar problemas como la depresión y la ansiedad. Regístrese en https://member.teladoc.com/signin.
Atención de urgencias	Comuníquese con un asistente de salud de Accolade al 866-540-5418 para encontrar un centro de atención de urgencia cerca de usted O consulte su cuenta en Aetna.com.

Opciones de planes médicos	
Kaiser Permanente	Kaiser Permanente es una organización para el mantenimiento de la salud que brinda un sistema integrado de servicios de atención médica. Kaiser Permanente brinda todos los servicios dentro de sus instalaciones o las de sus proveedores de red contratados. Debe recurrir a instalaciones y proveedores contratados por Kaiser Permanente, a menos que un médico lo derive a otro lugar. No necesita la derivación de un médico para consultar a la mayoría de los especialistas de Kaiser Permanente. La City ofrece dos planes a través de Kaiser Permanente.
Plan estándar de Kaiser Permanente **Plan con deducible de Kaiser Permanente**	El plan estándar es un plan de servicios médicos administrados sin deducible y un copago en el consultorio de $15. Los planes de Kaiser cubren la mayoría de los servicios al 100 % luego de pagar un copago. La atención médica preventiva está cubierta. El plan con deducible tiene un deducible anual de $200 por persona ($600 por familia) y un copago por visitas en el consultorio de $15. El deducible no se aplica al servicio de ambulancia, los medicamentos de venta con receta, el equipo médico duradero y las visitas de atención preventiva (las visitas de atención preventiva sí tienen copago). Una vez que se alcanza el deducible, el plan con deducible cubre la mayoría de los servicios al 100 % luego de pagar un copago.
Accolade	Para acceder al sitio web de atención médica, ingrese en KP.org/wa. Los miembros pueden solicitar citas e intercambiar correos electrónicos con su proveedor, consultar sus registros médicos en línea, reabastecer las recetas en línea y consultar los informes de laboratorio y las pruebas. El directorio de proveedores e instalaciones y el formulario de medicamentos están disponibles en línea. Además, hay una aplicación móvil disponible.
Perfil de salud **Care Chat y visitas en línea** **Servicio de consulta de enfermería**	Accolade es un recurso de terceros que ofrece servicios de defensa de la salud sin costo alguno. Los miembros de Kaiser pueden usar Accolade para complementar el equipo de atención de Kaiser, el servicio para miembros y la línea de asesoramiento. Comuníquese con Accolade al 866-540-5418 si tiene preguntas sobre la salud y los beneficios. Kaiser cuenta con una evaluación de riesgos para la salud denominada *Perfil de salud*. Los miembros completan el perfil en línea y reciben un informe y un plan de tratamiento personalizado. También se ofrece asesoramiento gratuito para llevar un estilo de vida saludable. Care Chat es una función gratuita de mensajería en línea que le permite obtener atención en tiempo real por parte de un proveedor. Acceda a través de su cuenta en kp.org/wa. ¿No está seguro de qué tipo de atención necesita? Llame al Servicio de Consulta

	de Enfermería de Kaiser las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-297-6877 (TTY 711).

Ejemplos de planes médicos

En la siguiente tabla, se comparan los planes en cuatro escenarios diferentes donde los empleados utilizarían los servicios: un examen físico de rutina, una visita regular al consultorio (p. ej., por una enfermedad), un tratamiento ambulatorio en un hospital y una intervención quirúrgica realizada por un especialista. Los costos de los servicios se comparan por plan. Para obtener un resumen más completo de los beneficios por plan, consulte la siguiente tabla.

	Plan preventivo		**Plan tradicional**		**Kaiser Permanente**	
	Dentro de la red	**Fuera de la red**	**Dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Plan con deducible**	**Plan estándar**
Individual con deducible	$100	$450	$400	$1,000	$200	Ninguno
Familiar con deducible	$300	$1,350	$1,200	$3,000	$600	Ninguno
Examen físico de rutina	Se paga al 100 %	Se paga al 60 % tras el pago del deducible solo en concepto de mamografías y exámenes de obstetricia y ginecología.	Se paga al 80 % tras el pago del deducible solo en concepto de mamografías. No se cubre ninguna otra atención preventiva.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible solo en concepto de mamografías. No se cubre ninguna otra atención preventiva.	Se paga al 100 % tras el copago de $15	Se paga al 100 % tras el copago de $15
Visita al consultorio	Se paga al 100 % tras el copago de $15	Se paga al 60 % tras el pago del deducible.	Se paga al 80 % tras el pago del deducible.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible.	Se paga al 100 % tras un copago de $15 y el pago del deducible (el copago se aplica al deducible)	Se paga al 100 % tras el copago de $15
Tratamiento ambulatorio en un hospital	Los gastos médicos se pagan al 100 % tras un copago de $15. Tras el pago del deducible, otros gastos se pagan al 90 %.	Tras el pago del deducible, los honorarios médicos y otros gastos se pagan al 60 %.	Tras el pago del deducible, los honorarios médicos y otros gastos se pagan al 80 %.	Tras el pago del deducible, los honorarios médicos y otros gastos se pagan al 60 %.	Tras el pago del deducible y un copago de $15 (el copago se aplica al deducible), los honorarios médicos y otros gastos se paga al 100 %.	Se paga al 100 % tras un copago de $15.

Intervenciones quirúrgicas para pacientes hospitalizados	Se paga al 90 % tras un copago de $200 para pacientes hospitalizados.	Se paga al 60 % tras un copago de $200 para pacientes hospitalizados y el pago del deducible.	Se paga al 80 % tras un copago de $200.	Se paga al 60 % tras un copago de $200 para pacientes hospitalizados y el pago del deducible.	Se paga al 100 % tras el pago del deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de $200 para pacientes hospitalizados.

Comparación de planes médicos de 2023: la mayoría de los empleados de la City of Seattle

El propósito de este documento es ayudarlo a tomar decisiones; no es un contrato. Para conocer la información detallada que se proporciona en el folleto de su plan médico, ingrese en https://www.seattle.gov/human-resources/benefits/employees-and-covered-family-members/most-employees-plans.

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
Deducible (por año calendario)					
Sin deducible	$200 por persona $600 por familia El deducible se aplica según se indica, excepto para recetas, visitas preventivas, servicio de ambulancia y equipo médico duradero.	$400 por persona $1,200 por familia El deducible se aplica a la mayoría de los servicios, excepto cuando se indique lo contrario. El deducible no se aplica a los medicamentos con receta o cuando se aplica el copago para pacientes hospitalizados o el copago de la sala de emergencias.	$1,000 por persona $3,000 por familia	$100 por persona $300 por familia El deducible se aplica a la mayoría de los servicios, excepto cuando se indique lo contrario. El deducible no se aplica a los medicamentos con receta o cuando se aplica el copago para pacientes hospitalizados o el copago de la sala de emergencias.	$450 por persona $1,350 por familia
El **gasto de bolsillo máximo anual (Out of Pocket Maximum, OOP Max)** incluye el coseguro médico. El OOP Max no incluye el deducible ni los copagos/coseguros de medicamentos de venta 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 **gasto de bolsillo máximo total** incluye el coseguro médico y el deducible. El OOP máximo total no incluye los copagos/coseguros de medicamentos de venta 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 hospitalario					
$200 por ingreso	Se aplica el deducible	Copago de $200 por ingreso	Copago de $200 por ingreso	Copago de $200 por ingreso	Copago de $200 por ingreso
Autorización previa al ingreso hospitalario					
A excepción de los ingresos por maternidad o emergencia, debe estar autorizado por Kaiser Permanente.		A excepción de los ingresos por maternidad o emergencia, su médico debe comunicarse con Aetna antes de su ingreso. El miembro es responsable de obtener la certificación previa de la atención fuera de la red.		A excepción de los ingresos por maternidad o emergencia, su médico debe comunicarse con Aetna antes de su ingreso. El miembro es responsable de obtener la certificación previa de la atención fuera de la red.	

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
Elección de proveedores					
Toda la atención y los servicios que se prestan en los centros de Kaiser Permanente o por parte de los proveedores de la red pueden autoderivarse a la mayoría de los especialistas de Kaiser Permanente.		Proveedores contratados por Aetna. No es necesario seleccionar ni derivar a un médico de atención primaria.	Cualquier proveedor autorizado y calificado de su elección. Los gastos se pagan en función de los cargos reconocidos*. Usted paga la diferencia entre los cargos reconocidos y los facturados.	Proveedores contratados por Aetna. No es necesario seleccionar ni derivar a un médico de atención primaria.	Cualquier proveedor autorizado y calificado de su elección. Los gastos se pagan en función de los cargos reconocidos*. Usted paga la diferencia entre los cargos reconocidos y los facturados.
GASTOS CUBIERTOS					
Aborto					
Se paga al 100 % tras el copago de $15	copago de $15 Se aplica el deducible	Se paga al 80 % tras el deducible. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Se paga al 90 % tras el deducible. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.
Acupuntura					
Copago de $15 por hasta 8 visitas por diagnóstico médico por año calendario. Visitas adicionales si se aprueban.	Copago de $15 por hasta 8 visitas por diagnóstico médico por año calendario. Visitas adicionales si se aprueban. Se aplica el deducible.	Se paga al 80 %	Se paga al 60 %	Se paga al 100 % tras el copago de $15	Se paga al 60 %
		Hasta 12 visitas por año calendario dentro y fuera de la red combinadas		Hasta 20 visitas por año calendario dentro y fuera de la red combinadas.	
Tratamiento por consumo de alcohol/drogas (paciente hospitalizado)					
Se paga al 100 % tras el copago de $200 por ingreso	Se paga al 100 % tras el deducible	Se paga al 80 % tras el copago de $200	Se paga al 60 % tras el copago de $200	Se paga al 90 % tras el copago de $200	Se paga al 60 % tras el copago de $200
		Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidos los centros de tratamiento residencial y la internación parcial.		Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidos los centros de tratamiento residencial y la internación parcial.	

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
Tratamiento por consumo de alcohol/drogas (paciente ambulatorio)					
Se paga al 100 % tras el copago de $15	Se paga al 100 % tras el copago de $15 Se aplica el deducible	Se paga al 80 % Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas las pruebas psicológicas, neurológicas y ambulatorias intensivas.	Se paga al 60 %	Se paga al 100 % tras el copago de $15 Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas las pruebas psicológicas, neurológicas y ambulatorias intensivas.	Se paga al 60 %
Anticonceptivos					
Para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos, consulte el beneficio de medicamentos de venta con receta.		El DIU y la Depo Provera se cubren como beneficios médicos. Consulte el beneficio de Medicamentos de venta con receta.		El DIU y la Depo Provera se cubren como beneficios médicos. Consulte el beneficio de Medicamentos de venta con receta.	
Equipo médico duradero					
Se paga al 80 %	Se paga al 80 %	Se paga al 80 % Los extractores de leche se cubren al 100 % a través del proveedor de equipos médicos duraderos	Se paga al 60 %	Se paga al 90 % Los extractores de leche se cubren al 100 % a través del proveedor de equipos médicos duraderos	Se paga al 60 %
Atención médica de emergencia					
➢ **Clínica de atención de urgencia**					
Se paga al 100 % tras el copago de $15	copago de $15 Se aplica el deducible	Se paga al 80 %	Se paga al 60 %	Se paga al 100 % tras el copago de $15 (sin cargo por atención preventiva)	Se paga al 60 %
➢**Sala de emergencias (no se aplican copagos si queda internado)**					
Centro de Kaiser Permanente: copago de $100 Centro que no es de Kaiser Permanente: copago de $150	Centro de Kaiser Permanente: copago de $100 Centro que no es de Kaiser Permanente: copago de $150 Se aplica el deducible	Se paga al 80 % tras el copago de $150	Se paga al 80 % tras el copago de $150. Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el copago.	Se paga al 90 % tras el copago de $150	Se paga al 90 % tras el copago de $150 Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el copago
➢**Ambulancia**					
Se paga al 80 %	Se paga al 80 %	Se paga al 80 % cuando sea necesario por razones médicas. El transporte que no sea para casos de emergencia debe ser aprobado previamente por Aetna.		Se paga al 90 % cuando sea necesario por razones médicas. El transporte que no sea de emergencia debe ser aprobado por adelantado por Aetna.	

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
Servicios de reasignación de sexo					
Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.
Servicios de fertilidad					
Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y de la ubicación del servicio que se preste. Beneficio máximo vitalicio de $20,000.	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y de la ubicación del servicio que se preste. Beneficio máximo vitalicio de $20,000.	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y de la ubicación del servicio que se preste. Beneficio máximo vitalicio de $20,000. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y de la ubicación del servicio que se preste. Beneficio máximo vitalicio de $20,000. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y de la ubicación del servicio que se preste. Beneficio máximo vitalicio de $20,000. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y de la ubicación del servicio que se preste. Beneficio máximo vitalicio de $20,000. El plan pagará hasta $10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.
Audífonos (por oído, cada 36 meses)					
Hasta $1,000	Hasta $1,000	Hasta $1,500	Hasta $1,500	Hasta $1,500	Hasta $1,500
		El coseguro dentro de la red se aplica ya sea que se compre dentro o fuera de la red. No se aplica el deducible.		El coseguro dentro de la red se aplica ya sea que se compre dentro o fuera de la red. No se aplica el deducible.	

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
Atención médica a domicilio					
Se paga al 100 % si se autoriza. No hay límite de visitas	Se paga al 100 % si se autoriza.	Se paga al 80 %	Se paga al 60 %	Se paga al 90 %	Se paga al 60 %
	No hay límite de visitas	Beneficio máximo de 130 visitas por año calendario para dentro y fuera de la red combinados		Beneficio máximo de 130 visitas por año calendario para dentro y fuera de la red combinados	
Paciente internado					
Se paga al 100 % tras el copago de $200 por ingreso	Se paga al 100 % tras el deducible	Se paga al 80 % tras un copago de $200.	Se paga al 60 % tras el copago de $200	Se paga al 90 % tras el copago de $200.	Se paga al 60 % tras el copago de $200
Paciente ambulatorio					
Se paga al 100 % tras el copago de $15	copago de $15 Se aplica el deducible	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible	Se paga al 90 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible
Cuidado de hospicio					
Se paga al 100 % si se autoriza.	Se paga al 100 % si se autoriza.	Se paga al 80 %	Se paga al 60 %	Se paga al 90 %	Este servicio no está cubierto.
Atención de maternidad (parto e internación)					
Se paga al 100 % tras el copago de $200 por ingreso	Se aplica el deducible.	Se paga al 80 % tras el copago de $200	Se paga al 60 % tras el copago de $200	Se paga al 90 % tras el copago de $200	Se paga al 60 % tras el copago de $200
Atención de maternidad (prenatal y posparto)					
Se paga al 100 % tras el copago de $15 La atención de rutina no está sujeta al copago de servicios ambulatorios.	copago de $15 Se aplica el deducible. La atención de rutina no está sujeta al copago de servicios ambulatorios.	Se paga al 80 %	Se paga al 60 %	Se paga al 100 % tras un copago de $15	Se paga al 60 %
Atención de salud mental (pacientes internados)					
Se paga al 100 % tras el copago de $200	Se paga al 100 % tras el deducible	Se paga al 80 % tras el copago de $200 Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidos los centros de tratamiento residencial y la internación parcial.	Se paga al 60 % tras el copago de $200	Se paga al 90 % tras el copago de $200 Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidos los centros de tratamiento residencial y la internación parcial.	Se paga al 60 % tras el copago de $200

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
Atención de salud mental (paciente ambulatorio)					
Se paga al 100 % tras el Copago de $15 por sesión.	Copago de $15 por sesión. Se aplica el deducible.	Se paga al 80 % Consulta continua con un proveedor de salud conductual en línea, por teléfono o dispositivo móvil a través de Teladoc. Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas las pruebas psicológicas, neurológicas y ambulatorias intensivas.	Se paga al 80 %	Se paga al 100 % tras el copago de $15 Consulta continua con un proveedor de salud conductual en línea, por teléfono o dispositivo móvil a través de Teladoc. Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas las pruebas psicológicas, neurológicas y ambulatorias intensivas.	Se paga al 60 % tras el deducible
Visita al consultorio médico					
Se paga al 100 % tras el copago de $15	Se paga al 100 % tras el copago de $15 Se aplica el deducible	Se paga al 80 % Acceso adicional a la consulta médica con un médico en línea, por teléfono o dispositivo móvil para servicios seleccionados a corto plazo a través de Teladoc.	Se paga al 60 %	Se paga al 100 % tras el copago de $15 por visita (no se aplica para la atención preventiva) Acceso adicional a la consulta médica con un médico en línea, por teléfono o dispositivo móvil para servicios seleccionados a corto plazo a través de Teladoc.	Se paga al 60 %
Medicamentos de venta con receta (al por menor)					
Para un suministro de 30 días: **Medicamentos genéricos**: copago de $15.	Para un suministro de 30 días: **Medicamentos genéricos**: copago de $15.	Para un suministro de 31 días: **Medicamentos genéricos**: 30 % de coseguro.	Este servicio no está cubierto.	Para un suministro de 31 días: **Medicamentos genéricos**: 30 % de coseguro	Este servicio no está cubierto.

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. **Medicamentos de marca**: copago de $30 Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos de marca están sujetos a copago.	Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. **Medicamentos de marca**: copago de $30 Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos de marca están sujetos a copago.	Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. **Medicamentos de marca**: 40 % de coseguro El coseguro mínimo es de $10, o bien, si es menor, equivale al costo real del medicamento. El máximo es de $100 por medicamento.		Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. **Medicamentos de marca:** 40 % de coseguro El coseguro mínimo es de $10, o bien, si es menor, equivale al costo real del medicamento. El máximo es de $100 por medicamento.	
Los medicamentos de venta con receta para dejar de fumar no están sujetos al copago de farmacia.	Los medicamentos de venta con receta para dejar de fumar no están sujetos al copago de farmacia.	Se aplica un coseguro a los medicamentos recetados de $1,200 de gasto de bolsillo máximo anual por persona, $3,600 por familia. Receta permitida para todos los antihistamínicos no sedantes (para los síntomas de la alergia) y los inhibidores de la bomba de protones (para el alivio de la acidez estomacal y el tratamiento de úlceras). La City paga $20 por mes y el participante del plan paga el resto; también se incluyen algunos medicamentos de venta libre. Copago de $5 por medicamentos y suministros genéricos para la diabetes, copago de $15 por medicamentos de marca. Muchos productos anticonceptivos están cubiertos. El DIU y la Depo Provera están cubiertos por el beneficio del plan médico. Coseguro para medicamentos contra el asma, el colesterol alto y para dejar de fumar: 10 % para medicamentos genéricos y 20 % para medicamentos de marca de farmacia.			
Medicamentos de venta con receta (pedido por correo)					
Para un suministro de 90 días: **Medicamentos genéricos**: copago de $45. Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. **Medicamentos de marca**: copago de $90	Para un suministro de 90 días: **Medicamentos genéricos**: copago de $30. Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. **Medicamentos de marca**: copago de $60	Para un suministro de 90 días: **Medicamentos genéricos**: 30 % de coseguro. Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. **Medicamentos de marca**: 40 % de coseguro El mínimo es de $20 o el doble del costo del medicamento si es menor. El máximo es de $200 por medicamento.	Este servicio no está cubierto	Para un suministro de 90 días: **Medicamentos genéricos**: 30 % de coseguro. Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. **Medicamentos de marca:** 40 % de coseguro El mínimo es de $20 o el doble del costo del medicamento si es menor. El máximo es de $200 por medicamento.	Este servicio no está cubierto
Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos están cubiertos sujetos al copago de la farmacia.					
Atención médica preventiva					
Se paga al 100 % tras el copago de $15	Se paga al 100 % tras el copago de $15	Las mamografías pagadas se pagan al 80 %.	Las mamografías pagadas se pagan al 60 %	Se paga al 100 % (sin copago) Cubre exámenes físicos para adultos y de control	Se paga al 60 % en concepto de atención para mujeres sanas y mamografías

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
		No se cubren otros servicios preventivos		de niño sano, vacunas, exámenes rectales digitales/prueba del antígeno prostático específico, detección de cáncer colorrectal.	No se cubren otros servicios preventivos
Servicios de rehabilitación (pacientes internados)					
Se paga al 100 % tras el copago de $200 por ingreso	Se paga al 100 % tras el deducible.	Se paga al 80 % tras el copago de $200	Se paga al 60 % tras el copago de $200	Se paga al 90 % tras el copago de $200	Se paga al 60 % tras el copago de $200
Máximo de 60 días por año calendario (en combinación con otros beneficios de terapia)				Máximo de 120 días por año calendario para servicios de enfermería especializada y rehabilitación dentro y fuera de la red combinados	

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
Servicios de rehabilitación (pacientes ambulatorios)					
Se paga al 100 % tras el copago de $15	copago de $15 Se aplica el deducible.	Se paga al 80 %	Se paga al 60 %	Se paga al 100 % tras el copago de $15	Se paga al 60 %
Máximo de 60 visitas por año calendario (en combinación con otros beneficios de terapia)		Veinticinco visitas por año calendario para fisioterapia, masajes y terapia ocupacional. Es posible que se cubran visitas adicionales si se consideran necesarias por razones médicas. El coseguro no se aplica al OOP Max.		Veinticinco visitas por año calendario para fisioterapia, masajes y terapia ocupacional. Es posible que se cubran visitas adicionales si se consideran necesarias por razones médicas.	
Centro de enfermería especializada					
Se paga al 100 %. Máximo de 60 días por año calendario.	Se paga al 100 % tras el deducible. Máximo de 60 días por año calendario.	Se paga al 80 % tras el copago de $200	Se paga al 60 % tras el copago de $200	Se paga al 90 % tras el copago de $200	Se paga al 60 % tras el copago de $200
		Máximo de 90 días por año calendario, dentro y fuera de la red combinado		Máximo de 120 días por año calendario para servicios de rehabilitación y enfermería especializada dentro y fuera de la red combinados	
Tratamiento para dejar de fumar					
Se paga al 100 % por sesiones individuales o en grupo	Se paga al 100 % por sesiones individuales o en grupo	Monto máximo vitalicio de un suministro de 90 días de asistencia o medicamentos. Coseguro del 10 % para productos genéricos, 20 % para productos de marca. Consulte los medicamentos de venta con receta.	Este servicio no está cubierto.	Los medicamentos de venta con receta para dejar de fumar cubiertos están sujetos a un coseguro del 10 % para los genéricos y del 20 % para los medicamentos de marca.	Este servicio no está cubierto.
La terapia de reemplazo de nicotina se incluye en el beneficio de medicamentos de venta con receta					
Manipulaciones de la columna vertebral					
Se paga al 100 % tras el copago de $15	copago de $15. Se aplica el deducible.	Se paga al 80 %	Se paga al 60 %	Se paga al 100 % tras el copago de $15	Se paga al 60 %
Autoderivación a proveedores designados de Kaiser Permanente. Debe cumplir con el protocolo de Kaiser Permanente. Máximo de 10 visitas por año calendario.		Máximo de 10 visitas por año calendario. para dentro y fuera de la red combinados.		Máximo de 20 visitas por año calendario para dentro y fuera de la red combinados.	
Procedimientos de esterilización					
Paciente internado: Se paga al 100 % tras el copago de $200	Paciente internado: Se paga al 100 %	Paciente internado: Se paga al 80 % tras el copago de $200	Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de $200	Paciente internado: Se paga al 90 % tras el copago de $200	Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de $200
Paciente ambulatorio: Se paga al 100 % tras el copago de $15	Paciente ambulatorio: copago de $15 Se aplica el deducible	Paciente ambulatorio: Se paga al 80 %	Paciente ambulatorio: Se paga al 60 %	Paciente ambulatorio: Se paga al 90 %	Paciente ambulatorio: Se paga al 60 %

Kaiser Permanente*		Plan tradicional de la City of Seattle*		Plan preventivo de la City of Seattle*	
Plan estándar	**Plan con deducible**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**	**Aetna dentro de la red**	**Fuera de la red**
Servicios de articulación temporomandibular					
Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos o coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio que se preste.
		Monto máximo vitalicio de $5,000 para servicios no quirúrgicos dentro y fuera de la red combinados		Monto máximo vitalicio de $5,000 para servicios no quirúrgicos dentro y fuera de la red combinados	
Lesiones dentales/cirugía oral (debido a un accidente)					
Este servicio no está cubierto.	Este servicio no está cubierto.	Paciente internado: Se paga al 80 % tras el copago de $200 Paciente ambulatorio: Se paga al 80 %	Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de $200 Paciente ambulatorio: Se paga al 60 %	Paciente internado: Se paga al 90 % tras un copago de $200 Paciente ambulatorio: Se paga al 100 % tras el copago de $15 por visita al consultorio. Otros cargos se pagan al 90 %	Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de $200 Paciente ambulatorio: Se paga al 60 %
Examen de la vista/dispositivos					
Examen: Se paga al 100 % tras el copago de $15. Un examen cada 12 meses Dispositivos: Este servicio no está cubierto	Examen: Se paga al 100 % tras un copago de $15. Un examen cada 12 meses Los dispositivos no están cubiertos.	Cubierto por VSP.		Cubierto por VSP.	
Radiografías y pruebas de laboratorio					
Se paga al 100 %	Se paga al 100 % Se aplica el deducible	Se paga al 80 % El proveedor es responsable de obtener la certificación previa de radiología de alta tecnología	Se paga al 60 %	Se paga al 90 % El proveedor es responsable de obtener la certificación previa de radiología de alta tecnología	Se paga al 60 %

* a. La cobertura de cualquier servicio está sujeta a la determinación de necesidad médica por parte de la aseguradora y al cumplimiento de sus pautas de política clínica.

b. Los servicios de defensa de Accolade estarán disponibles para ayudarlo a usted y a los miembros de su familia que están cubiertos a encontrar proveedores; resolver problemas de facturación, reclamos y apelaciones; comprender los diagnósticos y las opciones de tratamiento, y a tratar enfermedades crónicas.

Para conocer la información detallada del plan que se proporciona en el folleto de su plan médico, ingrese en seattle.gov/human-resources/benefits/employees-and-covered-family-members**. Este documento no es un contrato.**

Primas de atención médica

Reparto de primas 2023

A partir del 1 de enero de 2023, pagará la prima mensual que se indica a continuación*. En la tabla, también se muestra el importe total de la prima de cada mes para la cobertura de cada empleado y el aporte de la City.

	Prima mensual total	**Empleado, con o sin hijos**		**Empleado con cónyuge/pareja de hecho, con o sin hijos**	
		Pagos a cargo de la City	**Pagos a cargo del empleado**	**Pagos a cargo de la City**	**Pagos a cargo del empleado****
Plan médico					
Plan preventivo de la City of Seattle	$1,900.53	$1,852.41	$48.12	$1,802.03	$98.50
Plan tradicional de la City of Seattle	$1,721.52	$1,721.52	$0.00	$1,689.18	$32.34
Plan estándar de Kaiser Permanente	$1,285.43	$1,237.03	$48.40	$1,185.53	$99.90
Plan con deducible de Kaiser Permanente	$1,184.65	$1,159.65	$25.00	$1,127.73	$56.92

Su prima se dividirá en dos pagos iguales y se descontará de las dos primeras nóminas del mes para la cobertura del mes en curso. (Por ejemplo, las deducciones que se realicen en enero pagarán la cobertura de enero). No se deducen primas de la tercera nómina. Las primas se deducen antes de impuestos, lo que reduce su ingreso imponible.

* Siempre que sean dependientes fiscales del IRS.

Primas de atención médica

Inscripción del cónyuge/pareja de hecho

Para cubrir a un cónyuge o pareja de hecho (y dependientes fiscales de su pareja de hecho), debe completar un Formulario de elección de beneficios y una Declaración jurada de matrimonio/pareja de hecho.

Cónyuge/pareja de hecho/dependientes que son dependientes fiscales del IRS

Si son dependientes fiscales del IRS, se aplica la información sobre las tasas en la página anterior. Si inscribe a su pareja de hecho y a los hijos de su pareja de hecho, pagará impuestos sobre el valor de su cobertura para la atención médica si no son sus dependientes fiscales. (El valor de los beneficios se imputará a su ingreso bruto).

Pareja de hecho/dependientes que no son dependientes fiscales del IRS

Aportes a las primas después de impuestos
Si decide dar cobertura a una pareja de hecho **que <u>no</u> es su dependiente fiscal del IRS**, la parte de la prima deducida de su nómina (su aporte) que paga su cobertura se debe descontar "después de impuestos" para cumplir con las normativas del IRS. La columna "**Aportes mensuales a las primas después de impuestos**" muestra la parte de su aporte mensual a las primas que se descontará de su nómina una vez calculados los impuestos.

Planes médicos	Aporte mensual a la prima después de impuestos para la pareja de hecho
Plan preventivo de la City of Seattle	$50.38
Plan tradicional de la City of Seattle	$32.34
Plan estándar de Kaiser Permanente	$51.50
Plan con deducible de Kaiser Permanente	$31.92

Ingreso imputado por el valor de la cobertura de salud
Si su pareja de hecho o los hijos de su pareja que no son dependientes fiscales del IRS no califican como sus dependientes fiscales del IRS, también se le cobrarán impuestos sobre el **valor** de su cobertura para la atención médica, dental y de la vista que pague la City, según lo exigen las normativas del IRS. Los siguientes importes se incluirán en su nómina como ingreso imponible todos los meses y están sujetos a la retención de impuestos federales sobre la renta y del Seguro Social. Estos valores se ajustaron para reflejar los importes de las primas descontadas después de impuestos (como se explicó anteriormente) para que no pague impuestos dos veces.

Primas de atención

Pareja de hecho/dependientes que no son dependientes fiscales del IRS (continuación)

Importe imponible del beneficio (con Delta Dental of Washington [DDWA])

Valores imponibles mensuales de 2023 de la cobertura de Su pareja de hecho, que no es dependiente fiscal del IRS. El hijo de su pareja de hecho, que no es un dependiente		
Tipo de cobertura	**pareja de hecho Importe imponible**	**Importe imponible por hijo**
Plan preventivo	$893.14	$754.82
Plan tradicional	$822.31	$683.72
Plan estándar de Kaiser	$586.66	$510.52
Plan con deducible de Kaiser Permanente	$556.20	$470.50
Cobertura de DDWA	$56.72	$46.94
Cobertura para la atención de	$4.45	$3.12
Plan de cobertura adicional	$9.33	$6.53
Valor imponible total con el plan básico de los seguros de DDWA y VSP		
Plan preventivo	$954.31	$804.88
Plan tradicional	$883.48	$733.78
Plan estándar de Kaiser Permanente Plan	$647.83	$560.58
Plan con deducible de Kaiser Permanente	$617.37	$520.56
Valor imponible total con el plan con cobertura adicional de los seguros de DDWA		
Plan preventivo	$959.19	$808.29

Plan tradicional	$888.36	$737.19
Plan estándar de Kaiser Permanente Plan	$652.71	$563.99
Plan con deducible de Kaiser Permanente	$622.25	$523.97

Primas de atención

Pareja de hecho/dependientes que no son dependientes fiscales del IRS (continuación)

Valores de la cobertura para la atención médica/dental/de la vista con cobertura de

Valores imponibles mensuales de 2023 de la cobertura de Su pareja de hecho, que no es dependiente fiscal del IRS. El hijo de su pareja de hecho, que no es un dependiente		
Tipo de cobertura	**pareja de hecho Importe imponible**	**Importe imponible por hijo**
Plan preventivo	$893.14 $822.31	$754.82 $683.72
Plan tradicional	$586.66	$683.72
Plan estándar de Kaiser Permanente Plan	$586.66	$510.52
Plan con deducible de Kaiser Permanente	$556.20	$470.50
Cobertura de DHS	$67.06	$46.94
Plan básico de atención de la	$4.45	$3.12
Plan de cobertura adicional	$9.33	$6.53
Valor imponible total con el plan básico de los seguros de DHS y VSP		
Plan preventivo	$964.65	$804.88
Plan tradicional	$893.82	$733.78
Plan estándar de Kaiser Permanente Plan	$658.17	$560.58

Importe imponible del beneficio (con DHS)

Plan con deducible de Kaiser Permanente	$627.71	$520.56
Valor imponible total con el plan con cobertura adicional de los seguros de DHS y		
Plan preventivo	$969.53	$808.29
Plan tradicional	$898.70	$737.19
Plan estándar de Kaiser Permanente Plan	$663.05	$563.99
Plan con deducible de Kaiser Permanente	$632.59	$523.97

Cobertura de medicamentos de venta con receta	
Planes preventivos y tradicionales (Aetna)	**Programa de venta minorista de medicamentos con receta** Aetna clasifica los medicamentos en tres niveles: • Genéricos • Marca preferida • Marca no preferida Kaiser Permanente clasifica los medicamentos en dos niveles: • Genéricos • Marca preferida (sin cobertura para marcas no preferidas) Con los planes de Aetna, usted paga el 30 % del costo real de los medicamentos genéricos y el 40 % de los medicamentos de marca preferida y no preferida, hasta un máximo de $100 por medicamento por mes. Hay un límite máximo anual de gastos de bolsillo de $1,200 por miembro para medicamentos al por menor y pedidos por correo. El nombre del formulario de Aetna es *Planes estándares de Aetna*. En este formulario, se proporciona una lista de los medicamentos que cubre su plan. Para buscar medicamentos específicos, ingrese en https://www.aetna.com/individuals-families/find-a-medication.html..
Planes de Kaiser Permanente	Presente su tarjeta de identificación del plan médico en cualquier farmacia minorista de la red de Aetna. No se cubrirán las recetas que se abastezcan en una farmacia fuera de la red. Para encontrar una farmacia participante, puede comunicarse con el número gratuito de Servicios para miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o ingresar en el sitio web Aetna.com. Deberá abonar un copago de $15 por los medicamentos genéricos y de $30 por los medicamentos de marca. Todas las recetas se deben abastecer en una farmacia de Kaiser Permanente. No se cubrirán las recetas que se abastezcan en farmacias que no pertenezcan a Kaiser Permanente. El formulario de Kaiser Permanente es el *Formulario de medicamentos para beneficios de farmacia dentro de la red de nivel 1 o 2 para grandes empresas*. En el formulario, se proporciona una lista de los medicamentos que cubre su plan.

	Para buscar medicamentos específicos, ingrese en wa.kaiserpermanente.org/html/public/pharmacy/drug-formulary. Consulte la siguiente página para obtener información más detallada sobre la cobertura de los medicamentos de venta con receta.

Comparación de la cobertura de medicamentos de venta con receta

Características de los planes	Plan estándar de Kaiser Permanente	Plan con deducible de Kaiser Permanente	Plan preventivo de Aetna	Plan tradicional de Aetna
Máximo anual de gasto de bolsillo			$1,200	$1,200
Venta minorista				
• **Días de suministro**	30 días	30 días	31 días	31 días
• **Coseguro**	Usted paga un copago de $15 por medicamentos genéricos y un copago de $30 por medicamentos de marca.	Usted paga un copago de $15 por medicamentos genéricos y un copago de $30 por medicamentos de marca.	Usted paga el 30 % del costo real de los medicamentos genéricos; el 40 % del costo de los medicamentos de marca*	Usted paga el 30 % del costo real de los medicamentos genéricos; el 40 % del costo de los medicamentos de marca.*
• **Coseguro mínimo**	No se aplica	No se aplica	$10 o el costo real del medicamento si es menor.	$10 o el costo real del medicamento si es menor.
• **Máximo mensual de gasto de bolsillo**	No se aplica	No se aplica	$100 por receta	$100 por receta
• **Fuera de la red**	Este servicio no está cubierto.	Este servicio no está cubierto.	Este servicio no está cubierto.	Este servicio no está cubierto.
Pedido por correo				
• **Coseguro**	Medicamentos genéricos: copago de $45 Medicamentos de marca: copago de $90	Medicamentos genéricos: copago de $30 Medicamentos de marca: copago de $60	Usted paga el 30 % del costo real de los medicamentos genéricos; el 40 % del costo de los medicamentos de marca	Usted paga el 30 % del costo real de los medicamentos genéricos; el 40 % del costo de los medicamentos de marca
• **Coseguro mínimo**	No se aplica	No se aplica	$20 o el costo real del medicamento si es menor.	$20 o el costo real del medicamento si es menor.

• **Máximo mensual de gasto de bolsillo**	No se aplica	No se aplica	$200 por receta	$200 por receta
• **Días de suministro**	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días	Suministro para 90 días

* Excepciones de coseguro:

- La City paga $20 por el costo de los inhibidores de la bomba de protones y los antihistamínicos no sedantes y usted paga el importe restante, ya sea que el medicamento se compre sin receta o sea un medicamento de marca.

- Usted paga el 10 % del costo de los medicamentos genéricos y el 20 % de los medicamentos de marca para tratar el colesterol alto, el asma y los medicamentos para dejar de fumar.

- Los medicamentos y suministros para la diabetes tienen copagos especiales: copago de $5 por los medicamentos genéricos, copago de $15 por los medicamentos de marca.

Opciones de planes dentales

	Existen dos planes dentales: Delta Dental of Washington (DDWA) y Dental Health Services (DHS). **Delta Dental of Washington** Si selecciona DDWA, puede recibir servicios de cualquier dentista; no obstante, sus gastos de bolsillo pueden ser menores si elige un dentista que pertenezca a la red de DDWA. Para encontrar un proveedor dentro de la red de DDWA, busque en https://www.deltadental.com/us/en/find-a-dentist.html. Si desea informar un problema de reclamos o presentar una apelación, llame al (206) 522-2300 o al 1-800-554-1907. Seleccionar un dentista dentro de la red de DDWA implica lo siguiente: • La parte de la factura dental que usted paga es menor que si recurre a un dentista fuera de la red. • No es necesario que presente un reclamo; el consultorio del dentista enviará el formulario de reclamo. • Después de pagar su parte de la factura, no se le facturará más por un servicio cubierto. *(Un dentista que no pertenece a la red de DDWA le puede facturar la parte de la factura que DDWA no cubre).*
Ortodoncia	DDWA ofrece servicio para niños y adultos (mayores de 25 años). Se recomienda hacer estimaciones previas al tratamiento. El beneficio de ortodoncia se paga a un nivel del 50 % hasta un máximo vitalicio de $2,000. **NOTA:** En el caso de los niños que ya están en tratamiento cuando se unen al plan de DDWA de la City, DDWA prorrateará el pago de reclamos en función de la fecha de fijación de bandas y el saldo restante. El consultorio dental se debe comunicar con el servicio de atención al cliente de DDWA para obtener información detallada específica del paciente.
Planificación anticipada	Utilice su cuenta de gastos flexibles de atención médica para pagar los gastos dentales de su bolsillo con dinero antes de impuestos.
Tarjetas de identificación	Recibirá su tarjeta de identificación de DDWA aproximadamente 2 semanas después de haber seleccionado su plan dental. Sin embargo, no se necesita una tarjeta para acceder a la atención médica; simplemente, informe a su proveedor que usted tiene cobertura de un plan de la City of Seattle, y le pedirán información para identificarlo y confirmar sus beneficios y elegibilidad. Además, puede configurar su cuenta en línea o en Go Mobile en https://www.deltadentalwa.com/.

Opciones de planes dentales	
	Dental Health Services Si selecciona DHS, solo puede recibir servicios de un dentista o consultorio dental dentro de la red; no hay ningún beneficio disponible fuera de la red. En algunos casos, el plan de DHS puede brindar un beneficio más significativo por los servicios recibidos que el de DDWA. La lista de dentistas y clínicas dentro de la red es mucho más pequeña que la de DDWA, y **debe recurrir** a un dentista o clínica participante dentro de la red de DHS para que los servicios estén cubiertos. Seleccionar un dentista de DHS implica lo siguiente: • No hay deducibles ni máximos anuales. • No hay servicios a nivel de pago de incentivos.
Acceso a la atención (Notifique a DHS una vez que haya seleccionado a su proveedor de atención)	Para comenzar, visite https://www.dentalhealthservices.com/ y haga clic en "Plan Members" (Miembros del plan). – Desde aquí, podrá hacer lo siguiente: • Buscar un dentista/clínica de DHS y configurar su cuenta en línea. • Si proporcionó un correo electrónico personal a la City durante su incorporación, esa dirección está archivada en el DHS y debe usarse en la pantalla del **Registro de miembros** al configurar su cuenta. • Si su correo electrónico personal no fue proporcionado o no funcionó en la pantalla del **Registro** **de miembros**, comuníquese con DHS directamente al (206) 849-7100 para solicitar su número de miembro.
Pago de los servicios básicos	Este plan tiene un copago de $10 por visita al consultorio para todos los miembros cubiertos, y también hay copagos por servicios seleccionados. En la comparación de planes en la siguiente página, se enumeran los servicios y los requisitos de copago.
Ortodoncia	DHS ofrece ortodoncia para niños y adultos (mayores de 25 años). La cobertura incluye un copago de $1,800 por adulto o $1,000 por niño; un cargo de $150 por el examen inicial, modelos de estudio y radiografías; y un copago de $10 por cada visita durante el transcurso del tratamiento de ortodoncia. **NOTA:** No hay transición de atención para los miembros que ya están en tratamiento al unirse al plan DHS de la City. El beneficio de ortodoncia está disponible *solo para nuevos pacientes*.

Tarjetas de identificación **Comparación de planes**	Recibirá su tarjeta de identificación de DHS aproximadamente dos semanas después de haber seleccionado su plan dental. En la tabla de la siguiente página, se comparan las coberturas que ofrecen los dos planes dentales.

Comparación de los planes dentales		
Características de los planes	**Delta Dental of Washington (DDWA)**	**Dental Health Services (DHS)**
Deducible por año calendario	$50 por persona, $150 por familia (no hay ningún deducible por servicios preventivos).	$0
Beneficio máximo anual	$2,000 por persona por año.	Sin máximo anual.
Pruebas de diagnósticos y cuidado preventivo (exámenes de rutina y de emergencia, radiografías, limpieza, tratamiento con flúor, selladores)	Clase I: 100 %	Sin copago. Dos limpiezas adicionales para mujeres embarazadas, hasta cuatro limpiezas.
Rellenos	Clase II: Niveles de pagos de incentivos* 1er año: 80 % 2.º año: 90 % 3.º año: 100 %	Sin copago para rellenos generales. Cubre los rellenos compuestos en todos los dientes (rellenos compuestos en dientes posteriores: $15 adicionales)
Coronas	Clase II: 70 % constante	$145 por metal noble, $175 por metal muy noble o titanio, $200 por renovación, porcelana especializada si corresponde por unidad. (La porcelana no especializada cuesta $75).
Servicios de prostodoncia (dentaduras postizas, puentes)	Clase III: 50 % constante	Copago de $125 más $10 por visita al consultorio (dentaduras postizas) Copago de $75 más $10 por visita al consultorio (puentes)
Ortodoncia **Para DDWA:** la transición de la atención está disponible para nuevos miembros que ya están en tratamiento (consulte la sección de Ortodoncia de DDWA, página anterior). **Para DHS:** solo casos nuevos. No se realiza transición de la atención para miembros nuevos que ya están en tratamiento y se unen a	Disponible para niños y adultos. El plan paga el 50 % hasta un máximo vitalicio de $2,000; no se aplica el deducible.	Disponible para niños y adultos. Adultos (mayores de 25 años) $1,800 más $150 en concepto de examen inicial, modelos de estudio y radiografías. Cubre el ciclo completo del tratamiento más $10 de copago por cada visita. Casos de ortodoncia (menores de 25 años) $1,000 más copago de $150 en concepto de examen inicial, modelos de estudio y radiografías. Cubre el ciclo completo del tratamiento únicamente; más $10

DHS de la City.		de copago por cada visita.
Elección de proveedores	Dentro de la red: Cualquier proveedor contratado. Fuera de la red: Los gastos pagados se basarán en los gastos reales o en las tarifas máximas permitidas por DDWA para los dentistas no participantes, según cuál sea el importe menor. Usted deberá abonar cualquier saldo adeudado.	Dentro de la red: Cualquier proveedor contratado en la red de DHS. Fuera de la red: No hay cobertura disponible fuera de la red.

Los folletos del plan se encuentran en http://bit.ly/MostDental.

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

Comparación de los planes dentales		
Características de los planes	**Delta Dental of Washington (DDWA)**	**Dental Health Services (DHS)**
Periodoncia (procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para el tratamiento de los tejidos de soporte de los dientes).	Clase II: Se paga de acuerdo con los niveles de pago de incentivos que se muestran anteriormente.*	Se paga al 100 % tras un copago de $25 por raspado y mantenimiento periodontal en el consultorio de un dentista general. Si es derivado a un periodoncista, el miembro paga el 20 %. Hasta 4 visitas en caso de situaciones puntuales.
Endodoncia (procedimientos para el tratamiento del tejido pulpar y del conducto radicular).	Clase II: Se paga de acuerdo con los niveles de pago de incentivos que se muestran anteriormente. El tratamiento de conducto radicular del mismo diente se cubre solo una vez en 2 años.*	Se paga al 100 % tras el copago de aplicable ($50 por tratamiento de conducto anterior, $75 por tratamiento de conducto bicúspide o $100 por tratamiento de conducto molar). Si es remitido a un endodoncista, el miembro paga el 20 %.
Cirugía oral (extracciones de rutina y quirúrgicas).	Clase II: Se paga de acuerdo con los niveles de pago de incentivos que se muestran anteriormente.*	Se paga al 100 % tras un copago por visita al consultorio de $10 para un dentista general. Si es derivado a un cirujano bucal, el miembro paga el 20 %
Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)	Este servicio no está cubierto.	Máximo anual de $1,000. Máximo vitalicio de $5,000.
Implantes dentales	50 % constante	Llame a la oficina de DHS al 206-788-3444 para obtener información detallada; se aplican copagos.
Otro	Clase III: El tratamiento de oclusión (protector nocturno) se cubre al 50 % si el paciente tiene una enfermedad avanzada de las encías.	Tratamiento de oclusión (protector nocturno) con copago de $350.

Primas dentales mensuales de 2023 para la mayoría de los empleados de la City

Plan dental	Prima mensual total Cantidad	Aporte a la prima mensual del empleado	
		Cobertura para el empleado, con o sin hijos	Cobertura para el empleado con cónyuge/pareja de hecho, con o sin hijos
Delta Dental of Washington	$120.66	$0	$0
Dental Health Services	$142.65	$0	$0

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

Cobertura para la atención de la vista	
Tarjetas de identificación	La City ofrece un plan de atención de la vista a través de VSP: el plan básico, que la City paga en su totalidad. Puede recibir servicios de cualquier proveedor de atención de la vista, pero los gastos de su bolsillo serán menores si elige un médico o un centro de atención de la vista dentro de la red de VSP. Encuentre proveedores dentro de la red, cree su cuenta en línea, conozca ofertas especiales y mucho más en www.vsp.com.. VSP no emite tarjetas de identificación: su médico o centro dentro de la red podrá tener acceso para conocer su elegibilidad y cobertura. Una vez que configure su cuenta en línea, puede imprimir una tarjeta de identificación.

Plan de atención de la vista

Beneficio del plan *La frecuencia de los beneficios es anual, a menos que se indique lo contrario.*	**TIPO DE PLAN**
	Plan básico de VSP *(La City paga la prima).*
Examen WellVision (de la vista)	Copago de $10
Anteojos con graduación	Copago de $25
Monturas *Plan básico: cada dos años*	Asignación de $175 para monturas selectas Asignación de $195 para las marcas de monturas destacadas. Ahorro del 20 % en monturas superiores a la asignación
Lentes	Copago incluido en el servicio de anteojos con graduación *Incluye: monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea.* *Lentes de policarbonato para hijos dependientes*
Mejoras de las lentes	Lentes progresivas estándar *: $55 Lentes progresivas premium *: $95-$105 Lentes progresivas personalizadas *: $150-175
Lentes de contacto *(en lugar de anteojos)*	Asignación de $175 para lentes de contacto (sin copago) Copago de $60: examen de las lentes de contacto (ajuste y evaluación)

** Las lentes progresivas son multifocales sin línea con una transición clara y fluida entre los focos*
*** Las lentes fotocromáticas son transparentes en espacios interiores y se oscurecen automáticamente cuando se exponen a la luz solar.*

Cobertura para la atención de la vista

Beneficios adicionales de la atención de la vista

Ahorros adicionales: visite www.vsp.com/specialoffers para conocer los descuentos actualizados y los servicios adicionales para los miembros.	**Anteojos y anteojos de sol** $20 adicionales para marcas de monturas destacadas. Ahorro del 20 % en anteojos y anteojos de sol adicionales, incluidas las mejoras en las lentes. • *Debe estar dentro de los 12 meses de su último examen de WellVision de cualquier proveedor de VSP.*
	Examen de la retina No más de un copago de $39 en un examen de rutina de la retina como mejora de un examen WellVision.
	Corrección de la vista con láser Promedio de 15 % de descuento sobre el precio regular o 5 % de descuento sobre el precio promocional. Los descuentos solo están disponibles en los centros contratados.

Su cobertura con proveedores fuera de la red *(Visite www.vsp.com para obtener más información)*	
Examen	Hasta $45
Monturas	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 hay 2 planes de VSP de la City of Seattle vigentes, el plan secundario de VSP de la City generalmente pagará al menos los copagos restantes después de que el plan principal de VSP de la City realice el pago.

** Si bien tener 2 planes de VSP puede cubrir algunos de los gastos de bolsillo (ya sea un plan de la City o un plan de la City y otro plan de VSP), no hay garantía de que un plan secundario pague todos los gastos de*

Primas mensuales de la atención de la vista de 2023 para la mayoría de los empleados de la City

Plan de atención de la vista	**Importe total de la prima mensual**	**Aporte a la prima mensual del empleado**	
		Empleado con o sin dependientes	
Plan básico de VSP	$9.47	$0	$0

Planes de seguro opcionales

Plan básico del seguro de discapacidad a largo plazo (LTD)

El paquete de beneficios básicos provisto por la City incluye una póliza de discapacidad a largo plazo (LTD) que le pagará una parte de su salario mensual si se enferma o lesiona y no puede trabajar. Si tiene una discapacidad de acuerdo con la definición del plan, el beneficio se combinará con otras fuentes de ingresos, si las hubiere, para pagarle hasta $400 por mes después de un período de espera de 90 días mientras no pueda desempeñar con una continuidad razonable las funciones materiales de su profesión (primeros 24 meses) o de cualquier profesión (después de 24 meses).

No es necesario que se inscriba en este plan: se lo inscribe de forma automática como empleado temporal con beneficios.

Importe del beneficio

	Plan básico del seguro de LTD
Porcentaje de ingresos mensuales anteriores a la discapacidad	60 %
Beneficio máximo mensual	$400
Beneficio mínimo mensual	$100

¿Cuándo se me considera persona con discapacidad?

Si The Hartford aprueba un reclamo de beneficios por LTD, los beneficios se pagarán ***después*** del periodo de espera de los beneficios. Este es el número especificado de días que debe permanecer discapacitado de manera continua. Los beneficios no se pagan durante el periodo de espera.

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

Período de espera

Período de espera de los beneficios: El período de espera del beneficio del plan básico del seguro de LTD es de 90 días. Consulte el Certificado de cobertura para obtener información más detallada.

Limitaciones

Período máximo de beneficios: Si queda discapacitado antes de los 62 años, los beneficios por LTD pueden continuar durante la discapacidad hasta los 65 años o hasta la edad habitual de jubilación del Seguro Social (Social Securing Normal Retirement Age, SSNRA) o 3 años y 6 meses, el periodo que sea más largo. De lo contrario, el período máximo de beneficios para los planes básico y complementario del seguro de LTD se detalla en el cuadro de la siguiente página y se clasifica por edad según la edad habitual de jubilación del Seguro Social (Social Security Normal Retirement Age, SSNRA):

Seguro opcional: discapacidad a largo plazo

Importe del beneficio

Su beneficio por LTD mensual es un porcentaje de sus ingresos mensuales asegurados antes de quedar discapacitado menos cualquier ingreso deducible (es decir, tiempo por enfermedad con goce de sueldo a través de la City, Seguro Social, indemnización laboral, etc.).

	Plan básico del seguro de LTD	Plan complementario de LTD
Porcentaje de ingresos mensuales anteriores a la discapacidad	60 %	60 %
Beneficio máximo mensual	$400	$5,000
Beneficio mínimo mensual	$100	$100

A continuación, se muestra un ejemplo que compara el beneficio por LTD en ambos planes:

	Plan básico del seguro de LTD	Plan complementario de LTD
Introduzca los ingresos mensuales	(1) $ 667	$7,300
	Nota: Si los ingresos mensuales superan los $667, introduzca por encima de $667	*Nota: Si los ingresos mensuales superan los $8,333, introduzca por encima de $8,333*
Porcentaje de ingresos	60 %	60 %
Multiplique el importe de la línea 1 por el porcentaje de la línea 2: este es su beneficio mensual por LTD	$667 x 60 % = $400	$7,300 x 60 % = $4,380

Importe de la prima

La City paga la prima del plan básico del seguro de LTD. Si elige el plan complementario, su tarifa mensual se calcula de la siguiente manera:

- Determine sus ingresos mensuales base (hasta $8,333) y reste $667 (el importe del plan básico que paga la City). Multiplique ese número por 0.00384: el resultado es su tarifa mensual que se deducirá después de impuestos en la segunda nómina de cada mes.
- En el ejemplo de la tabla anterior: $7,300 − $667 = $6,633, multiplicado por 0.00384 = $25.47 por mes.

Nota: Dado que la City paga las primas del plan básico del seguro de LTD, y la parte del empleado de la prima del plan con cobertura adicional del seguro de LTD se deduce después de impuestos, los beneficios por el seguro de LTD pagados están parcialmente libres de impuestos.

Si The Hartford aprueba un reclamo de beneficios por LTD, los beneficios se pagarán ***después*** del periodo de espera de los beneficios. El periodo de espera de los beneficios constituye la cantidad específica de días que debe permanecer discapacitado de manera continua. Los beneficios no se pagan durante el periodo de espera.

¿Cuándo se me considera persona con discapacidad?	Durante el período de espera de los beneficios (consulte a continuación), se lo considera una persona con discapacidad si, como resultado de una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental, no puede realizar las funciones materiales de su propia ocupación con una continuidad razonable.

Seguro opcional: discapacidad a largo plazo

Periodo de espera

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

Limitaciones

Una discapacidad producto de una afección preexistente por la cual reciba tratamiento médico 3 meses antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura no estará cubierta a menos que haya tenido seguro durante 12 meses. La limitación por afecciones preexistentes se aplica si elige la cobertura ahora o durante un periodo futuro de inscripción abierta.

Los beneficios por LTD no se pagan a menos que esté bajo el cuidado de un médico. Consulte el Certificado de cobertura para conocer las limitaciones adicionales.

¿Cuándo finalizan los beneficios?

Los beneficios por LTD finalizan automáticamente en la fecha que ocurra primero:

- La fecha en que ya no se considere una persona con discapacidad.
- La fecha en que finaliza su periodo máximo de beneficios.
- La fecha en que fallece.
- La fecha en que se pagan los beneficios en virtud de cualquier otro plan de seguro por discapacidad LTD bajo el cual usted se asegura a través del empleo durante un periodo de recuperación temporal.

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Seguro de vida grupal a término (Group Term Life, GTL)

La City proporciona un nivel de seguro de vida temporal opcional a los empleados temporales que son elegibles para recibir beneficios. La City y usted pagan por el seguro de vida básico. Puede inscribirse en un seguro de vida grupal a término dentro de los 30 días posteriores a la elegibilidad para los beneficios o durante un período de inscripción abierta. Para obtener más información, consulte el Certificado del seguro.

Seguro de vida básico

Esta cobertura opcional le brinda dos opciones de importes de beneficios del seguro de vida a término. La primera opción equivale a una vez y media su sueldo anual, y la segunda, a $50,000 fijos. La City aporta el 40 % del costo, y usted paga el 60 % restante. Dentro de las pautas del importe de cobertura que se muestran a continuación, seleccione la opción de seguro de vida básico que le interese solicitar. A continuación, se muestra una tabla con información sobre el costo mensual del plan básico del seguro de vida a término.

	Coseguro	**Máximo***
Opción A	1.5 veces su sueldo anual redondeado al siguiente múltiplo más alto de $1,000, si aún no es un múltiplo de $1,000.	$2,500,000
Opción B	$50,000	$50,000

* Las normas del IRS establecen que el valor del seguro de vida básico superior a $50,000, que paga la City, está sujeto a impuestos. Usted puede limitar el importe de la cobertura de su plan básico del seguro de vida a término a $50,000 para evitar los impuestos adicionales. El importe sobre el que paga impuestos se mostrará en su segunda nómina todos los meses.

Si se inscribe en el plan básico del seguro de vida a término en calidad de empleado nuevo, se le garantiza una cobertura de hasta $1,000,000 cuando se combina con un seguro de vida complementario. Sin embargo, si se inscribe más adelante durante un periodo de inscripción abierta, deberá completar y enviar un formulario de Evidencia de asegurabilidad en línea (declaración de antecedentes médicos) dentro de los 90 días posteriores al final del periodo de inscripción. Consulte las instrucciones de envío en línea aquí. Securian Financial debe aprobar el formulario antes de que su seguro de vida entre en vigencia.

Si se produce un cambio calificado en su estado familiar durante el año, puede elegir o aumentar su seguro de vida grupal a término básico 1.5 veces su sueldo anual hasta
$50,000 sin evidencia de asegurabilidad. En el caso de un importe superior a $50,000, se deberá presentar la evidencia de asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI).

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Importe necesario para la cobertura

Encuentre el importe del seguro de vida más adecuado para usted y su familia. Elegir la cobertura de seguro adecuada puede ser abrumador.
Utilice Securian.
Utilice la herramienta en línea para tomar decisiones de beneficios, Benefit Scout, para que usted y su familia puedan elegir su seguro con confianza. Para comenzar, visite Lifebenefits.com/Seattle.

¿Cuánto costará la cobertura?

El importe de su cobertura equivale a su sueldo anual, redondeado al próximo incremento de $1,000, multiplicado por 1.5. Su prima mensual equivale a $0.045 por cada
$1,000 de cobertura

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

1. Sueldo Anual = línea 1	Línea 1
2. Redondee el importe de la línea 1 al $1,000 más próximo = línea 2	Línea 2
3. Multiplique el importe de la línea 2 por 1.5 = línea 3	Importe de la cobertura Línea 3
4. Divida el importe de la línea 3 por $1,000 = línea 4	Línea 4
5. Multiplique el importe de la línea 4 por la tarifa del plan de 0.045 = línea 5	Línea 5

Por ejemplo, si su sueldo anual es de $78,600 por año, redondee a $79,000. Para determinar el importe de su cobertura, multiplique $79,000 por 1.5 = $118,500. $118,500 es el importe de su cobertura. Divida el importe de su cobertura por $1,000 ($118,500/$1,000 = 118.50). Multiplique 118.50 por la tarifa del plan de 0.045 (118.50 x 0.045 =$5.33). Su prima es de $5.33 por mes.

Características y beneficios

Asistencia para viajes

Este servicio le brinda a usted y a sus dependientes acceso a la atención médica adecuada y otros servicios de emergencia cuando viaja 100 millas o más desde su hogar. El servicio de asistencia para viajes también ofrece una amplia variedad de servicios profesionales de coordinación e información médica, legal y de asistencia para viajes las 24 horas para que su viaje transcurra sin problemas. Para obtener más información, haga clic aquí. Para acceder, ingrese en LifeBenefits.com/travel.

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término	
Características y beneficios (continuación)	**Recursos de planificación de la herencia** Obtenga el apoyo que necesita para asegurarse de que los asuntos de su familia estén en orden, incluida la planificación de la atención para la etapa final de la vida, la creación de instrucciones clave y los arreglos finales para los servicios funerarios. Para acceder a los recursos de planificación de la herencia, ingrese en Securian.com/legacy.
Recursos	**Asesoramiento financiero para los beneficiarios** Los beneficiarios tendrán acceso a orientación profesional para tomar decisiones financieras acertadas con respecto a los ingresos de la póliza. Securian Financial invitará a los beneficiarios que reciban $25,000 o más a aprovechar este programa cuando se pague el reclamo del seguro de vida. **Conversión** En esta póliza, se incluye un privilegio de conversión que le permite continuar con cierto nivel de cobertura si deja de trabajar para la City. La conversión está garantizada, lo que significa que puede continuar con la póliza independientemente de cualquier afección médica existente. Debido a esta disposición, es más costoso que su cobertura de empleado activo, pero podría permitirle mantener la cobertura en caso de que no reúna los requisitos para una nueva cobertura de seguro de vida. Para ser elegible, debe presentar su solicitud dentro de los 30 días de dejar de trabajar para la City. **Pago anticipado de beneficios** Si tiene una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 24 meses o menos, puede ser elegible para recibir hasta el 100 % del importe nominal, con un máximo de 1 millón de dólares (seguro de vida básico y complementario combinados). Para obtener información adicional, consulte los enlaces a continuación. **Certificado de cobertura** Certificado de cobertura **Evidencia de asegurabilidad** Evidencia de asegurabilidad
Presentar un reclamo	Para presentar un reclamo, comuníquese con la Benefits Unit a través de Benefits.Unit@seattle.gov o al (206) 615-1340.

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término
Costos del plan básico del seguro de vida grupal*

Costos del seguro de vida básico (basado en el sueldo anual del empleado)	Sueldo anual del empleado	Importe del seguro	Prima mensual del empleado	Prima mensual de la City	Prima mensual total
	$30,000.01-$31,000	$46,500	$2.09	$1.40	$3.49
	$31,000.01-$32,000	$48,000	$2.16	$1.44	$3.60
	$32,000.01-$33,000	$49,500	$2.23	$1.49	$3.71
	GTL limitado	$50,000	$2.25	$1.50	$3.75
	$33,000.01-$34,000	$51,000	$2.30	$1.53	$3.83
	$34,000.01-$35,000	$52,500	$2.36	$1.58	$3.94
	$35,000.01-$36,000	$54,000	$2.43	$1.62	$4.05
	$36,000.01-$37,000	$55,500	$2.50	$1.67	$4.16
	$37,000.01-$38,000	$57,000	$2.57	$1.71	$4.28
	$38,000.01-$39,000	$58,500	$2.63	$1.76	$4.39
	$39,000.01-$40,000	$60,000	$2.70	$1.80	$4.50
	$40,000.01-$41,000	$61,500	$2.77	$1.85	$4.74
	$41,000.01-$42,000	$63,000	$2.84	$1.89	$4.73
	$42,000.01-$43,000	$64,500	$2.90	$1.94	$4.84
	$43,000.01-$44,000	$66,000	$2.97	$1.98	$4.95
	$44,000.01-$45,000	$67,500	$3.04	$2.03	$5.06
	$45,000.01-$46,000	$69,000	$3.11	$2.07	$5.18
	$46,000.01-$47,000	$70,500	$3.17	$2.12	$5.29
	$47,000.01-$48,000	$72,000	$3.24	$2.16	$5.40
	$48,000.01-$49,000	$73,500	$3.31	$2.21	$5.51
	$49,000.01-$50,000	$75,000	$3.38	$2.25	$5.63
	$50,000.01-$51,000	$76,500	$3.44	$2.30	$5.74
	$51,000.01-$52,000	$78,000	$3.51	$2.34	$5.85
	$52,000.01-$53,000	$79,500	$3.58	$2.39	$5.96
	$53,000.01-$54,000	$81,000	$3.65	$2.43	$6.08
	$54,000.01-$55,000	$82,500	$3.71	$2.48	$6.19
	$55,000.01-$56,000	$84,000	$3.78	$2.52	$6.30
	$56,000.01-$57,000	$85,500	$3.85	$2.57	$6.41
	$57,000.01-$58,000	$87,000	$3.92	$2.61	$6.53
	$58,000.01-$59,000	$88,500	$3.98	$2.66	$6.64
	$59,000.01-$60,000	$90,000	$4.05	$2.70	$6.75
	$60,000.01-$61,000	$91,500	$4.12	$2.75	$6.86
	$61,000.01-$62,000	$93,000	$4.19	$2.79	$6.98
	$62,000.01-$63,000	$94,500	$4.25	$2.84	$7.09
	$63,000.01-$64,000	$96,000	$4.32	$2.88	$7.20
	$64,000.01-$65,000	$97,500	$4.39	$2.93	$7.31
	$65,000.01-$66,000	$99,000	$4.46	$2.97	$7.43
	$66,000.01-$67,000	$100,500	$4.52	$3.02	$7.54

* El costo es de $0.075 por $1,000: El costo del empleado es el 60 % o $0.045/$1,000; el costo de la City es el 40 % o $0.030/$1,000.

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

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

* El costo es de $0.075 por $1,000: El costo del empleado es el 60 % o $0.045/$1,000; el costo de la City es el 40 % o $0.030/$1,000.

Indemnización laboral	
	Si se lesiona en el trabajo, estará cubierto por el programa de indemnización laboral autoasegurada de la City. Usted cuenta con cobertura desde que empieza a trabajar. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con el representante de Recursos Humanos de su departamento.

Programas de vida	
Reach	Reach es el programa de bienestar en línea y a través de una aplicación de la City para los empleados y sus cónyuges/parejas domésticas. Reach combina herramientas, contenido educativo y actividades motivadoras para apoyar los objetivos de bienestar físico, emocional y financiero. • Aprenda a manejar el estrés o lograr un mejor equilibrio entre el trabajo y la vida personal. • Conéctese con los servicios de defensa de la salud para plantear inquietudes clínicas y sobre los beneficios. • Involúcrese en su comunidad. • Tome decisiones más saludables y medidas para mejorar su salud. • Cree un presupuesto, administre las deudas o planifique su futura jubilación. Para comenzar a usar Reach, ingrese en cityofseattle.limeade.com y regístrese. Para acceder a Reach sobre la marcha, descargue la aplicación Limeade e ingrese el código de la City of Seattle: seattle.
Programa de Asistencia a los Empleados (Employee Assistance Program, EAP)	El EAP brinda asesoramiento confidencial y apoyo de salud mental para tratar problemas como trastornos de la alimentación, estrés, inquietudes sobre las relaciones familiares, problemas relacionados con el trabajo, problemas financieros y problemas con el consumo de alcohol y drogas. En Resources for Living, se ofrece ayuda para usted y los miembros de su familia. Los servicios también incluyen derivaciones para el cuidado infantil, información sobre el cuidado de ancianos y asesoramiento financiero y legal. No es necesario inscribirse. Los empleados y miembros de la familia pueden recibir seis visitas por problema por año. Puede asistir a la sesión de asesoramiento presencial exclusiva o acceder al apoyo virtual a través de Talkspace. Los servicios de Talkspace incluyen asesoramiento por mensaje de texto, chat y televideo. Una semana de correspondencia a través de mensajes de texto cuenta como una de las seis visitas. Los empleados pueden usar seis horas **con goce de sueldo** por año, que no se descuentan de las horas de licencia, para las visitas del EAP. (Comuníquese con su supervisor para programar el horario si desea usar el tiempo libre con goce de sueldo). Para comunicarse con Resources for Living, llame al 1-888-272-7252 o TTY 1-888-879-8274.
Hinge Health	Hinge Health es un programa para ayudar a los empleados y sus dependientes adultos que padecen dolor de espalda y de las articulaciones. La solución digital está disponible sin costo alguno.

	Hinge Health incluye prevención, manejo del dolor intenso, recuperación del dolor crónico y apoyo pre- y posoperatorio. Según los resultados de la evaluación de inscripción, las opciones de tratamiento de los miembros pueden incluir una visita de fisioterapia virtual para todos los grupos de articulaciones y músculos, terapia de ejercicios a través de la aplicación, materiales educativos, opinión médica de un experto o una tableta/computadora y sensores portátiles gratuitos. Para inscribirse en Hinge Health, ingrese en hingehealth.com/cityofseattle.

Programas de bienestar laboral	
Oficina del Defensor de Empleados	La Oficina del Defensor es un recurso confidencial, informal e independiente que presta servicio a todos los empleados actuales de la City of Seattle. La misión de la Oficina del Defensor del empleado es garantizar que los empleados puedan acceder a un recurso para abordar informalmente las inquietudes del lugar de trabajo de manera justa y equitativa. Para presentar una denuncia anónima, utilice el sitio seguro en EthicsPoint (https://oeointake.seattle.gov). Una vez que recibamos su denuncia, el personal de la Oficina del Defensor puede comunicarse con usted a través del portal de EthicsPoint o por teléfono o correo electrónico. Si no desea utilizar EthicsPoint, también puede llamar a nuestra línea de admisión de casos al 206-233-7850 o enviar un correo electrónico a la oficina a ombud@seattle.gov.
MyTrips	MyTrips es su programa de opciones de viajes al trabajo para empleados. MyTrips está disponible para ayudarlo con todas sus opciones de viaje, incluidos el transporte público, viajes compartidos en camioneta o automóvil y viajes en bicicleta o a pie. Eche un vistazo a la descripción general del programa en este folleto. Explore su programa y únase a la mayoría de los empleados que no conducen solos al trabajo. Solicite un plan de viaje personalizado, califique para un viaje a casa garantizado en caso de una emergencia personal, familiar o médica, y gane recompensas para campañas registrando sus viajes en el calendario de viajes al trabajo. Explore sus opciones y programe su viaje al trabajo hoy mismo. Durante la incorporación, los empleados nuevos recibirán un correo electrónico de bienvenida de MyTrips . Los empleados actuales pueden visitar MyTrips, su centro de opciones de viajes al trabajo para empleados, para obtener más información sobre su programa y conocer las novedades. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con MyTrips en MyTrips@seattle.gov o 206-445-4401.

Política de licencias

Vacaciones

Empleados representados: consulte sus convenios colectivos para conocer las disposiciones relacionadas con las políticas de licencias.

Si alguno de estos datos difiere del convenio sindical, este último prevalecerá.

Las vacaciones se ganan en función de la cantidad de horas (no horas extra) que se cobran cada periodo de pago. Las horas de vacaciones se acumulan sobre un máximo de 80 horas por periodo de pago. (Consulte la tabla de acumulación de días de vacaciones a continuación). Cerca de 2,088 horas de la categoría de pago regular equivalen a un año de empleo a tiempo completo. Su tasa de acumulación de días de vacaciones es de 12 días por año durante los primeros 4 años de servicio. La tasa de acumulación aumenta gradualmente a 20 días por año después de 20 años de servicio, con un día adicional por año de servicio después de eso hasta un máximo de 30 días.

Puede acumular dos veces sus vacaciones anuales sin recibir ningún tipo de sanción. La cantidad de días de vacaciones que ha ganado y no ha utilizado figura en su nómina quincenal. También puede consultar esta información en el Autoservicio para empleados.

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

El saldo de sus vacaciones que no haya utilizado se cobrará cuando deje de trabajar para la City, a menos que su sindicato haya elegido participar en la Asociación de Beneficiarios de Empleados Voluntarios (Voluntary Employees' Beneficiary Association, VEBA) o usted sea elegible para diferir su licencia por vacaciones a compensación diferida. Consulte con su representante de Recursos Humanos.

Horas de régimen de pago regular	Años de Servicio	Vacaciones Acumuladas	Días por año	Horas por año	Balance Máximo
Menos de 08321	0 a 4	.0460	12	96	192
08321 a 18720	5 a 9	.0577	15	120	240
18721 a 29120	10 a 14	.0615	16	128	256
29121 a 39520	15 a 19	.0692	18	144	288
39521 a 41600	20	.0769	20	160	320
41601 a 43680	21	.0807	21	168	336
43681 a 45760	22	.0846	22	176	352
45761 a 47840	23	.0885	23	184	368
47841 a 49920	24	.0923	24	192	384
49921 a 52000	25	.0961	25	200	400
52001 a 54080	26	.1000	26	208	416
54081 a 56160	27	.1038	27	216	432

	56161 a 58240	28	.1076	28	224	448
	58241 a 60320	29	.1115	29	232	464
	60321 y más	30	.1153	30	240	480

Política de licencias

Licencia por enfermedad

La licencia por enfermedad es un programa que paga su sueldo si se debe ausentar del trabajo debido a sus citas médicas, a una enfermedad, lesión o discapacidad personal, lo que lo hace temporalmente incapaz de realizar su trabajo, o si se debe ausentar debido a citas médicas, una enfermedad, lesión o discapacidad de su cónyuge o pareja de hecho, padre, abuelo, hermano, nieto o hijo dependiente. También puede solicitar una licencia por enfermedad para el cuidado no médico de un recién nacido o un niño recientemente dado en adopción, en acogida o bajo tutela legal, el cierre de su lugar de trabajo o la escuela o centro de atención de su hijo por parte de un funcionario de salud pública, y por motivos relacionados con casos de violencia doméstica, agresión sexual o acoso. Usted es elegible para usar las horas de licencia por enfermedad disponibles después de cumplir 30 días de empleo.

Los empleados de tiempo completo acumulan 12 días o 96 horas de licencia por enfermedad por año calendario, a una tasa de .046 horas por hora en una categoría de pago regular. Si se ausenta más de 4 días laborables consecutivos, debe presentar la documentación médica correspondiente que corrobore su ausencia. Es posible que también deba proporcionar una certificación de reincorporación al trabajo.
Cuando se jubila a través del City of Seattle Retirement System, es elegible para recibir un equivalente en efectivo del 25 por ciento de las horas de licencia por enfermedad que no haya utilizado, a menos que su sindicato haya elegido participar en la VEBA o usted sea elegible para diferir su licencia por enfermedad a compensación diferida. Consulte con su representante de Recursos Humanos.

Política de licencias

Días festivos

La mayoría de los empleados de la City son elegibles para recibir 10 días festivos oficiales con goce de sueldo y 2 días festivos personales con goce de sueldo por año. Para calificar para un día festivo con goce de sueldo, debe estar en una categoría de pago regular ya sea el día anterior o el día posterior al día festivo. Sin embargo, si regresó el día después de un día festivo, pero se le otorgó una licencia sin goce de sueldo durante más de 4 días inmediatamente antes de día festivo, no sería elegible para recibir el pago del día festivo. Para obtener más información sobre las políticas de licencia por días festivos, consulte el Reglamento del personal 7.6 en seattle.gov/human-resources/rules-and-resources/personnel-rules y cualquier contrato sindical vigente.

A continuación, se muestra el calendario de días festivos de 2023*.

Día de Año Nuevo	Lunes, 2 de enero de 2023
Día de Martin Luther King Jr.	Lunes, 16 de enero de 2023
Día del Presidente	Lunes, 20 de febrero de 2023
Día de los Caídos	Lunes, 29 de mayo de 2023
Día de la Emancipación	Lunes, 19 de junio de 2023
Día de la Independencia (oficial)	Martes, 4 de julio de 2023
Día del Trabajo	Lunes, 4 de septiembre de 2023
Día de los Pueblos Indígenas	Lunes, 9 de octubre de 2023
Día de los Veteranos	Viernes, 10 de noviembre de 2023
Día de Acción de Gracias	Jueves, 23 de noviembre de 2023
Día siguiente al Día de Acción de Gracias	Viernes, 24 de noviembre de 2023
Día de Navidad (oficial)	Lunes, 25 de diciembre de 2023

El día festivo del Día de Año Nuevo de 2024 será el 1 de enero de 2024.

Día de emergencia

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

	Algunos acuerdos sindicales prevén un día de emergencia para que el empleado se ocupe de una situación personal urgente. Consulte su convenio colectivo para obtener más información.
Política de licencias	
Licencia por duelo	Todos los empleados, incluidos los empleados temporales, tienen derecho a cinco días de tiempo libre con goce de sueldo debido al fallecimiento de un familiar cercano. Tras la aprobación del supervisor, puede tomarse vacaciones o una licencia discrecional de hasta 5 días por la muerte de un "familiar que no sea un pariente cercano", como una tía, un amigo, un compañero de trabajo u otra persona que no sea un familiar cercano.
Licencia para actuar como jurado	Si presta servicio como jurado durante el horario habitual de trabajo, se le pagarán las horas regulares al entregar a la City cualquier compensación que reciba de la corte, menos la asignación por transporte.
Licencia por servicio militar	La City ofrece los siguientes programas de licencia con y sin goce de sueldo para los empleados que necesitan ausentarse del trabajo debido a acontecimientos militares: • Licencia por servicio militar con goce de sueldo: La City proporciona hasta 21 días hábiles, sin incluir los días libres habituales, de licencia con goce de sueldo por año fiscal (de octubre a septiembre) sin la posibilidad de perder créditos de servicio para los empleados que son miembros de las US Armed Forces, la National Guard o las Reserves, y necesitan tomarse una licencia para prestar servicio o realizar entrenamientos o simulacros militares requeridos. Esta licencia proporciona a los empleados su pago y los beneficios de la City a la misma tasa de pago y en virtud de las mismas condiciones que si estuvieran en el trabajo. • Licencia (Leave of Absence, LOA) por servicio militar: La licencia por servicio militar sin goce de sueldo proporciona a los empleados una licencia sin goce de sueldo para prestar servicio activo en las fuerzas militares de los Estados Unidos. También garantiza la reincorporación a su puesto tras prestar servicio activo, siempre que se cumplan los criterios establecidos. • Licencia por servicio militar del cónyuge (LOA del cónyuge): Se refiere a una licencia sin goce de sueldo de 15 días que se concede a los empleados cuyo cónyuge es miembro de las Armed Forces, la National Guard o las Reserves, y que ha recibido un llamado u orden inminente para prestar servicio activo y previo al despliegue, o cuyo cónyuge militar está de licencia por despliegue. • Licencia por razones médicas y familiares (Family Medical Leave, FML) por una obligación militar: Los empleados elegibles reciben hasta 90 días (13 semanas) de licencia por razones médicas y familiares sin goce de sueldo y con derecho de reincorporación durante un periodo continuo de 12 meses por una "obligación calificada" producto de un despliegue en el extranjero del cónyuge, padre, hijo o hija. • Licencia por razones médicas y familiares (FML) por una licencia para la atención de un familiar herido de guerra: Los empleados reciben hasta 26 semanas de licencia por razones médicas y familiares sin goce de sueldo y con derecho de reincorporación durante un periodo continuo de 12 meses para cuidar a su cónyuge, padre, hijo o pariente más cercano que sea un miembro del servicio militar cubierto que tenga una lesión o enfermedad grave. Los militares cubiertos

	pueden ser militares en servicio activo o veteranos de las fuerzas armadas.

Política de licencias

Licencia para cuidar a un familiar con goce de sueldo	La City proporciona a los empleados elegibles hasta cuatro semanas (160 horas) de licencia con goce de sueldo para cuidar a un familiar calificado que tenga una afección de salud grave en virtud de una licencia por razones médicas y familiares aprobada. Las horas se prorratean para los empleados a tiempo parcial. Los empleados son elegibles para tomarse la licencia tras completar seis meses consecutivos de empleo en un puesto con beneficios o una asignación temporal y si no han agotado las horas de FML a las que tienen derecho. El uso de la licencia para cuidar a un familiar con goce de sueldo se descontará de las horas a las que tiene derecho por la licencia por razones médicas y familiares. Para solicitar esta licencia, comuníquese con el coordinador de licencias y de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de su departamento.
Licencia por maternidad/paternidad con goce de sueldo	El programa de licencia por maternidad/paternidad con goce de sueldo de la City of Seattle proporciona a los empleados elegibles hasta 12 semanas de licencia con goce de sueldo para crear un vínculo con su hijo recién nacido. Estas horas se prorratean para los empleados a tiempo parcial. Los empleados se vuelven elegibles para usar esta licencia tras completar 6 meses de empleo en un puesto elegible para recibir beneficios y si experimentan uno de los siguientes acontecimientos que cumplen los requisitos: • Nacimiento de un niño; colocación de un niño en adopción; colocación de un niño en hogar de acogida; colocación de un niño en tutela legal. El empleado, además de solicitar la licencia, debe presentar a la City un registro de nacimiento o colocación. El empleado debe tomarse la licencia antes del primer aniversario del nacimiento o colocación del niño. Para solicitar esta licencia, comuníquese con el coordinador de licencias y de ADA de su departamento.

Licencia por Razones Médicas y Familiares con Goce de Sueldo del estado de Washington

La Licencia por Razones Médicas y Familiares con Goce de Sueldo de Washington es un programa de seguro financiado a través de las primas que pagan la City of Seattle y los empleados. Se ofrece una licencia con goce de sueldo parcial para acontecimientos médicos, familiares y relacionados con el ejército que cumplan los requisitos. El programa cubre entre 12 y 18 semanas de licencia con goce de sueldo por un acontecimiento que cumpla los requisitos, según las circunstancias. Para obtener más información, visite el sitio web del Employment Security Department del estado de Washington en https://www.paidleave.wa.gov/.

Para solicitar este beneficio estatal con el Employment Security Department (ESD) del estado de Washington, puede comunicarse directamente con el ESD al 1 (833) 717-2273 o enviar su solicitud en línea a través de www.paidleave.wa.gov.

Jubilación

Plan de ahorro de compensación diferida

Puede participar en el Plan voluntario de compensación diferida de la City of Seattle administrado por Nationwide. Se puede inscribir en cualquier momento del año. El plan le permite ahorrar una parte de su sueldo para complementar sus ingresos de jubilación. Los aportes se realizan a través de deducciones de nómina antes o después de impuestos (cuenta Roth) y usted adquiere de inmediato el 100 % de los aportes que realice. Puede elegir entre varias opciones de inversión para diversificar sus ahorros.

Para obtener más información, comuníquese con un asesor educativo sobre compensación diferida en Seattle Municipal Tower (piso 16, suite 1635) al 206-447-1924. Los asesores educativos están disponibles de lunes a viernes durante el horario comercial habitual. O bien, comuníquese con Nationwide al 855-550-1757. Los representantes del servicio de atención al cliente están disponibles de 5 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes y los sábados de 6 a. m. a 3 p. m. También puede acceder a su cuenta las 24 horas del día, los 7 días de la semana en el sitio web del Plan.

- Para iniciar, cancelar o cambiar el importe de sus aplazamientos (aportes) en cualquier momento, ingrese en www.cityofseattledeferredcomp.com o llame al 855-550-1757.
- Puede aportar desde $10 por periodo de pago y hasta el 50 % de su ingreso imponible anual hasta el límite anual publicado en www.cityofseattledeferredcomp.com
- Usted no paga impuestos federales sobre la renta por su dinero antes de impuestos hasta que lo retira.
- Puede solicitar un préstamo, que no supere los $50,000 o la mitad del saldo de su cuenta, el importe que sea menor.
- Solo podrá retirar su dinero cuando deje de prestar servicios para la City, independientemente de su edad.
- Los retiros por dificultades económicas están disponibles, sujetos a las normas del IRS y la aprobación del Comité de Fideicomiso del Plan.
- Puede aportar una parte de su saldo de licencia por enfermedad (si es elegible) y todo su pago de vacaciones a su cuenta cuando se jubile hasta el límite anual diferido no utilizado para el año en que se jubila.
- También puede consolidar planes de jubilación anticipada (457, 403[b], 401[k], 401[a] e IRA) en su cuenta del Plan de compensación diferida.

Año	Límite de aportes regulares	Límite de aporte adicional para empleados mayores de 50 años
2023	$20,500	$7,500

Jubilación	
Sistema de jubilación de la City	Los empleados temporales tienen tres oportunidades para elegir ser miembro del sistema de jubilación de los empleados de la City of Seattle. 1. Al completar 1,044 horas de empleo en la City, el equivalente a 6 meses de trabajo a tiempo completo. 2. Después de completar 10,440 horas de empleo en la City, el equivalente a 5 años de trabajo a tiempo completo. 3. Al ser designado para un puesto regular de empleo en la City, puede unirse al sistema de jubilación y comprar crédito previo, siempre que esto ocurra antes de completar 10,440 horas de dicho empleo. Comuníquese con la Oficina de Jubilación al 206-386-1292 para obtener más información.
Beneficio por fallecimiento del sistema de jubilación	Los empleados temporales que participan en el sistema de jubilación son miembros automáticos del Programa de Beneficio por Muerte. La finalidad de esta póliza es servir de complemento a su seguro de sepelio. El beneficio es de $2,000 y se le paga únicamente al beneficiario. La prima es de $12.00 por año, y se deduce de la primera nómina del año. La póliza no tiene valor en efectivo para el jubilado.

Glosario

Facturación del saldo	Es la cantidad que debe pagar además del coseguro si recurre a un proveedor fuera de la red. Consulte la explicación de **Pago de reclamos fuera de la red** que facturen más del importe permitido de Aetna en la página 53.
Coseguro	Es el acuerdo por el cual tanto el plan como el empleado comparten una determinada proporción de los gastos cubiertos en virtud de la póliza. Por ejemplo, el plan tradicional Aetna Open Choice paga el 80 % de la mayoría de los gastos cubiertos, mientras que el empleado paga el 20 % restante de los gastos cubiertos una vez que se alcanza el deducible.
Copago	Es la tarifa que se abona en el momento de la prestación de un servicio médico u odontológico. Un copago puede ser un porcentaje de los cargos, pero suele ser una tarifa fija. En general, es posible que los copagos no se apliquen al coseguro ni a los deducibles de bolsillo.
Deducible	Es la cantidad de gastos cubiertos en los que se debe incurrir antes de que se paguen los beneficios del plan. El deducible se fija una vez por año y existen deducibles individuales y familiares.
Gastos elegibles	Son los gastos que se definen en el plan de salud como elegibles para la cobertura. Esto podría implicar tarifas específicas de servicios de salud o “gastos razonables y habituales”.
Formulario	Es una lista de medicamentos genéricos y de marca preferida. Los medicamentos se seleccionan para su inclusión en función de los criterios de evaluación que desarrolla cada plan. Los formularios varían según el plan y pueden cambiar para incluir nuevos medicamentos o eliminar medicamentos de marca a medida que se repongan los equivalentes genéricos.
Medicamentos genéricos	Es un medicamento que contiene los mismos ingredientes activos en las mismas cantidades que el producto de marca, aunque puede diferir en color, forma o tamaño del producto de marca. Se produce tras la expiración de la patente del medicamento de marca. También se denomina “equivalente genérico”.
Proveedor dentro de la red	Es un proveedor de servicios médicos, como un médico, que tiene un contrato firmado para participar en un plan de salud. También se lo conoce como proveedor preferente.
Proveedor fuera de la red	Es un proveedor que no ha firmado ningún contrato con un plan de salud. También se lo conoce como proveedor no preferente.
Gasto de bolsillo	Es el importe que paga el miembro del plan, porque el plan no lo cubre. Se incluyen pagos como el coseguro, los deducibles, etc.
Límite de gastos de bolsillo (máximo de gastos de bolsillo)	Es el importe de los copagos o coseguros que una persona deberá pagar en el transcurso de un año calendario antes de que la mayoría de los gastos cubiertos queden cubiertos en su totalidad.

Glosario	
Afección preexistente	Es una afección física que existía antes de la fecha de entrada en vigencia de una póliza. En muchas pólizas de salud, estas no están cubiertas hasta después de que haya transcurrido un periodo de tiempo establecido. Los planes médicos de la City cubren todas las afecciones preexistentes.
Proveedor preferente	Es un proveedor de servicios médicos, como un médico, que tiene un contrato firmado para participar en un plan de salud. También se lo conoce como proveedor dentro de la red.
Atención médica preventiva	Es la atención que consiste en exámenes físicos de rutina y el calendario de vacunación. Se hace hincapié en prevenir las enfermedades antes de que se produzcan.
Cargo reconocido	Es el cargo que Aetna determina de manera semestral que se encuentra en el percentil 70 de los cargos que los proveedores cobran por un servicio o suministro en el área geográfica donde se brinda.

A quién contactar si tiene preguntas

Si tiene preguntas, comuníquese con las siguientes organizaciones por teléfono u obtenga información a través de sus sitios web. Se puede comunicar con la Benefits Unit del Department of Human Resources de Seattle al 206-615-1340.

Accolade	866-540-5418	https://login.myaccolade.com/login
Aetna	866-540-5418	Aetna.com Búsqueda personalizada de documentos: aetna.com/dsepublic/#/cityofseattle
Kaiser Permanente	888-901-4636	KP.org/wa
VSP	800-877-7195	vsp.com Haga clic en “Miembros”
Delta Dental of Washington (DDWA)	206-522-2300 o 800-554-1907	DeltaDentalWa.com
Dental Health Services	206-788-3444 877-495-4455	DentalHealthServices.com/cityofseattle
Representante local de jubilaciones de Nationwide	855-550-1757 206-447-1924	www.cityofseattledeferredcomp.com
Programa de Asistencia a los Empleados	888-272-7252 TTY: 888-879-8274	ResourcesForLiving.com Nombre de usuario: city of seattle Contraseña: city of seattle
Seguro de vida, LTD		Representante de beneficios de su departamento
Benefits Unit de la City	206-615-1340	seattle.gov/human-resources/benefits
Autoservicio para empleados		seattle.gov/ess/