



Guía de beneficios para empleados

La mayoría de los empleados de la City of Seattle*

2024

Actualizado el 28 de febrero de 2024

* Incluye lo siguiente: operadores de equipos de mantenimiento de la construcción (Construction Maintenance Equipment Operator, CMEO), jefes de bomberos, empleados generales de la City, empleados de la biblioteca, miembros de la SPMA y miembros cubiertos por contratos del Local 77 para profesionales de TI y comercializadores de energía.

Opciones de asistencia para comprender la información que se incluye en este documento

- **¿Necesita hablar con alguien en un idioma distinto del inglés?** Llame a la Unidad de Beneficios 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 Unidad de Beneficios 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 Unidad de Beneficios al 206-615-1340.
- **¿Prefiere oír la información 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 si le gustaría hacerlas de manera confidencial. Las sesiones de orientación se realizan cada dos semanas: inscríbese 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 la Unidad de Beneficios a Benefits.Unit@seattle.gov o llame al 206-615-1340.

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 DE LOS EMPLEADOS	1	INDEMNIZACIÓN LABORAL.....	55
INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD Y LA COBERTURA	2	PROGRAMAS DE BIENESTAR.....	56
ELEGIBILIDAD DE EMPLEADOS FIJOS	3	REACH.....	56
MIEMBROS DE LA FAMILIA ELEGIBLES.....	3	PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS EMPLEADOS (EAP) ...	56
INSCRIPCIÓN DE NUEVOS EMPLEADOS	4	WEIGHT WATCHERS	56
INICIO DE LA COBERTURA	4	HINGE HEALTH.....	57
¿CÓMO INSCRIBO A MIS FAMILIARES?.....	5	2 ND .MD	57
¿CÓMO CANCELO LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA?	6	QUIT FOR LIFE.....	57
CÓMO CAMBIAR LOS BENEFICIOS.....	6	PROGRAMAS DE VIDA LABORAL	58
¿CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA?.....	7	SEATTLE SHARES.....	58
COBERTURA CONTINUA EN VIRTUD DE LA LEY COBRA....	7	CAREER QUEST	58
COBERTURA A TRAVÉS DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS.....	8	OFFICE OF THE OMBUD	59
COBERTURA A TRAVÉS DE UN PLAN PARA JUBILADOS DE LA CITY	8	MYTRIPS	59
BENEFICIOS Y PLANIFICACIÓN FINANCIERA	10	POLÍTICA DE LICENCIAS	60
OPCIONES DE PLANES MÉDICOS.....	11	VACACIONES.....	60
CÓMO ELEGIR UN PLAN MÉDICO	11	LICENCIA POR ENFERMEDAD	61
PLAN PREVENTIVO.....	12	DÍAS FESTIVOS	62
PLAN TRADICIONAL.....	12	LICENCIA POR DUELO.....	63
PLAN ESTÁNDAR DE KAISER PERMANENTE	13	LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS Y FAMILIARES	63
PLAN CON DEDUCIBLE DE KAISER PERMANENTE	13	LICENCIA PARA ACTUAR COMO JURADO.....	64
EJEMPLOS DE COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS.....	14	LICENCIA POR SERVICIO MILITAR	64
PRIMAS DE ATENCIÓN MÉDICA	28	LICENCIA PARA CUIDAR A UN FAMILIAR CON GOCE DE SUELDO.....	65
IMPORTE DEL BENEFICIO IMPONIBLE – (CON DDWA).....	30	LICENCIA POR MATERNIDAD/PATERNIDAD CON GOCE DE SUELDO.....	65
IMPORTE DEL BENEFICIO IMPONIBLE (CON DHS).....	31	LICENCIA SABÁTICA	65
COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA	32	LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS Y FAMILIARES CON GOCE DE SUELDO DEL ESTADO DE WASHINGTON	66
PLANES PREVENTIVOS Y TRADICIONALES (AETNA).....	32	DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS EMPLEADOS.....	67
PLANES DE KAISER PERMANENTE	32	SU ENTORNO DE TRABAJO	67
OPCIONES DE PLANES DENTALES	34	EMPLEO.....	67
DELTA DENTAL OF WASHINGTON	34	JUBILACIÓN	68
DENTAL HEALTH SERVICES	35	PLAN DE AHORRO DE COMPENSACIÓN DIFERIDA	68
COBERTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA VISTA Y COMPARACIÓN DE PLANES	38	SISTEMA DE JUBILACIÓN DE LA CITY	69
PLANES DE SEGURO OPCIONALES	40	GLOSARIO	71
SEGURO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)	40	A QUIÉN CONTACTAR SI TIENE PREGUNTAS.....	73
SEGURO DE VIDA GRUPAL A TÉRMINO (GROUP TERM LIFE, GTL).....	43		
SEGURO DE VIDA BÁSICO	43		
SEGURO DE VIDA GRUPAL A PLAZOS COMPLEMENTARIO. AD&D	48		
CUENTA FSA DE ATENCIÓN MÉDICA	53		
CUENTA FSA DE ASISTENCIA DIURNA	53		

Responsabilidades de los empleados

Los empleados 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 empleado nuevo? Usted es responsable de elegir los beneficios en un plazo de 30 días a partir de la fecha de contratación.

¿Agregará un nuevo miembro de la familia a su cobertura de atención médica y cuenta de gastos flexibles? 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. Debe realizar cualquier cambio en la cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) en un plazo de 30 días a partir del acontecimiento.

¿Dará de baja a un miembro de la familia de su cobertura de 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 o muerte accidental y desmembramiento: [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 de atención de la vista

La City ofrece a los empleados fijos y a sus familiares* planes básicos y de cobertura adicional de atención de la vista a través de VSP.

Seguro de vida y de discapacidad a largo plazo (LTD)

La City ofrece un seguro básico por discapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, LTD) y comparte el costo del plan básico de seguro de vida grupal a plazos. Los empleados pueden complementar ambos planes.

Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

La City ofrece un plan de seguro grupal por muerte accidental y desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment, AD&D) pagado por el empleado.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Los empleados pueden reservar hasta \$5,000 por dinero antes de impuestos para pagar los costos de asistencia diurna relacionados con el empleo y hasta \$3,050 para cubrir los gastos de bolsillo por atención médica que sean elegibles.

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 (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 sus dependientes. ¡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 empleados fijos

Si usted es un empleado fijo que ocupa un puesto a tiempo completo o parcial (con un cronograma de trabajo de al menos 80 horas por mes), es elegible para participar en los planes de cobertura médica, dental, de la vista, de vida, de AD&D, de LTD, de FSA, de compensación diferida y del EAP.

Miembros de la familia elegibles

Los siguientes miembros de la familia* son elegibles para participar en los programas de cobertura médica, dental, de la vista, seguro complementario de vida, cobertura de accidentes y EAP:

- 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
Cobertura médica, dental, de la vista y cuenta de gastos flexibles	Hasta los 26 años (durante los 25 años)	<u>No</u> es necesario que: - sea soltero - viva con usted - dependa de usted para su sustento Puede tener acceso a otra cobertura.
Seguro de vida grupal a plazos complementario	Hasta los 26 años (durante los 25 años)	<u>No</u> es necesario que: - sea soltero - viva con usted - dependa de usted para su sustento
AD&D	Hasta los 26 años (durante los 25 años)	<u>No</u> es necesario que: - sea soltero - viva con usted - dependa de usted para su sustento

* Si inscribe a un dependiente, en un plazo de 2 a 3 semanas, Alight Solutions le enviará una carta para solicitarle 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. El niño debe depender del empleado asegurado para su sustento y manutención para tener derecho a recibir la cobertura de vida y AD&D.

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

Inscripción de nuevos empleados

Si es un empleado nuevo, debe inscribirse o solicitar cobertura médica, dental, de la vista, de vida, de AD&D o de LTD complementaria en **un plazo de 30 días a partir de la fecha de su contratación**. Tiene dos opciones de inscripción:

- 1) La opción preferida es a través del [Autoservicio para empleados](#).
- 2) Si no tiene acceso a una computadora, envíe un *Formulario de elección de beneficios* a su [representante de Recursos Humanos](#) del departamento. Si elige formularios en papel, asegúrese de completarlos, firmarlos y fecharlos.

Si no cumple el plazo, la City le concederá por defecto determinados beneficios y no podrá optar por otros. Debe esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para realizar cambios.

Si no se inscribe en un seguro de vida 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. No se le garantizará la cobertura que tenía al momento en que fue elegible por primera vez.

Inicio de la cobertura

Se debe inscribir dentro de los 30 días posteriores a la contratación. La cobertura comienza para usted y los miembros elegibles de su familia el primer día de trabajo si esa fecha es:

- el primer día calendario del mes designado como día laboral de la City;
- el primer día calendario del mes designado o reconocido como el primer día laboral para el turno que se le asignó, si esta fecha es posterior.

Si su trabajo comienza después de esta fecha, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

¿Qué ocurre si se me pasa el plazo de inscripción?

Si no se inscribe en un plazo de 30 días a partir de su fecha de contratación, la City lo inscribirá automáticamente en la cobertura básica dental y de la vista. Por defecto, su cobertura dental será el plan Delta Dental of Washington.

Si acaba de cumplir los requisitos para obtener la cobertura médica y no elige activamente ni renuncia a la cobertura médica, la City lo inscribirá de manera automática en el plan tradicional de Aetna exclusivo para empleados. Este plan no requiere ninguna contribución en concepto de primas de su parte.

También deberá cumplir con requisitos adicionales para inscribirse en el seguro de vida más adelante. Es posible que deba presentar una declaración de antecedentes médicos para que la compañía de seguros la apruebe y, así, pueda recibir la cobertura de seguro de vida.

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

Renuncia a la cobertura

Tiene la opción de rechazar la cobertura médica dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación, durante el periodo de inscripción abierta o dentro de los 30 días posteriores a un acontecimiento que cumpla los requisitos. Si renuncia a la cobertura, es posible que los dependientes no estén cubiertos por los planes médicos de la City. Si rechaza la cobertura médica, no se le cobrarán pagos de primas y seguirá estando inscrito en los planes dentales y de la vista básicos dado que no hay una contribución en concepto de primas por parte del empleado.

¿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 adopción de su hijo para la cobertura de atención médica.
 - Dentro de los 30 días posteriores al nacimiento o adopción de su hijo para el seguro de vida y AD&D.
 - Puede encontrar otros ejemplos de acontecimientos de vida o cambios en el estado familiar en las páginas 6 y 7.

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 de beneficios](#) del departamento, o a la Unidad de Beneficios 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.

Durante el periodo de inscripción abierta, también puede inscribirse en el programa de Cuenta de gastos flexibles (de atención médica y guardería). Se debe volver a inscribir todos los años, incluso si tenía una cuenta el año anterior.

Acontecimientos de la vida/cambios en el estado familiar que pueden afectar sus beneficios

Debe inscribir a un nuevo cónyuge o nueva pareja de hecho y a cualquier dependiente 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 (este plazo de 60 días no se aplica a los cambios de la FSA). *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. En la siguiente página, encontrará varios ejemplos. Comuníquese con su representante de Recursos Humanos del departamento si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

- Adopta un hijo: puede añadir la cobertura para ese hijo (en ese momento, también puede añadir la cobertura para sus otros dependientes).
- Puede añadir a su hijo en el plan si pierde la cobertura por parte de su cónyuge.
- 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.
- Su cónyuge o pareja de hecho reciben cobertura debido al inicio de un empleo, cambio en la situación laboral o a la finalización de una licencia sin goce de sueldo: puede darles de baja del plan.
- Se divorcia, se separa legalmente o disuelve la pareja de hecho: debe dar de baja a su cónyuge o pareja de hecho del plan.
- Su hijo ya no cumple con los requisitos de edad para obtener servicios médicos, dentales o de la vista: se le dará de baja de la cobertura.

¿Cuándo termina la cobertura?

Sus coberturas de atención médica/dental/de la vista, básica y complementaria por discapacidad a largo plazo, y básica y complementaria de vida y AD&D finalizan el último día del mes calendario en el que usted:

- Ya no es elegible.
- Renuncia, se jubila o es despedido.
- Deja de hacer cualquier pago requerido.

La cobertura de la cuenta de gastos flexibles finaliza el último día de trabajo.

Cobertura continua en virtud de la ley COBRA

Para ayudarlo a mantener su cobertura de salud, el Congreso aprobó la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Reconciliation Act, COBRA) en 1986. En virtud de la ley COBRA, usted puede adquirir la cobertura para la atención médica únicamente, la cobertura para la atención dental/de la vista únicamente o la cobertura para la atención médica/dental/de la vista en determinadas circunstancias cuando termine la cobertura de su plan de salud grupal con la City. Si tiene preguntas sobre la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA para un plan de beneficios de la cuenta de gastos flexibles de atención médica que se haya cancelado, comuníquese con la Unidad de Beneficios.

Si usted es un empleado de la City of Seattle y tiene cobertura para la atención médica, dental y de la vista de la City, usted y los miembros de su familia con cobertura tienen derecho a elegir la continuación de la cobertura en virtud de la COBRA por hasta 18 meses si su cobertura se cancela debido a uno de los siguientes acontecimientos que cumplen con los requisitos:

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

- Su empleo finaliza por un motivo distinto a una falta grave.
- Sus horas de trabajo se reducen hasta el punto en que ya no es elegible para obtener los beneficios.

El periodo de continuación en virtud de la ley COBRA de 18 meses se puede extender a 29 meses si usted o un miembro de su familia (beneficiario calificado) tiene una discapacidad de acuerdo con el Seguro Social en el momento en que ocurre uno de los acontecimientos que cumplan los requisitos anteriores. Esta extensión de 11 meses está disponible para todos los beneficiarios calificados que pierden la cobertura debido a la finalización de la relación laboral o la reducción de horas de trabajo.

Los miembros de la familia que están cubiertos tienen derecho a elegir la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA hasta por 36 meses si pierden la cobertura por cualquiera de estos acontecimientos que cumplan los requisitos:

- 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.

Cobertura a través del mercado de seguros médicos

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. Tenga en cuenta que, si se inscribe en un plan del mercado, no será elegible para la cobertura de un plan médico para jubilados de la City en el futuro. Para obtener más información, ingrese en www.wahealthplanfinder.org.

Cobertura a través de un Plan para jubilados de la City

Cuando sea elegible para jubilarse, recibirá un paquete de información sobre los planes médicos para jubilados de la City durante su cita en la Oficina de Jubilación. 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 of Seattle si está cubierto por el plan de otro empleador. Para obtener más información sobre los planes, comuníquese con la Unidad de Beneficios a través de Benefits.Unit@seattle.gov.

Pago de los beneficios

Deducciones de su nómina

Consulte la página 24 para conocer las primas médicas



Cobertura 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. Si decide optar por un plan de cobertura adicional de atención de la vista, debe encargarse de la prima para usted y los miembros de su familia elegibles. La prima se deduce antes de impuestos por partes iguales de la primera y segunda nómina del mes.

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.

Seguro complementario por discapacidad a largo plazo

La deducción de la prima del seguro complementario por LTD después de impuestos se descuenta de su segunda nómina del mes para la cobertura del mes siguiente. El importe que paga por la cobertura del seguro complementario por LTD puede variar todos los meses debido a que es un porcentaje de sus ingresos mensuales.

Seguro por muerte accidental y desmembramiento

La deducción de la prima del seguro por AD&D después de impuestos se descuenta de su primera nómina del mes para la cobertura de ese mes.

Cuentas de gastos flexibles (atención médica y asistencia diurna)

La deducción de la FSA antes de impuestos se descuenta en partes iguales de su primera y segunda nómina todos los meses.

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 a 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 y ahorrar para sus gastos de bolsillo. Si puede prever con exactitud algunos gastos médicos, dentales y de la vista para el año siguiente, como recetas, anteojos, ortodoncia, copagos y deducibles de visitas al consultorio, la FSA de atención médica es una herramienta para respaldar su planificación financiera y potenciar el valor que obtiene por el dinero que gasta en atención médica. Puede elegir la FSA de atención médica durante el periodo de inscripción abierta para reservar dinero antes de impuestos a fin de cubrir los gastos médicos de su bolsillo elegibles para usted y su familia. A continuación, presentamos formas adicionales de reducir costos y ahorrar dinero.

- Deje de fumar y anime a su familia a hacerlo. Inscríbase en el programa gratuito para dejar de fumar de la City llamando a Quit for Life al 1-866-QUIT-4-LIFE (1-866-784-8454). Los miembros adultos de su familia que tienen cobertura médica de la City se pueden inscribir.
- 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 las clínicas gratuitas de vacunación contra la gripe en el lugar de trabajo y asista a ferias de beneficios virtuales.
- Elija el mejor plan de salud para usted y su familia. Para la elección de un buen plan de salud, *no basta solo con tener en cuenta 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. Vaya a <http://cityofseattle.limeade.com/> para registrarse. Para acceder a Reach en todo momento, 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 gran variedad 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. Deben 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.

Empleados nuevos: Recuerde que dispone de 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los planes de seguro médico, dental, de la vista y la mayoría de los planes opcionales.

Opciones de planes médicos

Aetna	La City of Seattle ofrece dos planes a través 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 para 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 \$450 por persona (\$1,350 por familia). La mayoría de los servicios están cubiertos al 80 % si utiliza un proveedor de la red de Aetna. La atención preventiva ahora está cubierta en este plan.
¿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	Póngase en contacto con Accolade llamando al 866-540-5418 o por correo electrónico a https://login.myacolade.com/login para recibir atención al cliente. Obtenga apoyo con decisiones de tratamiento, preguntas sobre cobertura de beneficios, ayuda para encontrar un médico o especialista, denegaciones o quejas de reclamos, plan de recetas y preguntas sobre el formulario.
Aetna.com	Para obtener información detallada sobre los reclamos, ingrese a 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. También puede consultar a un proveedor de salud conductual y establecer una relación continua para 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 llamando al 866-540-5418 para encontrar un centro de atención de urgencia cerca de usted. O bien, consulte su cuenta en Aetna.com .

Opciones de planes médicos

Kaiser Permanente	<p>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.</p> <p>La City ofrece dos planes a través de Kaiser Permanente.</p>
Plan estándar de Kaiser Permanente	<p>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.</p>
Plan con deducible de Kaiser Permanente	<p>El plan deducible tiene un deducible anual de \$200 por persona (\$600 por familia) y un copago 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 deducible cubre la mayoría de los servicios al 100 % tras abonar el copago.</p> <p>Para acceder al sitio web de atención médica, ingrese a 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.</p>
Accolade	<p>Accolade es un recurso de terceros que ofrece servicios de defensa de la atención médica sin costo alguno. Los miembros de Kaiser pueden utilizar Accolade para complementar el equipo de atención, el servicio para miembros y la línea de asesoramiento de Kaiser. Comuníquese con Accolade llamando al 866-540-5418 si tiene preguntas relacionadas con la salud y los beneficios.</p>
Perfil de salud	<p>Kaiser cuenta con una evaluación de riesgos para la salud denominada <i>Perfil de salud</i>. 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.</p>
Care Chat y visitas en línea	<p>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 www.kp.org/wa.</p>
Servicio de consulta de enfermería	<p>¿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 800--297-6877 (TTY 711).</p>

Ejemplos de comparación 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
Deducible individual	\$100	\$450	\$450	\$1,000	\$200	Ninguno
Deducible familiar	\$300	\$1,350	\$1,350	\$3,000	\$600	Ninguno
Examen físico de rutina	Se paga al 100 %.	Puede aplicarse coseguro	Se paga al 100 %.	Puede aplicarse coseguro	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 el 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 el copago de \$15 (el copago se aplica al deducible), los honorarios médicos y otros gastos se pagan al 100 %.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.
Cirugía hospitalaria	Se paga al 90 % tras el copago de \$200 para pacientes internados.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200 para pacientes internados y el pago del deducible.	Se paga al 80 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200 para pacientes internados 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 internados.

Comparación de planes médicos de 2024: 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 a <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 lo indicado, excepto para recetas, visitas preventivas, servicio de ambulancia y equipo médico duradero.	\$450 por persona \$1,350 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 de venta con receta o cuando se aplica el copago para pacientes internados 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 de venta con receta o cuando se aplica el copago para pacientes internados 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 Max 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	\$1,450 por persona \$4,350 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.		Excepto en los casos de ingreso por maternidad o emergencia, el médico debe comunicarse con Aetna antes de la admisión. El miembro es responsable de obtener la certificación previa de la atención fuera de la red.		Excepto en los casos de ingreso por maternidad o emergencia, el médico debe comunicarse con Aetna antes de la admisión. 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 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 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 cuando se aprueben.	Copago de \$15 por hasta 8 visitas por diagnóstico médico por año calendario. Visitas adicionales cuando se aprueben. Se aplica el deducible.	Se paga al 80 % tras el deducible. Hasta 12 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 60 % tras el deducible. Hasta 20 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.
Tratamiento por consumo de alcohol/drogas (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 el copago de \$200; sin deducible. Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, lo que incluye centros de tratamiento residenciales y hospitalización parcial.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.	Se paga al 90 % tras el copago de \$200; sin deducible. Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, lo que incluye centros de tratamiento residenciales y hospitalización parcial.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin 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
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 % tras el deducible. Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas pruebas psicológicas, pruebas neurológicas y pacientes ambulatorios intensivos.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15. Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas pruebas psicológicas, pruebas neurológicas y pacientes ambulatorios intensivos.	Se paga al 60 % tras el deducible.
Anticonceptivos					
Para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos, consulte el beneficio de medicamentos de venta con receta.		Los DIU y Depo Provera están cubiertos como beneficios médicos. No hay cargo por la preferencia de anticonceptivos femeninos genéricos dentro de la red aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Consulte el beneficio de medicamentos de venta con receta.		Los DIU y Depo Provera están cubiertos como beneficios médicos. No hay cargo por la preferencia de anticonceptivos femeninos genéricos dentro de la red aprobados por la FDA. Consulte el beneficio de medicamentos de venta con receta.	
Equipo médico duradero					
Se paga al 80 %.	Se paga al 80 %.	Se paga al 80 % tras el deducible. Los extractores de leche se cubren como atención preventiva al 100 % sin deducible a través del proveedor de equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME). Incluye 1 extractor de leche eléctrico cada 12 meses.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 90 % tras el deducible. Los extractores de leche se cubren como atención preventiva al 100 % sin deducible a través del proveedor de DME. Incluye 1 extractor de leche eléctrico cada 12 meses.	Se paga al 60 % tras el deducible.
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 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 60 % tras 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
				el copago de \$15; sin deducible.	
Sala de emergencias (no se aplican copagos si queda internado)					
Centro de Kaiser Permanente: copago de \$100	Centro de Kaiser Permanente: copago de \$100	Se paga al 80 % tras el copago de \$150; sin deducible.	Se paga al 80 % tras el copago de \$150; sin deducible.	Se paga al 90 % tras el copago de \$150; sin deducible.	Se paga al 90 % tras el copago de \$150; sin deducible.
Centro que no pertenece a Kaiser Permanente: copago de \$150	Centro que no pertenece a Kaiser Permanente: copago de \$150 Se aplica el deducible.	Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el copago.	Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el copago.	Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el copago.	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 el servicio es necesario por razones médicas. El transporte que no sea de emergencia solo está cubierto si Aetna lo aprueba previamente. No se aplica el deducible.		Se paga al 90 % cuando el servicio es necesario por razones médicas. El transporte que no sea de emergencia solo está cubierto si Aetna lo aprueba previamente. No se aplica el deducible.	
Servicios de reasignación de género					
Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. 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 prestado. 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 prestado. 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 prestado. 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	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnologías	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnologías	Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y

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
y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. Beneficio máximo vitalicio de \$20,000.	tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. Beneficio máximo vitalicio de \$20,000.	y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. 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.	reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. 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.	reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. 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.	tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. 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	Se paga el 80 % sin deducible hasta un máximo de \$1,500 por oído. El coseguro dentro de la red se aplica ya sea que se compre dentro o fuera de la red. No se aplica el deducible.	Se paga el 80 % sin deducible hasta un máximo de \$1,500 por oído.	Se paga el 90 % sin deducible hasta un máximo de \$1,500 por oído. El coseguro dentro de la red se aplica ya sea que se compre dentro o fuera de la red. No se aplica el deducible.	Se paga el 90 % sin deducible hasta un máximo de \$1,500 por oído.
Atención médica a domicilio					
Se paga al 100 % si se autoriza. No hay límite de visitas.	Se paga al 100 % si se autoriza. No hay límite de visitas.	Se paga al 80 % tras el deducible. Beneficio máximo de 130 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 90 % tras el deducible. Beneficio máximo de 130 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 60 % tras el deducible.
Paciente internado					
Se paga al 100 % tras el copago de \$200 por ingreso.	Se paga al 100 % tras el deducible.	Centro: Se paga al 80 % tras el copago de \$200; sin deducible.	Centro: Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.	Centro: Se paga al 90 % tras el copago de \$200; sin deducible.	Centro: Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.
Paciente ambulatorio					
Se paga al 100 % tras el Copago de \$15.	Copago de \$15. Se aplica el deducible.	Centro: Se paga al 80 % tras el deducible.	Centro: Se paga al 60 % tras el deducible.	Centro: Se paga al 90 % tras el deducible.	Centro: Se paga al 60 % tras el deducible.
Cuidado de hospicio					

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
Se paga al 100 % si se autoriza.	Se paga al 100 % si se autoriza.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 90 % tras el deducible.	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.	Centro: Se paga al 80 % tras el copago de \$200; no se aplica copago para servicios hospitalarios para recién nacidos. Sin deducible.	Centro: Se paga al 60 % tras el copago de \$200; no se aplica copago para servicios hospitalarios para recién nacidos. Sin deducible.	Centro: Se paga al 90 % tras el copago de \$200; no se aplica copago para servicios hospitalarios para recién nacidos. Sin deducible.	Centro: Se paga al 60 % tras el copago de \$200; no se aplica copago para servicios hospitalarios para recién nacidos. Sin deducible.
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.	Otro: Se paga al 80 % tras el deducible. Prenatal (como visitas al consultorio): 100 % sin copago, sin deducible.	Otro: Se paga al 60 % tras el deducible. Prenatal (como visitas al consultorio): 60 % después del deducible.	Otro: es posible que se apliquen deducibles y coseguros. Prenatal (como visitas al consultorio): 100 % sin copago, sin deducible.	Otro: Se paga al 60 % tras el deducible. Prenatal (como visitas al consultorio): 60 % después del deducible.
Atención de salud mental (paciente internado)					
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; sin deducible. Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, lo que incluye centros de tratamiento residenciales y hospitalización parcial.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.	Se paga al 90 % tras el copago de \$200; sin deducible. Revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, lo que incluye centros de tratamiento residenciales y hospitalización parcial.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.
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 % tras el deducible. También están disponibles consultas continuas con un proveedor de salud conductual por la web, teléfono o dispositivo móvil a través de Teladoc.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15; sin deducible. También están disponibles consultas continuas con un proveedor de salud conductual por la web, teléfono o dispositivo móvil a través de Teladoc.	Se paga al 60 % tras 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
		Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas pruebas psicológicas, pruebas neurológicas y pacientes ambulatorios intensivos.		Enfoque adicional en la revisión y coordinación de la atención en situaciones complejas, incluidas pruebas psicológicas, pruebas neurológicas y pacientes ambulatorios intensivos.	
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 % tras el deducible (sin cargo por atención preventiva).	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15 por visita (sin cargo por atención preventiva).	Se paga al 60 % tras el deducible.
		También hay disponible acceso adicional a consultas médicas con un médico por la web, teléfono o dispositivo móvil para servicios seleccionados a corto plazo a través de Teladoc.		También hay disponible acceso adicional a consultas médicas con un médico por la web, teléfono o dispositivo móvil para servicios seleccionados a corto plazo a través de Teladoc.	

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
Medicamentos de venta con receta (venta minorista)					
Para un suministro de 30 días: Medicamentos genéricos: copago de \$15. Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. Medicamentos de marca: copago de \$30 Los medicamentos y los dispositivos anticonceptivos de marca están sujetos a copago.	Para un suministro de 30 días: Medicamentos genéricos: copago de \$15. Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %. Medicamentos de marca: copago de \$30 Los medicamentos y los dispositivos anticonceptivos de marca están sujetos a copago.	Venta minorista: Suministro de 31 días Reforma sanitaria (Health Care Reform, HCR): ciertos medicamentos preventivos están cubiertos al 100 %. Medicamentos genéricos: 30 % de coseguro. Medicamentos de marca: 40 % de coseguro. El coseguro mínimo por receta es de \$10, o bien, si es menor, equivale al costo real del medicamento. El máximo es de \$100 por medicamento.	Este servicio no está cubierto.	Venta minorista: Suministro de 31 días Reforma sanitaria (Health Care Reform, HCR): ciertos medicamentos preventivos están cubiertos al 100 %. Medicamentos genéricos: 30 % de coseguro. Medicamentos de marca: 40 % de coseguro. El coseguro mínimo por receta es de \$10, o bien, si es menor, equivale al costo real del medicamento. El máximo es de \$100 por medicamento.	Este servicio no está cubierto.
Los medicamentos recetados para dejar de fumar no están sujetos a copago de farmacia.	Los medicamentos recetados para dejar de fumar no están sujetos a copago de farmacia.	Se aplica un coseguro a los medicamentos de venta con receta de \$1,200 de gasto de bolsillo máximo anual por persona, \$3,600 por familia. Ciertos medicamentos preventivos genéricos y de marca de la Reforma sanitaria están cubiertos al 100 % con receta, incluidos anticonceptivos, estatinas y VIH. 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. Coseguro para medicamentos contra el asma, el colesterol alto y para dejar de fumar: 10 % para medicamentos genéricos y 20 % para medicamentos de marca.			
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 %.	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	Pedido por correo: suministro de hasta 90 días (suministro de 32 a 90 días) Reforma sanitaria (Health Care Reform, HCR): ciertos medicamentos preventivos están cubiertos al 100 %.	Este servicio no está cubierto.	Pedido por correo: suministro de hasta 90 días (suministro de 32 a 90 días) Reforma sanitaria (Health Care Reform, HCR): ciertos medicamentos preventivos están cubiertos al 100 %.	Este servicio no está cubierto.

Medicamentos de marca: copago de \$90	Medicamentos genéricos: 30 % de coseguro. Medicamentos de marca: 40 % de coseguro. El mínimo de receta es de \$20; el máximo es \$200 por medicamento.	Medicamentos genéricos: 30 % de coseguro. Medicamentos de marca: 40 % de coseguro. El mínimo de receta es de \$20; el máximo es \$200 por medicamento.
Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos están cubiertos, sujetos al copago de la farmacia.		

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 preventivos y de bienestar					
Se paga al 100 % tras el Copago de \$15.	Se paga al 100 % tras el Copago de \$15.	Se paga al 100 % para servicios recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) . Incluye exámenes físicos para adultos y de salud infantil, vacunas, exámenes rectales digitales/prueba de antígeno prostático específico, consultas sobre lactancia y exámenes de detección de cáncer de mama y colorrectal.	es posible que se apliquen deducibles y coseguros.	Se paga al 100 % para servicios recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) . Incluye exámenes físicos para adultos y de salud infantil, vacunas, exámenes rectales digitales/prueba de antígeno prostático específico, consultas sobre lactancia y exámenes de detección de cáncer de mama y colorrectal.	es posible que se apliquen deducibles y coseguros.
Servicios de rehabilitación (pacientes internados)					
Se paga al 100 % tras el copago de \$200 por ingreso. Máximo de 60 días por año calendario (combinado con otros beneficios de terapia).	Se paga al 100 % tras el deducible.	Se paga al 80 % tras el copago de \$200; sin deducible.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.	Se paga al 90 % tras el copago de \$200; sin deducible. Máximo de 120 días por año calendario para servicios de enfermería especializada y rehabilitación, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.
Servicios de rehabilitación (pacientes ambulatorios)					
Se paga al 100 % tras el Copago de \$15. Máximo de 60 visitas por año calendario (combinado con otros beneficios de terapia).	Copago de \$15. Se aplica el deducible.	Se paga al 80 % tras el deducible. Veinticinco visitas por año calendario para fisioterapia, masajes y terapia ocupacional; incluye servicios hospitalarios ambulatorios. Es posible que se cubran visitas adicionales si se consideran médicamente necesarias.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15; sin deducible. Veinticinco visitas por año calendario para fisioterapia, masajes y terapia ocupacional; incluye servicios hospitalarios ambulatorios. Es posible que se cubran visitas adicionales si se consideran médicamente necesarias.	Se paga al 60 % tras 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
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; sin deducible. Máximo de 90 días por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.	Se paga al 90 % tras el copago de \$200; sin deducible. Máximo de 120 días por año calendario para servicios de rehabilitación y enfermería especializada, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.
Tratamiento para dejar de fumar					
Se paga al 100 % para sesiones individuales o grupales. La terapia de reemplazo de nicotina se incluye en el beneficio de medicamentos de venta con receta.	Se paga al 100 % para sesiones individuales o grupales.	Máximo vitalicio de un suministro de 90 días de medicamentos o asistencia. Coseguro del 10 % para medicamentos genéricos y 20 % para medicamentos 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.
Manipulaciones de la columna vertebral (quiropática)					
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 % tras el deducible. Máximo de 10 visitas por año calendario para dentro y fuera de la red combinados.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15; sin deducible. Máximo de 20 visitas por año calendario para dentro y fuera de la red combinados.	Se paga al 60 % tras el deducible.
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; sin ded.	Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.
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 % tras el deducible. Ligadura de trompas: 100 % sin copago; sin deducible.	Paciente ambulatorio: Se paga al 60 % tras el deducible.	Paciente ambulatorio: Se paga al 90 % tras el deducible. Ligadura de trompas: 100 % sin copago; sin deducible.	Paciente ambulatorio: Se paga al 60 % tras 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
Servicios de articulación temporomandibular					
Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. Máximo vitalicio de \$5,000 para servicios no quirúrgicos, tanto dentro y como fuera de la red.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. Máximo vitalicio de \$5,000 para servicios no quirúrgicos, tanto dentro y como fuera de la red.	Están cubiertos como cualquier otro servicio; los copagos/coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado.
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 % tras el deducible.	Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de \$200 Paciente ambulatorio: Se paga al 60 % tras el deducible.	Paciente internado: Se paga al 90 % tras el 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 el copago de \$15. Un examen cada 12 meses. Los dispositivos no están cubiertos.	Cubierto por VSP.		Cubierto por VSP.	

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
Radiografías y análisis de laboratorio					
Se paga al 100 %.	Se paga al 100 %. Se aplica el deducible.	Se paga al 80 % tras el deducible. El proveedor es responsable de obtener la certificación previa de radiología de alta tecnología	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 90 % tras el deducible. El proveedor es responsable de obtener la certificación previa de radiología de alta tecnología	Se paga al 60 % tras el deducible.

- * 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 sus familiares cubiertos a encontrar proveedores; lidiar con problemas de facturación, reclamos y apelaciones; comprender diagnósticos y opciones de tratamiento, y gestionar enfermedades crónicas.

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

Primas de atención médica

Reparto de primas 2024

A partir del 1 de enero de 2024, 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	\$1,929.24	\$1,881.12	\$48.12	\$1,830.74	\$98.50
Plan tradicional de la City of Seattle	\$1,747.52	\$1,747.52	\$0.00	\$1,715.18	\$32.34
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$1,395.08	\$1,346.68	\$48.40	\$1,295.18	\$99.90
Plan con deducible de Kaiser Permanente	\$1,285.71	\$1,260.71	\$25.00	\$1,228.79	\$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.

* Los acuerdos de negociación entre el jefe de bomberos y los CMEO tienen contribuciones a las primas diferentes a las que se muestran aquí. Comuníquese con el representante de su departamento para conocer su tabla de primas.

** Siempre que sean dependientes fiscales del IRS.

Primas de atención médica

Inscripción del cónyuge/pareja de hecho

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

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

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.

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).

Aportes a las primas después de impuestos

Si decide dar cobertura a una pareja de hecho **que no 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. En la columna “**Aportes mensuales a las primas después de impuestos**”, se 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 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 médica

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

Importe del beneficio imponible – (con DDWA)

Información sobre la cobertura de parejas de hecho

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, los siguientes importes figurarán 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 para que no pague impuestos dos veces).

Valores de la cobertura médica/dental/de la vista con cobertura del servicio Delta Dental of Washington

Valores imponibles mensuales de 2024 de la cobertura de la City que se proporciona a las siguientes personas:

Su pareja de hecho, que no es dependiente fiscal del IRS.
El hijo de su pareja de hecho, que no es un dependiente fiscal del IRS.

Tipo de cobertura	Importe imponible de la pareja de hecho	Importe imponible por hijo
Plan preventivo	\$917.43	\$774.24
Plan tradicional	\$844.31	\$701.32
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$648.34	\$559.87
Plan con deducible de Kaiser Permanente	\$613.06	\$515.98
Cobertura de DDWA	\$57.30	\$40.11
Cobertura para la atención de la vista	\$4.50	\$3.15
Plan de compra de atención de la vista	\$9.43	\$6.60
Valor imponible total con el plan básico de los seguros de DDWA y VSP		
Plan preventivo	\$979.23	\$817.50
Plan tradicional	\$906.11	\$744.58
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$710.14	\$603.13
Plan con deducible de Kaiser Permanente	\$674.86	\$559.24
Valor imponible total con el plan de compra de los seguros de DDWA y VSP		
Plan preventivo	\$984.16	\$820.95
Plan tradicional	\$911.04	\$748.03
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$715.07	\$606.58
Plan con deducible de Kaiser Permanente	\$679.79	\$562.69

Primas de atención médica

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

Importe del beneficio imponible (con DHS)

Valores de la cobertura para la atención médica/dental/de la vista con cobertura de Dental Health Services (DHS)

Valores imponibles mensuales de 2024 de la cobertura de la City que se proporciona a las siguientes personas:

Su pareja de hecho, que no es dependiente fiscal del IRS.
El hijo de su pareja de hecho, que no es un dependiente fiscal del IRS.

Tipo de cobertura	Importe imponible de la pareja de hecho	Importe imponible por hijo
Plan preventivo	\$917.43	\$774.24
Plan tradicional	\$844.31	\$701.32
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$648.34	\$559.87
Plan con deducible de Kaiser Permanente	\$613.06	\$515.98
Cobertura de DHS	\$67.75	\$47.42
Plan básico de atención de la vista	\$4.50	\$3.15
Plan de compra de atención de la vista	\$9.43	\$6.60
Valor imponible total con el plan básico de los seguros de DHS y VSP		
Plan preventivo	\$989.68	\$824.81
Plan tradicional	\$916.56	\$751.89
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$720.59	\$610.44
Plan con deducible de Kaiser Permanente	\$685.31	\$566.55
Valor imponible total con el plan de compra de los seguros de DHS y VSP		
Plan preventivo	\$994.61	\$828.26
Plan tradicional	\$921.49	\$755.34
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$725.52	\$613.89
Plan con deducible de Kaiser Permanente	\$690.24	\$570.00

Cobertura de medicamentos de venta con receta

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)

Planes preventivos y tradicionales (Aetna)

Con los planes de Aetna, usted paga el 30 % del costo real por medicamentos genéricos y el 40 % por medicamentos de marca preferidos y no preferidos, hasta un máximo de \$100 por medicamento al mes. Hay un gasto de bolsillo máximo anual de \$1,200 por miembro para medicamentos de venta minorista y de pedido por correo.

El nombre del formulario de Aetna es *Aetna Standard Plans (Planes estándar de Aetna)*. En este formulario, se proporciona una lista de los medicamentos que cubre su plan. Para buscar medicamentos específicos, ingrese a <https://www.aetna.com/individuals-families/find-a-medication.html>.

Presente su tarjeta de identificación del plan médico en cualquier farmacia de venta 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.

Planes de Kaiser Permanente

Usted es responsable de un copago de \$15 por medicamentos genéricos y de un copago de \$30 por 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 a 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
Gastos de bolsillo máximo anual			\$1,200	\$1,200
Venta minorista				
<ul style="list-style-type: none"> Días de suministro 	30 días.	30 días.	31 días	31 días
<ul style="list-style-type: none"> Coseguro 	Usted abona un copago de \$15 por medicamentos genéricos; un copago de \$30 por medicamentos de marca.	Usted abona un copago de \$15 por medicamentos genéricos; 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*.
<ul style="list-style-type: none"> 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
<ul style="list-style-type: none"> Gastos mensuales de bolsillo máximos 	No se aplica.	No se aplica.	\$100 por receta	\$100 por receta
<ul style="list-style-type: none"> 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				
<ul style="list-style-type: none"> mínimo 	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.
<ul style="list-style-type: none"> 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.
<ul style="list-style-type: none"> Gastos mensuales de bolsillo máximos 	No se aplica.	No se aplica.	\$200 por receta.	\$200 por receta.
<ul style="list-style-type: none"> Días de suministro 	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 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 cobertura 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 las personas 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.

Planificar con anticipación

Use su cuenta de gastos flexibles de atención médica para pagar sus gastos de bolsillo para atención dental 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 usted **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.

Para comenzar, visite: <https://www.dentalhealthservices.com/> y haga clic en “Afiliados del plan”. Desde aquí, podrá:

- 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 DHS y se debe usar en la pantalla **Registrar afiliado** al configurar su cuenta.

Si no proporcionó su correo electrónico personal o no funcionó en la pantalla **Registrar afiliado**, comuníquese directamente con DHS al 206-788-3444 para solicitar su número de afiliado.

Este plan tiene un copago por visita al consultorio de \$10 para todos los miembros cubiertos y también hay copagos para servicios seleccionados. En la comparación de planes en la siguiente página, se enumeran los servicios y los requisitos de copago.

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 curso del tratamiento de ortodoncia. **NOTA:** en el caso de los miembros que ya están en tratamiento cuando se unen al plan de DHS de la City, no hay transición de atención. El beneficio de ortodoncia está disponible solo para pacientes nuevos.

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

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.

Acceso a la atención

(Notifique a DHS una vez que haya seleccionado a su proveedor de atención)

Pago de los servicios básicos

Ortodoncia

Planificar con anticipación

Tarjetas de identificación

Comparación de planes

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 (sin 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 pago de incentivos* 1.º año: 80 % 2.º año: 90 % 3.º año: 100 %	Sin copago para abastecimiento general Cubre empastes compuestos en todos los dientes (el costo de empastes compuestos posteriores es de \$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	\$125 más \$10 de copago por visita al consultorio (dentaduras postizas) \$75 más \$10 de copago por visita al consultorio (puentes)
Ortodoncia Para DDWA: la transición de la atención está disponible para nuevos afiliados 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 DHS de la City.	Disponible para niños y adultos. El plan paga el 50 % hasta un máximo vitalicio de \$2,000; no se aplica deducible.	Disponible para niños y adultos. Adultos (mayores de 25 años): \$1,800 más \$150 por examen inicial, modelos de estudio y radiografías, cubre el tratamiento completo más \$10 de copago por cada visita. Casos de ortodoncia (menores de 25 años): copago de \$1,000 más \$150 para el examen inicial, modelos de estudio y radiografías, solo cubre el tratamiento completo; más copago de \$10 por cada visita.
Elección de proveedores	Dentro de la red: Cualquier proveedor contratado. Fuera de la red: Los gastos pagados se basarán en los cargos 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 un dentista general. Si es referido a un periodoncista, el miembro paga el 20 %. Hasta 4 visitas para situaciones específicas.
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 aplicable (\$50 para dientes anteriores, \$75 para bicúspides o \$100 para conductos radiculares molares). Si es referido 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 de visita al consultorio de \$10 para un dentista general. Si es referido a un cirujano oral, 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 2024 para la mayoría de los empleados de la City

Plan dental	Importe total de la prima mensual	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

Empleados nuevos: Recuerde que dispone de 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los planes de seguro médico, dental, de la vista y la mayoría de los planes opcionales.

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

Cobertura para la atención de la vista y comparación de planes

Planificar con anticipación

La City ofrece dos planes de atención de la vista a través de VSP: el plan básico, que la City paga en su totalidad, y el plan de compra, que paga el empleado. A continuación, se muestra una comparación lado a lado de los dos planes. 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.

El plan no cubre gastos superiores a los copagos, las asignaciones dentro de la red y los montos programados fuera de la red. Use su FSA para pagar estos gastos con dinero antes de impuestos.

Tarjetas de identificación

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 haya configurado su cuenta en línea, podrá imprimir una tarjeta de identificación.

Comparación de los planes de la vista

Beneficio del plan <i>La frecuencia de los beneficios es cada año de plan, a menos que se indique lo contrario.</i>	TIPO DE PLAN	
	Plan básico de VSP <i>(La City paga la prima).</i>	Plan de compra de VSP <i>(El empleado paga la prima).</i>
Examen WellVision (de la vista)	Copago de \$10	Igual que el plan básico
Anteojos con graduación	Copago de \$25	Igual que el plan básico
Monturas <i>Plan básico: cada dos años</i>	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 <i>Incluye: monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea. Lentes de policarbonato para hijos dependientes</i>	
Mejoras de las lentes	Lentes progresivas estándares*: \$55 Lentes progresivas premium*: \$95-\$105 Lentes progresivas* personalizadas: \$150-175	
Lentes de contacto <i>(en lugar de anteojos)</i>	Asignación de \$175 para lentes de contacto (sin copago). Copago de \$60: examen de lentes de contacto (adaptación y evaluación)	

Opciones fáciles: Plan de compra únicamente *(Copago incluido en el servicio de anteojos con graduación)*

Opciones de planes premium <i>Usted y cada miembro cubierto de su plan pueden elegir una de estas opciones de anteojos al comprar anteojos o lentes de contacto.</i>	Asignación adicional de \$75 para marcos o, Asignación adicional de \$25 para lentes de contacto o, Recubrimiento antirreflectante totalmente cubierto o, Lentes progresivas* totalmente cubiertas o, Lentes adaptativas fotocromáticas** totalmente cubiertas.
--	---

* 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 Ingrese en www.vsp.com/specialoffers para conocer los descuentos actualizados y los servicios adicionales para los afiliados.	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. <ul style="list-style-type: none"> • 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 bolsillo en su totalidad. VSP se encarga de determinar el pago del reclamo.*

Primas mensuales de la atención de la vista de 2024 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
Plan de compra	\$19.85	\$10.38	\$10.38

Empleados nuevos: Recuerde que dispone de 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los planes de seguro médico, dental, de la vista y los planes opcionales.

Planes de seguro opcionales

Seguros opcionales

A continuación, se presenta una lista de sus seguros opcionales. La City ofrece un seguro por discapacidad a largo plazo básico retribuido y comparte el costo del seguro de vida básico con usted. El empleado paga la totalidad de las primas por muerte accidental y desmembramiento. Puede adquirir cobertura de seguro adicional en un plazo de 30 días a partir de su fecha de contratación, durante el periodo de inscripción abierta o en un plazo de 30 días a partir de un cambio en el estado familiar que cumpla los requisitos. (El registro de un cambio de estado familiar no se aplica al LTD complementario).

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

Seguro por discapacidad a largo plazo (LTD)

El seguro por discapacidad a largo plazo le paga un beneficio mensual si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión que cuenta con cobertura. Este beneficio sustituye una parte de sus ingresos, lo que lo ayuda a afrontar sus obligaciones financieras en un momento de necesidad y le brinda la tranquilidad de saber que puede asegurar sus ingresos durante un periodo de incapacidad.

Plan por LTD básico frente a complementario

La City paga la totalidad del plan LTD **básico** y este proporciona un nivel “básico” de cobertura por LTD. El plan por LTD **complementario** es *opcional* y el empleado paga la totalidad de la prima. El plan complementario ofrece un mayor nivel de cobertura que el plan básico.

Si no está seguro de necesitar una cobertura por LTD complementaria, considere si podrá afrontar sus obligaciones financieras en caso de incapacidad. El riesgo de padecer una discapacidad puede ser mayor de lo que cree. Estadísticas recientes han demostrado lo siguiente:

- Más de la mitad de los estadounidenses no están preparados a nivel financiero para afrontar un periodo de incapacidad (*Fuente: Social Security Administration, Facts*)
- Menos del 5 por ciento de los accidentes y enfermedades que causan una discapacidad están relacionados con el trabajo (*Fuente: Council for Disability Awareness LTD Claims Review*)
- El 52 % de los adultos no tienen ahorros destinados para casos de emergencia (*Fuente: US Federal Reserve Board, Report on Economic Well-being*)

¿Necesito un plan por LTD complementario?

Lo ayudaremos a decidir. Cada persona tiene circunstancias y necesidades financieras únicas. Para evaluar si necesita cobertura complementaria por LTD, visite www.thehartford.com/benefits/cityofseattle.

Tenga en cuenta que la siguiente información es solo un resumen del plan. Para obtener información detallada específica sobre los beneficios por LTD, consulte el Certificado de cobertura.

Fecha de vigencia de la cobertura

La cobertura para el **plan por LTD básico** es automática: el representante de beneficios de su departamento lo inscribirá. En el caso del **plan por LTD complementario**, se debe inscribir dentro de los primeros 30 días de ser elegible (ya sea desde la fecha de contratación o desde el día en que comienza a ocupar un puesto elegible para recibir los beneficios). Si renuncia desde un principio, se permite la inscripción diferida durante un periodo posterior al de la inscripción abierta. *Consulte el Certificado para conocer los detalles del Periodo de cobertura.*

Seguro opcional: plan por 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 de enfermedad remunerado por la City, Seguro Social, indemnización laboral, etc.).

	Plan por LTD básico	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 por LTD básico	Plan complementario de LTD
Introduzca los ingresos mensuales	(1) \$667 <small><i>Nota: si los ingresos mensuales superan los \$667, introduzca por encima de \$667</i></small>	\$7,300 <small><i>Nota: si los ingresos mensuales superan los \$8,333, introduzca por encima de \$8,333</i></small>
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 \times 60\% = \400	$\$7,300 \times 60\% = \$4,380$

Importe de la prima

La City paga la prima del plan por LTD básico. 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 por LTD básico, y la parte del empleado de la prima del plan por LTD con cobertura adicional se deduce después de impuestos, los beneficios por LTD pagados están parcialmente libres de impuestos.

¿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. 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.

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: plan por discapacidad a largo plazo

Periodo de espera

Periodo de espera de los beneficios: El periodo de espera de los beneficios para el plan por LTD básico y complementario 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 el plan por LTD básico y complementario se detalla en el cuadro a continuación y se clasifica por edad según la edad habitual de jubilación del Seguro Social (Social Security Normal Retirement Age, SSNRA):

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
69 años o más al momento de la discapacidad	18 meses

¿Cuándo finalizan los beneficios?

Una discapacidad producto de una afección preexistente por la cual reciba tratamiento médico tres 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.

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)

Su seguro de vida es emitido por Securian Life Insurance Company, una filial de Securian Financial Group, Inc. (Securian Financial). La City ofrece dos niveles de seguro de vida a plazos opcional: básico y complementario. La City y usted pagan por el seguro de vida básico; usted paga el costo total del seguro de vida complementario. Se puede inscribir en un seguro de vida grupal a término dentro de los 30 días posteriores a la fecha de contratación, durante un periodo de inscripción abierta o dentro de los 30 días posteriores a un cambio en el estado familiar que cumpla los requisitos. Para obtener más información, consulte el Certificado de cobertura.

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 seguro de vida básico a plazos.

	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 cuando se combina con un seguro de vida complementario.
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 básico grupal a término 1.5 veces su sueldo anual hasta \$50,000 sin necesidad de presentar un formulario de evidencia de asegurabilidad. En el caso de un importe superior a \$50,000, se deberá presentar el formulario de 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 la herramienta en línea para tomar decisiones de beneficios de Securian Financial, 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	Prima mensual 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 ($118.50 \times 0.045 = \$5.33$). 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 a 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](https://www.securian.com/legacy).

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.

Recursos

Certificado de cobertura

[Certificado de cobertura](#)

Evidencia de asegurabilidad

[Evidencia de asegurabilidad](#)

Presentar un reclamo

Para presentar un reclamo, comuníquese con la Unidad de Beneficios 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.

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Seguro de vida grupal a plazos complementario

La City ofrece una opción de seguro de vida adicional: el seguro de vida grupal a plazos (Group Term Life, GTL) complementario. Si está inscrito en el GTL básico, puede adquirir el GTL complementario para usted y los miembros de su familia elegibles: cónyuge/pareja de hecho (Domestic Partner, DP) e hijos hasta los 26 años.

Las pautas del importe de la cobertura se detallan en el siguiente cuadro:

	Coseguro	Importe incremental	Emisión garantizada (GI)*	máximos
Empleado	\$5,000	\$5,000	El menor de los siguientes importes: 4 veces su sueldo anual redondeado a la cifra inferior a \$5,000 o \$1,000,000 si se combina con un seguro de vida básico.	El menor de los siguientes importes: 4 veces su sueldo anual, redondeado a la cifra inferior a \$5,000 o \$2,500,000 si se combina con un seguro de vida básico.
Cónyuge/pareja de hecho			\$50,000	
Hijo/hijos (hasta los 26 años)	\$2,000, \$5,000 o \$10,000			\$500,000: no debe exceder el 100 % del seguro de vida básico y complementario del empleado combinados.

* Consulte el Certificado de cobertura para obtener información detallada y específica sobre la emisión garantizada y los límites de cobertura.

Comuníquese con su representante de beneficios dentro de los 30 días posteriores a un aumento de sueldo si está inscrito en el importe máximo del seguro de vida complementario y desea aumentarlo.

Requisitos de elegibilidad

Empleado:

- Debe ser un empleado fijo.
- Debe elegir o estar inscrito en el GTL básico.
- Tiene garantizada la cobertura (en el nivel de GI que se indica en el cuadro anterior) si se inscribe dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que es elegible por primera vez. Sin embargo, si se inscribe más adelante durante un periodo de inscripción abierta, deberá completar 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 de evidencia de asegurabilidad antes de que su seguro de vida entre en vigencia.

Si se produce un cambio en su estado familiar durante el año, puede elegir o aumentar nuevamente su seguro de vida complementario hasta \$50,000. Puede elegir o aumentar el seguro siempre que el importe combinado (seguro de vida básico y complementario) no supere el millón de dólares.

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Requisitos de elegibilidad (continuación)

Dependiente:

- El empleado también debe elegir o estar inscrito en el GTL básico.
- “Cónyuge” se refiere a la persona con la que está legalmente casado o su pareja de hecho designada en la Declaración jurada de matrimonio/pareja de hecho archivada en su carpeta de Beneficios.
- “Hijo” se refiere a su hijo, hijastro, hijo de su pareja de hecho, hijo con custodia otorgada por la corte o hijo adoptado legalmente (**Nota:** No se requiere evidencia de asegurabilidad para el seguro de vida para niños).

Si se produce un cambio en su estado familiar durante el año, puede elegir o aumentar nuevamente su cobertura de seguro de vida complementario para niños.

- El cónyuge/pareja de hecho tiene garantizada la cobertura (en el nivel de GI que se indica en el cuadro anterior) si se inscribe dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que es elegible por primera vez. Sin embargo, si se inscribe más adelante durante un periodo de inscripción abierta, su cónyuge/pareja de hecho deberá completar 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 el seguro de vida entre en vigencia.

Si se produce un cambio en su estado familiar durante el año, puede elegir o aumentar nuevamente su seguro de vida complementario para el cónyuge/pareja de hecho en un incremento de \$5,000 siempre que el importe resultante no exceda el importe de emisión garantizada de \$50,000 o el 100 % del importe del empleado en concepto del seguro de vida básico y complementario vigente combinado.

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Costo de la prima

Usted paga la totalidad de la prima de la cobertura del seguro de vida complementario a plazos y, para que los miembros de su familia tengan cobertura, primero se debe inscribir en el seguro de vida básico.

Los costos del seguro de vida complementario a plazos para usted y su cónyuge/pareja de hecho se basan en **su** edad (la edad del empleado). Los costos para otorgar cobertura a los hijos elegibles son fijos y la prima mensual es la misma independientemente de a cuántos hijos se les otorgue cobertura.

En las siguientes tablas, se muestra el costo del seguro GTL complementario:

GTL complementario para el empleado y el cónyuge/pareja de hecho	
Edad del empleado	Costo mensual por \$1,000 de cobertura
Entre 18 y 29	\$.024
Entre 30 y 34	\$.035
Entre 35 y 39	\$.047
Entre 40 y 44	\$.066
Entre 45 y 49	\$.112
Entre 50 y 54	\$.171
Entre 55 y 59	\$.266
Entre 60 y 64	\$.407
Más de 65	\$.708
GTL complementario para niños	
<i>(un único importe de cobertura y costo mensual cubre a todos los hijos elegibles)</i>	
Importe de la cobertura	Costo mensual
\$2,000	\$0.36
\$5,000	\$0.90
\$10,000	\$1.80

Ejemplo: Cómo calcular el costo del GTL complementario

GTL complementario del empleado		GTL complementario del cónyuge/pareja de hecho	
Importe seleccionado	1. \$100,000	Importe seleccionado	1. \$40,000
Importe de la línea 1 dividido por \$1,000	2. 100	Importe de la línea 1 dividido por \$1,000	2. 40
Seleccione la tarifa que desee en la parte superior	3. \$.066	Seleccione la tarifa que desee en la parte superior	3. \$.066
Importe de la línea 2 multiplicado por el importe de la línea 3	4. \$6.60	Importe de la línea 2 multiplicado por el importe de la línea 3	4. \$2.64
Prima mensual:	\$6.60	Prima mensual:	\$2.64

Seguro opcional: seguro por AD&D

AD&D

Para ampliar su seguro de vida básico y complementario, puede comprar un seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para usted, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos. El seguro por AD&D paga un beneficio por muerte (suma principal o importe total del seguro) si la persona asegurada muere debido a un accidente que tiene cobertura. Además, paga un porcentaje del beneficio por muerte si la persona que está cubierta pierde una extremidad, la vista, el habla, la audición o queda paralizada. Por ejemplo, una persona que está cubierta por el seguro por AD&D recibiría el 50 % de la suma principal (importe total del seguro) si perdiera una extremidad debido a una lesión relacionada con un accidente que tiene cobertura.

Puede establecerse una cobertura en incrementos de \$25,000 hasta \$500,000. La cobertura de los miembros de su familia es un porcentaje del importe de su cobertura. Por ejemplo, John Smith tiene cobertura de "Empleado y su familia" para él y sus dos hijos (sin cónyuge). Si uno de sus hijos muere, recibe un pago del 20 % de la suma principal. Si John tuviera cónyuge, recibiría el 15 % de la suma principal si su hijo falleciera. Los gráficos que muestran los costos y los porcentajes de pago se encuentran en la siguiente página.

Cómo decidir si necesita el seguro por AD&D

Si no tiene un seguro de vida u otros planes de seguro para cubrir a su familia en caso de que le suceda algo, puede considerar comprar una cobertura por AD&D.

Empleados nuevos: Recuerde que dispone de 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en los planes de seguro médico, dental, de la vista y los planes opcionales.

Seguro opcional: seguro por AD&D

Costos del seguro por muerte accidental y desmembramiento

Costo del seguro por AD&D para la cobertura de “Empleado únicamente” y “Empleado y su familia”	Costo mensual para el empleado:		
	Suma principal:	Empleado únicamente:	Empleado y su familia
	\$25,000	\$.75	\$1.00
	\$50,000	\$1.50	\$2.00
	\$75,000	\$2.25	\$3.00
	\$100,000	\$3.00	\$4.00
	\$125,000	\$3.75	\$5.00
	\$150,000	\$4.50	\$6.00
	\$175,000	\$5.25	\$7.00
	\$200,000	\$6.00	\$8.00
	\$225,000	\$6.75	\$9.00
	\$250,000	\$7.50	\$10.00
	\$275,000	\$8.25	\$11.00
	\$300,000	\$9.00	\$12.00
	\$325,000	\$9.75	\$13.00
	\$350,000	\$10.50	\$14.00
	\$375,000	\$11.25	\$15.00
	\$400,000	\$12.00	\$16.00
	\$425,000	\$12.75	\$17.00
	\$450,000	\$13.50	\$18.00
\$475,000	\$14.25	\$19.00	
\$500,000	\$15.00	\$20.00	
Importes de pago si se selecciona la cobertura de “Empleado y su familia”	La familia incluye al empleado y:	Porcentaje de la suma principal que recibe si su cónyuge/pareja fallece	Porcentaje de la suma principal que recibe si un hijo fallece
	Cónyuge/pareja de hecho únicamente (sin hijos)	60 %	0 %
	Cónyuge/pareja de hecho e hijos	50 %	15 %
	Hijos únicamente (sin cónyuge/pareja de hecho)	0 %	20 %

Seguro opcional: cuentas de gastos flexibles

Cuentas de gastos flexibles

Navia Benefit Solutions administra los planes de la cuenta de gastos flexibles (FSA) de la City. Las FSA le permiten reservar dinero antes de impuestos de su nómina para la FSA de atención médica (mínimo anual de \$120, máximo anual de \$3,050) para pagar gastos elegibles que no están cubiertos a través de otros programas de beneficios y gastos relacionados con el trabajo elegibles para el plan de la FSA de asistencia diurna (hasta \$5,000 por hogar). Cuando deposita dinero en una FSA, no paga impuestos federales ni del Seguro Social. Como resultado, su ingreso sujeto a impuestos se reduce y sus impuestos son más bajos.

Se puede inscribir en las FSA: (1) dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación a través del Autoservicio para empleados, (2) durante un periodo de inscripción abierta o (3) dentro de los 30 días posteriores a un cambio en el estado familiar que cumpla los requisitos. **Para continuar participando, debe volver a inscribirse todos los años durante el periodo de inscripción abierta.**

Existen dos tipos de planes de la FSA:

Cuenta FSA de atención médica

FSA de atención médica: le permite reservar dinero (máximo anual de \$3,050 por empleado) para pagar los gastos elegibles que no están cubiertos por sus planes de salud (p. ej., deducibles, copagos o costos de ortodoncia que exceden el máximo del plan). Las primas de atención médica no son gastos elegibles porque ya se deducen de su nómina antes de impuestos. Debe presentar los recibos para obtener el reembolso antes del 31 de marzo del año siguiente. Para conocer los gastos elegibles, ingrese a www.naviabenefits.com.

Navia Benefit Solutions transferirá hasta \$610 del saldo restante de las cuentas FSA de atención médica de 2024 que no se haya utilizado a las cuentas de 2025. Cualquier saldo restante no utilizado **por encima** del límite de transferencia se perderá. Si no elige una FSA de atención médica de 2025, también se perderá el saldo de la cuenta de 2024 que sea inferior a \$120.

Cuenta FSA de asistencia diurna

FSA de asistencia diurna: le permite reservar dinero antes de impuestos para pagar los gastos elegibles de asistencia diurna de su hijo, cónyuge con discapacidad o padre dependiente fiscal (o cualquier persona que califique como dependiente en su formulario de impuestos del IRS) mientras usted y su cónyuge/pareja de hecho trabaja o busca empleo, o si su cónyuge que no trabaja se convierte en estudiante de tiempo completo (máximo anual de \$5,000 por hogar). Los fondos de la FSA de asistencia diurna que no se hayan utilizado no se transferirán al siguiente año del plan.

Seguro opcional: cuentas de gastos flexibles

Ejemplos de acontecimientos de la vida que cumplen los requisitos (no se incluyen todos)

Comuníquese con la Unidad de Beneficios si tiene alguna pregunta.

Si experimenta un acontecimiento de vida que cumple los requisitos como se describe a continuación, comuníquese con la Unidad de Beneficios a través de Benefits.Unit@seattle.gov dentro de los 30 días posteriores al acontecimiento para averiguar si es elegible para realizar un cambio en su FSA de atención médica o asistencia diurna.

- Reincorporación al trabajo después de una licencia (Nota: la reincorporación tras una licencia es el acontecimiento para un nacimiento o adopción e indica el periodo de 30 días para elegir la FSA para el cuidado de dependientes).
- Cambio de estado civil legal, lo que modifica su cantidad de dependientes elegibles (matrimonio, divorcio, etc.).
- Nacimiento de un hijo, adopción de un hijo elegible o colocación para adopción, o muerte de un dependiente.
- Cambio en su situación laboral o en la de su cónyuge/pareja de hecho que influya en sus necesidades de asistencia diurna.
- Cambio de las necesidades de asistencia diurna. Los ejemplos incluyen un niño que alcanza la edad máxima de 13 años, un cambio en el costo o la cobertura de la asistencia diurna o un cambio de proveedor de atención.

A medida que incurre en gastos elegibles, usted presenta facturas y recibos, y recibe un reembolso hasta el importe que elija que se retenga de sus nóminas durante todo el año. Existen restricciones sobre el importe que puede aportar y los tipos de gastos que se pueden reembolsar. Para conocer los gastos elegibles de asistencia diurna, ingrese a www.naviabenefits.com.

Configure su cuenta en línea

Cree su cuenta en línea utilizando su dirección de correo electrónico personal y el **código de la empresa: CS1**, compre en FSA Store, envíe un reclamo de reembolso, administre su tarjeta de beneficios Navia y mucho más en www.naviabenefits.com. Si tiene problemas con los reclamos o desea presentar una apelación, llame al (206) 425-452-3500 o al 1-800-669-3539. Para conocer los gastos elegibles, ingrese a www.naviabenefits.com.

Kinside

Todos los empleados de la City of Seattle tienen acceso a la red nacional de cuidado infantil de Kinside. Explore las vacantes actualizadas en centros preescolares, programas extracurriculares, campamentos de verano y mucho más. Pague a proveedores en línea y aproveche hasta un 20 % de descuento en servicios de cuidado infantil. Pague a su proveedor en línea con el dinero de su FSA de asistencia diurna. ¿No tiene una FSA? También puede pagar en línea mediante la cámara de compensación automatizada (Automated Clearing House, ACH). Se acabaron los reclamos engorrosos.

1. **Cree una cuenta:** Si ya tiene una cuenta de gastos flexibles, inicie sesión a través de su cuenta en línea en naviabenefits.com. Los empleados que no están inscritos en una FSA deben visitar join.kinside.com/city-of-seattle para crear una cuenta con su dirección de correo electrónico de empleado de la City of Seattle.

Seguro opcional: cuentas de gastos flexibles

Tarjeta de beneficios

- 2. Comience su búsqueda:** Ingrese la dirección de su domicilio para conocer los servicios de asistencia diurna, los centros de cuidado extracurricular, los campamentos de verano y los centros preescolares más cercanos a usted, consultar perfiles, descuentos y mucho más. Chatee con un encargado para que lo ayude a buscar las opciones de atención adecuadas para su familia.
- 3. ¿Tiene algún lugar en mente?** Disfrute de recorridos con un solo clic y ahorre en la inscripción en proveedores asociados. Un encargado puede ayudarlo con la reserva y la inscripción.

La tarjeta de beneficios de Navia es una tarjeta de débito que le permite acceder de manera directa a los fondos de su FSA de atención médica en lugar de pagar de su bolsillo y esperar el reembolso. Navia le enviará automáticamente una tarjeta de beneficios a través del correo de los EE. UU.

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 bienestar

Reach

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

- Aprenda a gestionar el estrés o lograr un mejor equilibrio entre el trabajo y la vida privada.
- Conéctese con servicios de defensa de la salud para obtener beneficios y responder preguntas clínicas.
- Involúcrese en su comunidad.
- Tome decisiones más saludables y medidas para mejorar su salud.
- Cree un presupuesto, administre deudas o planifique su futura jubilación.

Para comenzar a usar Reach, vaya a cityofseattle.limeade.com y regístrese. Para acceder a Reach en todo momento, descargue la aplicación Limeade e ingrese el código de la City of Seattle: seattle.

Programa de asistencia a los empleados (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 **remuneradas** sin licencia por año para las visitas del EAP. (Comuníquese con su supervisor para programar el horario si desea usar las horas remuneradas). Para comunicarse con Resources for Living, llame al 1-888-272-7252 o TTY 1-888-879-8274.

Weight Watchers

La City of Seattle ofrece ahorros especiales en soluciones seleccionadas para bajar de peso. Ahorre 50 % en los programas de Weight Watchers; obtenga un reembolso adicional de \$30 cada año por asistir a reuniones por recomendación de su médico. Los empleados fijos de la City y sus dependientes adultos que tienen cobertura médica de la City se pueden inscribir.

Inscríbase en ww.com/us/cityofseattle con la identificación de empleador: 62344, código de acceso del empleador: WW62344. Incluya el número de empleado, los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del participante y la información de la tarjeta de crédito. La dirección de todos los miembros de Weight Watchers de la City of Seattle es 700 Fifth Avenue, Seattle, WA 98104. Para conocer los precios y el formulario de reembolso, ingrese a <https://www.seattle.gov/human-resources/benefits/employees-and-covered-family-members/well-being-programs>.

Programas de bienestar

Hinge Health

Hinge Health es un programa para ayudar a los empleados y sus dependientes adultos con dolores de espalda y articulaciones. La solución digital está disponible sin costo de bolsillo.

Hinge Health incluye prevención, gestión del dolor agudo, recuperación del dolor crónico y apoyo antes o después de la cirugía. Según los resultados de la evaluación de inscripción, las opciones de tratamiento para los miembros pueden incluir una visita de fisioterapia virtual para todos los grupos de articulaciones y músculos, terapia de ejercicios basada en aplicaciones, materiales educativos, opinión médica de expertos o una tableta y sensores portátiles gratuitos.

Para inscribirse en Hinge Health, vaya a hingehealth.com/cityofseattle.

2nd .MD

Usted y sus familiares cubiertos tienen acceso a una segunda opinión con un experto médico. 2nd .MD le ayuda a usted y a sus familiares cubiertos a obtener una segunda opinión experta, sin costo alguno para usted. Obtenga una consulta médica virtual experta de un médico de élite certificado de una de las principales instituciones médicas. Si tiene preguntas sobre un diagnóstico, opción de tratamiento, cirugía o medicación, comuníquese con un especialista para obtener asesoramiento. Las afecciones incluyen cáncer, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, problemas digestivos, trastornos inmunológicos, problemas de salud de la mujer y problemas musculoesqueléticos.

Para comenzar, llame al 1-866-537-1324, descargue la aplicación de 2nd.MD y active su cuenta en línea en 2nd.md/cityofseattle.

Quit for Life

La City of Seattle se compromete a ayudar a los empleados a dejar de fumar, por lo que la City subsidia en su totalidad el costo del programa Quit For Life. Los empleados (y los miembros adultos elegibles de su familia) no pagan nada por el programa. Incluso el costo de los parches/chicles de nicotina está cubierto. Para inscribirse, llame a Quit for Life al 1-866-QUIT-4-LIFE (1-866-784-8454).

Programas de vida laboral

Seattle Shares

Seattle Shares es el programa de voluntariado y donaciones de los empleados de la City of Seattle. Se alienta a los empleados a donar a través de nuestro socio, United Way de King County (United Way of King County, UWKC) durante nuestra campaña anual. Además, se alienta a los empleados a donar directamente a la organización benéfica de su elección. Los empleados pueden ingresar en charitynavigator.org para buscar organizaciones benéficas o hacer donaciones a través del portal del navegador de organizaciones benéficas. Consulte inweb/seattleshares para obtener más información.

Career Quest

Career Quest es un programa de gestión de carreras profesionales que brinda oportunidades personalizadas de desarrollo profesional para los empleados que quieren ampliar sus habilidades o que buscan asistencia para alcanzar sus metas profesionales a largo plazo. El programa ofrece **talleres de desarrollo profesional, becas competitivas y sesiones rápidas de mentoría en toda la City**. Para ser elegible, debe ser un empleado fijo de la City y estar comprometido con el desarrollo de nuevas habilidades y competencias. Los empleados pueden obtener más información sobre el programa Career Quest y acceder a estos servicios ingresando en el [Centro de desarrollo profesional](#) o enviando un correo electrónico a CareerQuest@seattle.gov.

Programas de vida laboral

Office of the Ombud

La Office of the Ombud es un recurso confidencial, informal e independiente que presta servicio a todos los empleados actuales de la City of Seattle. La misión de la Office of the Employee Ombud 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 Ombud Office 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

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.

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.

Horas de la categoría de pago regular	Años de servicio	Vacaciones acumuladas por hora	Días por año	Horas por año	Saldo máximo
Menos de 08321	De 0 a 4	.0460	12	96	192
De 08321 a 18720	De 5 a 9	.0577	15	120	240
De 18721 a 29120	De 10 a 14	.0615	16	128	256
De 29121 a 39520	De 15 a 19	.0692	18	144	288
De 39521 a 41600	20	.0769	20	160	320
De 41601 a 43680	21	.0807	21	168	336
De 43681 a 45760	22	.0846	22	176	352
De 45761 a 47840	23	.0885	23	184	368
De 47841 a 49920	24	.0923	24	192	384
De 49921 a 52000	25	.0961	25	200	400
De 52001 a 54080	26	.1000	26	208	416
De 54081 a 56160	27	.1038	27	216	432
De 56161 a 58240	28	.1076	28	224	448
De 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 sistema de jubilación de la City of Seattle, 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.

Transferencia de la licencia por enfermedad

La City cuenta con un programa de transferencia de licencia por enfermedad. Puede solicitar que otros empleados le donen hasta 560 horas de licencia por enfermedad por un mismo incidente si cumple todos los siguientes requisitos:

Para obtener más información sobre la transferencia de licencias por enfermedad, consulte el Reglamento del personal 7.7.5 y las políticas de su departamento.

- Ha agotado, o agotará en el periodo de pago actual, sus saldos de licencia con goce de sueldo debido a una enfermedad, lesión, impedimento o afección física o mental personal que probablemente lo obligue a tomarse una licencia sin goce de sueldo o dejar de trabajar para la City.
- Proporciona un certificado médico de su proveedor de atención médica que corrobore la naturaleza y la duración prevista de su afección y la necesidad de ausentarse del trabajo.
- Ha utilizado su saldo de licencia por enfermedad con prudencia.
- No es elegible para los beneficios en virtud del capítulo 4.44 del Código Municipal de Seattle (Seattle Municipal Code, SMC) o en virtud de las Leyes Estatales de Asistencia Médica y Seguros Industriales.

Además, puede donar ocho o más horas de licencia por enfermedad a un empleado destinatario autorizado, siempre que la donación no provoque que el saldo de su licencia por enfermedad disminuya a 240 horas.

Política de licencias

Días festivos

La mayoría de los empleados de la City son elegibles para recibir 12 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 2024*.

Día de Año Nuevo	Lunes, 1 de enero de 2024
Día de Martin Luther King Jr.	Lunes, 15 de enero de 2024
Día del Presidente	Lunes, 19 de febrero de 2024
Día de los Caídos	Lunes, 27 de mayo de 2024
Día de la Emancipación	Miércoles, 19 de junio de 2024
Día de la Independencia (oficial)	Jueves, 4 de julio de 2024
Día del Trabajo	Lunes, 2 de septiembre de 2024
Día de los Pueblos Indígenas	Lunes, 14 de octubre de 2024
Día de los Veteranos	Lunes, 11 de noviembre de 2024
Día de Acción de Gracias	Jueves, 28 de noviembre de 2024
Día siguiente al Día de Acción de Gracias	Viernes, 29 de noviembre de 2024
Día de Navidad (oficial)	Miércoles, 25 de diciembre de 2024

Día de emergencia

El día festivo del Día de Año Nuevo de 2025 será el 1 de enero de 2025.

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

Días festivos optativos

Se le acreditarán dos días festivos optativos (personales) el 1 de enero de cada año. Las personas con diez o más años de crédito de servicio reciben cuatro días festivos optativos personales. Puede tomarlos en incrementos de día completo en cualquier momento tras la aprobación del supervisor. Los días festivos personales no se pueden transferir de un año a otro ni se pueden cobrar al final del año. ¡Úselos o los perderá!

Los empleados que trabajan en un horario de 4/10 o 9/80 reciben un pago de ocho horas por día festivo. Deben cubrir la diferencia con vacaciones o tiempo compensatorio, tomarlo sin goce de sueldo o trabajar horario flexible. Para obtener más información, consulte los [Reglamentos del personal](#) 7.6 en seattle.gov/human-resources/rules-and-resources/personnel-rules. Los empleados representados también deben consultar sus convenios colectivos para conocer las disposiciones relacionadas con los días festivos personales.

Licencia por duelo

Todos los empleados, incluidos los empleados temporales, tienen derecho a cinco días de licencia 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 por razones médicas y familiares

La City proporciona hasta 90 días calendario de licencia por razones médicas y familiares sin goce de sueldo por año calendario continuo de 12 meses. Las horas se prorratean para los empleados a tiempo parcial. Los empleados son elegibles para usar la licencia después de cumplir seis meses de empleo. Los empleados elegibles pueden optar por utilizar su licencia acumulada con goce de sueldo, como vacaciones, licencia por enfermedad, día festivo optativo, etc., durante un período de licencia por razones médicas y familiares (Family Medical Leave, FML) aprobado por la City. La licencia por FML de la City es una licencia protegida, que permite la reincorporación al puesto de trabajo, la continuación de los beneficios del seguro médico y la protección contra represalias.

Cuando utilice la licencia por razones médicas y familiares para el cuidado no médico de su hijo recién nacido o de un hijo que haya recibido en acogida o adopción, debe proporcionar un aviso con 30 días de anticipación, cuando sea posible. Cualquier uso de la licencia por razones médicas y familiares intermitente para el cuidado no médico de su nuevo hijo debe ser de mutuo acuerdo entre usted y su supervisor. Debe presentar un registro de nacimiento o colocación que certifique la fecha de dichos acontecimientos.

Cuando se toma una licencia por razones médicas y familiares para atender su propia afección de salud grave o la de un miembro elegible de su familia, debe proporcionar la mayor cantidad de avisos posible. Además, debe presentar un certificado de su proveedor de atención médica que corrobore la afección de salud grave.

Política de licencias

Licencia para actuar como jurado

Además, si solicita la licencia por razones médicas y familiares debido a su propia afección de salud grave, necesitará la autorización de su proveedor de atención médica para volver al trabajo. 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.](#)

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.

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

- 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 prorratan 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 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 prorratan 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 sabática

Puede ser elegible para solicitar una licencia sabática sin goce de sueldo de hasta 12 meses después de completar el equivalente a siete años de empleo fijo continuo de tiempo completo en la City. Una licencia sabática se diferencia de una licencia personal en que se garantiza la reincorporación a su puesto de trabajo. (Esta garantía no es mayor que si no estuviera de licencia). Además, recibirá beneficios de atención médica a razón de un mes de cobertura por cada año de empleo completado, hasta un máximo de 12 meses. También puede cobrar cualquier licencia por enfermedad que no haya utilizado superior a 240 horas al 25 % de su valor actual.

Para obtener información adicional, consulte los **Reglamentos del personal** en seattle.gov/human-resources/rules-and-resources/personnel-rules.

Para solicitar cualquiera de estos programas de 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 Washington State Employment Security Department 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.

Derechos y responsabilidades de los empleados

Su entorno de trabajo

Como empleado de la City, usted tiene varios derechos y responsabilidades.

Tiene derecho a un entorno de trabajo libre de discriminación y acoso por motivos de raza, género, edad, nacionalidad, color, credo, identidad de género, religión, ascendencia o presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física. Debe informar a la autoridad competente de cualquier incidente de acoso o discriminación ilegal que sufra o del que sea testigo. Para conocer el procedimiento de notificación e investigación de las denuncias de acoso laboral, ingrese a <http://sdhrweb/safety/workplaceviolence.asp>.

Empleo

Su puesto (trabajo) puede representarse en virtud de un convenio colectivo entre la City y un sindicato autorizado. En caso afirmativo, tendrá todos los derechos y condiciones de empleo descritos en dicho convenio. Las disposiciones de su convenio colectivo prevalecerán sobre cualquier política, procedimiento o reglamento del personal con los que haya discrepancias.

Tiene derecho a competir abiertamente por los puestos de trabajos de la City para los que está calificado. Puede utilizar el tiempo y los equipos de la City (p. ej., computadoras y fotocopiadoras) de manera razonable para participar en los procesos de solicitud de empleo, entrevistas y pruebas de la City.

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 City of Seattle tiene la intención de continuar con estos planes de manera indefinida. 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.

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 nómina 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 lunes a viernes de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados de 6:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora del Pacífico). 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 a 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
2024	\$23,000	\$7,500

Jubilación

Sistema de jubilación de la City

Si lo contratan para desempeñar una función pública, automáticamente se convierte en miembro del Sistema de jubilación de empleados de la City of Seattle (Seattle City Employees' Retirement System, SCERS). Usted aporta un porcentaje de su sueldo al fondo de jubilación a través de una deducción de nómina (se descuenta antes de impuestos). Si es un empleado exento (funcionario exento), la membresía es opcional y se puede inscribir en cualquier momento.

SCERS II es un nuevo Plan de jubilación para empleados elegibles de la City of Seattle que hayan sido contratados el 1 de enero de 2017 o después. El nuevo plan permite garantizar un fondo de jubilación sustancioso para los jubilados de la City of Seattle en los años venideros. SCERS II forma parte de un paquete de beneficios competitivo que se compara con el promedio nacional y regional.

Cuadro comparativo

Tanto SCERS I como SCERS II funcionan básicamente de la misma manera y comparten muchas disposiciones entre sí. En esta tabla, se resumen las diferencias más significativas entre SCERS I y SCERS II.

	SCERS I	SCERS II
Tasa de aporte de los empleados	10.03 %	7.0 %
Sueldo promedio final	Los 52 periodos de pago más altos	Los 130 periodos de pago más altos
Edad mínima de jubilación	Los empleados en servicio activo son elegibles tras alcanzar: <hr/> De 5 a 9 años de servicio y 62 años <hr/> De 10 a 19 años de servicio y 57 años <hr/> De 20 a 29 años de servicio y 52 años <hr/> Más de 30 años de servicio y cualquier edad	<i>Los empleados en servicio activo son elegibles tras alcanzar:</i> <hr/> De 5 a 9 años de servicio y 60 años <hr/> De 10 a 19 años de servicio y 57 años <hr/> Más de 20 años de servicio y 55 años
Multiplicador de beneficios ganados por año de servicio	Máximo de 2 por ciento. Consulte la tabla en el SMC 4.36.605.	Máximo de 1.75 por ciento. Consulte la tabla en el SMC 4.36.608.
Cálculo del beneficio mínimo	Los aportes más los intereses multiplicados por dos.	El beneficio se calcula en función de la edad y la antigüedad. Consulte la tabla en el SMC 4.36.608.

Jubilación

Sistema de jubilación de la City (continuación)

¿En qué le afecta el SCERS II?

- Los afiliados actuales que hayan sido contratados e inscritos antes del 1 de enero de 2017 continuarán en el SCERS I.
- Los nuevos afiliados que hayan sido contratados el 1 de enero de 2017 o después se inscribirán en el SCERS II, a menos que sus años de servicio sean elegibles para un redepósito en el SCERS I.
- A partir del 1 de enero de 2017, los empleados temporales exentos o elegibles cuya fecha de elegibilidad sea anterior al 1 de enero de 2017 serán inscritos en el SCERS I en caso de optar por incorporarse al sistema de jubilación. Luego, tendrán *la opción de cambiarse al SCERS II en un plazo de 60 días*. Las personas que opten por el cambio definitivo perderán el derecho a recibir el crédito de servicio de jubilación adquirido antes de decidir afiliarse al SCERS.
- Después del 1 de enero de 2017, los exafiliados del SCERS I que retiraron sus aportes, volvieron a trabajar para la City y son elegibles para el redepósito se volverán a inscribir en el SCERS I con *la opción de cambiar al SCERS II dentro de los 60 días*. Las personas que opten por el cambio definitivo perderán el derecho a redepositar el crédito del servicio de jubilación adquirido en el SCERS I.

Si es un exempleado de la City y está interesado en adquirir el crédito de servicio para la jubilación en función de su empleo anterior, puede comunicarse con la Oficina de Jubilación para obtener información detallada y averiguar si es elegible.

Si ha trabajado para el Estado u otras administraciones locales, puede optar por combinar su tiempo de servicio para poder jubilarse.

Para obtener más información, llame a la Oficina de Jubilación de la City of Seattle al 206-386-1292, visite su sitio web en seattle.gov/retirement o envíe un correo electrónico a la Oficina de Jubilación a través de City.Retirement@Seattle.gov.

Este documento es una guía que se debe utilizar junto con la sección 4.36 del Código Municipal de Seattle (Seattle Municipal Code, SMC). Las normas que rigen los beneficios de jubilación de los afiliados se detallan en el Código Municipal de Seattle. Si hay alguna discrepancia entre la información que se incluye en este documento y la información que se incluye en el código, prevalecerá el código correspondiente.

Beneficio por fallecimiento del sistema de jubilación

Los trabajadores en servicio activo quedan automáticamente inscritos en el Programa de beneficios por fallecimiento. Los jubilados pueden optar por retener este beneficio. 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. El beneficio 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.
mínimo	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 Unidad de Beneficios del departamento de Recursos Humanos de Seattle al 206-615-1340.

Accolade	866-540-5418	https://login.myacolade.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 jubilación 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, AD&D, LTD		Representante de beneficios de su departamento
Cuentas de gastos flexibles de atención médica/asistencia diurna	800-669-3539	naviabenefits.com
Unidad de beneficios de la City	206-615-1340	seattle.gov/human-resources/benefits
Autoservicio para empleados		seattle.gov/ess/