



# Guía de beneficios para empleados

Beneficios para empleados temporales elegibles de la City of Seattle\*

**2025**

6/30/2025

\* Consulte la siguiente página para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

## Requisitos de elegibilidad de los empleados temporales de la City para recibir beneficios

| Programa de beneficios                                 | TMP                                                        | TMP                                                                                                 | TMP                                                                                                                                 | TBE                                                                                                           | TBE                                                             |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Tipo de empleo temporal                                | TMP: Asignación temporal interina o a corto plazo *, ***** | TMP: Asignación temporal de menos de media jornada (trabajadores de temporada, de guardia) *, ***** | Empleado temporal de horario variable (trabajó 30 horas o más a la semana en promedio durante los 12 meses anteriores) *****, ***** | Asignación temporal a corto plazo o interina (después de la asignación vigente de 1,040 horas trabajadas) *** | TLT: Asignación temporal por plazo limitado (de 1 a 3 años) *** |
| Cobertura para la atención médica                      | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | Sí                                                                                                                                  | Sí                                                                                                            | Sí                                                              |
| Cobertura para la atención dental                      | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | Sí                                                                                                                                  | Sí                                                                                                            | Sí                                                              |
| Cobertura para la atención de la vista (básica)        | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | Sí                                                                                                                                  | Sí                                                                                                            | Sí                                                              |
| Cobertura para la atención de la vista (adicional)     | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | No elegible                                                                                                                         | No elegible                                                                                                   | No elegible                                                     |
| AD&D                                                   | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | No elegible                                                                                                                         | No elegible                                                                                                   | No elegible                                                     |
| Compensación diferida                                  | Sí                                                         | Sí                                                                                                  | Sí                                                                                                                                  | Sí                                                                                                            | Sí                                                              |
| Programa de Asistencia a los Empleados                 | Sí                                                         | Sí                                                                                                  | Sí                                                                                                                                  | Sí                                                                                                            | Sí                                                              |
| Cuentas de gastos flexibles                            | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | No elegible                                                                                                                         | No elegible                                                                                                   | No elegible                                                     |
| Seguro de vida grupal a término (básico)               | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | No elegible                                                                                                                         | Sí                                                                                                            | Sí                                                              |
| Seguro de vida grupal a término (complementario)       | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | No elegible                                                                                                                         | No elegible                                                                                                   | No elegible                                                     |
| Seguro por discapacidad a largo plazo (básico)         | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | No elegible                                                                                                                         | Sí                                                                                                            | Sí                                                              |
| Seguro por discapacidad a largo plazo (complementario) | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | No elegible                                                                                                                         | No elegible                                                                                                   | No elegible                                                     |
| Membresía de SCERS                                     | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | No elegible                                                                                                                         | ****                                                                                                          | ****                                                            |
| Programa para dejar de fumar                           | No elegible                                                | No elegible                                                                                         | No elegible                                                                                                                         | No elegible                                                                                                   | No elegible                                                     |

|                                                   | TMP                                                              | TMP                                                                                           | TMP                                                                                                                               | TBE                                                                                                                   | TBE                                                       |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                   | Asignación temporal interina o a corto plazo hasta 1 año *,***** | Asignación temporal de menos de media jornada (trabajadores de temporada, de guardia) *,***** | Empleado temporal de horario variable (trabajó 30 horas o más a la semana en promedio durante los 12 meses anteriores)*****,***** | Asignación temporal a corto plazo o interina de hasta 1 año (después de la asignación vigente de 1,040 trabajadas)*** | Asignación temporal por plazo limitado (de 1 a 3 años)*** |
| Plan de ahorro de WW                              | No elegible                                                      | No elegible                                                                                   | No elegible                                                                                                                       | No elegible                                                                                                           | No elegible                                               |
| Licencia por enfermedad                           | Sí                                                               | Sí                                                                                            | Sí                                                                                                                                | Sí                                                                                                                    | Sí                                                        |
| Vacaciones                                        | No elegible                                                      | No elegible                                                                                   | No elegible                                                                                                                       | Sí                                                                                                                    | Sí                                                        |
| Días festivos pagos                               | No elegible                                                      | No elegible                                                                                   | No elegible                                                                                                                       | Sí                                                                                                                    | Sí                                                        |
| Licencia por duelo                                | No elegible                                                      | No elegible                                                                                   | No elegible                                                                                                                       | Sí                                                                                                                    | Sí                                                        |
| Compensación por licencia para actuar como jurado | No elegible                                                      | No elegible                                                                                   | No elegible                                                                                                                       | Sí                                                                                                                    | Sí                                                        |

\* Recibe un pago *prémium*. Si se solicita la conversión para un puesto regular, el puesto pasa a ser elegible para recibir beneficios.

\*\* Consulte el [apartado 11.21 A del Reglamento del personal](#) para obtener más información sobre la cobertura de atención médica para trabajadores temporales que reciben el pago *prémium*.

\*\*\* Recibe beneficios en lugar del pago *prémium*.

\*\*\*\* Un trabajador temporal puede optar por unirse al Sistema de Jubilación para Empleados de la City of Seattle (Seattle City Employees' Retirement System, SCERS):

1. en un plazo de 6 meses calendario tras haber completado 1044 horas de servicio remunerado en horario regular;
2. al ser designado para un puesto elegible, si dicha designación se realiza después de que el trabajador haya completado 1,044 horas de servicio para la City, pero antes de haber completado 10,440 horas de servicio para la City;
3. en un plazo de 6 meses calendario tras haber completado 10,440 horas de servicio continuo remunerado en horario regular.

\*\*\*\*\* Se deben seguir los requisitos de la Reforma de Atención Médica.

\*\*\*\*\* Los empleados temporales que reciben un pago *prémium* en lugar de beneficios complementarios acumularán una hora de licencia remunerada por cada treinta horas trabajadas.

#### Exclusiones:

- Los participantes del programa de estudio y trabajo, los pasantes y los contratistas independientes no son elegibles para recibir beneficios independientemente de las horas que trabajan para la City.
- Los beneficios **no incluyen** los programas de cuentas de gastos flexibles para la atención médica o la asistencia diurna, el seguro por muerte accidental y desmembramiento (Accidental Death and Dismemberment, AD&D), el seguro de vida grupal a término complementario, el seguro por discapacidad a largo plazo complementario, el plan adicional de atención de la vista, el programa para dejar de fumar y el programa de Weight Watchers.

## 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), City of Seattle 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 de [Workday](#).

Si necesita ayuda adicional o prefiere hablar con alguien de manera confidencial, envíe un correo electrónico para la Benefits Unit a [Benefits.Unit@seattle.gov](mailto: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

|                                                                                 |           |                                                                                                    |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>RESPONSABILIDADES DE LOS EMPLEADOS .....</b>                                 | <b>1</b>  | <b>PROGRAMAS DE VIDA LABORAL .....</b>                                                             | <b>52</b> |
| <b>INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD Y LA COBERTURA .....</b>                   | <b>2</b>  | OFFICE OF THE OMBUD .....                                                                          | 52        |
| ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS TEMPORALES:                                |           | MYTRIPS .....                                                                                      | 52        |
| EMPLEADOS ELEGIBLES .....                                                       | 3         | <b>POLÍTICA DE LICENCIAS .....</b>                                                                 | <b>53</b> |
| MIEMBROS DE LA FAMILIA ELEGIBLES .....                                          | 3         | VACACIONES .....                                                                                   | 53        |
| ¿CUÁNDO INICIA LA COBERTURA? .....                                              | 4         | LICENCIA POR ENFERMEDAD .....                                                                      | 55        |
| RENUNCIA A LA COBERTURA .....                                                   | 4         | DÍAS FESTIVOS .....                                                                                | 56        |
| ELEGIBILIDAD CONTINUA .....                                                     | 5         | LICENCIA POR DUELO .....                                                                           | 57        |
| ¿CÓMO INSCRIBO A MIS FAMILIARES? .....                                          | 5         | LICENCIA PARA ACTUAR COMO JURADO .....                                                             | 57        |
| CÓMO CAMBIAR LOS BENEFICIOS .....                                               | 6         | LICENCIA POR SERVICIO MILITAR .....                                                                | 57        |
| COBERTURA CONTINUA EN VIRTUD DE LA LEY COBRA .....                              | 7         | LICENCIA PARA CUIDAR A UN FAMILIAR CON GOCE DE SUELDO .....                                        | 58        |
| <b>BENEFICIOS Y PLANIFICACIÓN FINANCIERA .....</b>                              | <b>10</b> | LICENCIA POR MATERNIDAD/PATERNIDAD CON GOCE DE SUELDO .....                                        | 58        |
| <b>OPCIONES DE PLANES MÉDICOS .....</b>                                         | <b>11</b> | <b>LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS Y FAMILIARES CON GOCE DE SUELDO DEL ESTADO DE WASHINGTON .....</b> | <b>59</b> |
| CÓMO ELEGIR UN PLAN MÉDICO .....                                                | 11        | <b>JUBILACIÓN .....</b>                                                                            | <b>60</b> |
| PLAN PREVENTIVO .....                                                           | 12        | PLAN DE AHORRO DE COMPENSACIÓN DIFERIDA .....                                                      | 60        |
| PLAN TRADICIONAL .....                                                          | 12        | SISTEMA DE JUBILACIÓN DE LA CITY .....                                                             | 61        |
| PLAN ESTÁNDAR DE KAISER PERMANENTE .....                                        | 13        | <b>GLOSARIO .....</b>                                                                              | <b>62</b> |
| PLAN CON DEDUCIBLE DE KAISER PERMANENTE .....                                   | 13        | <b>A QUIÉN CONTACTAR SI TIENE PREGUNTAS .....</b>                                                  | <b>64</b> |
| <b>EJEMPLOS DE COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS .....</b>                          | <b>14</b> |                                                                                                    |           |
| <b>PRIMAS DE ATENCIÓN MÉDICA .....</b>                                          | <b>27</b> |                                                                                                    |           |
| IMPORTE DEL BENEFICIO IMPONIBLE (CON DELTA DENTAL OF WASHINGTON [DDWA]) .....   | 29        |                                                                                                    |           |
| IMPORTE DEL BENEFICIO IMPONIBLE (CON DHS) .....                                 | 30        |                                                                                                    |           |
| <b>COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA .....</b>                      | <b>31</b> |                                                                                                    |           |
| PLANES PREVENTIVOS Y TRADICIONALES (AETNA) .....                                | 31        |                                                                                                    |           |
| PLANES DE KAISER PERMANENTE .....                                               | 31        |                                                                                                    |           |
| <b>OPCIONES DE PLANES DENTALES .....</b>                                        | <b>33</b> |                                                                                                    |           |
| DELTA DENTAL OF WASHINGTON .....                                                | 33        |                                                                                                    |           |
| DENTAL HEALTH SERVICES .....                                                    | 34        |                                                                                                    |           |
| <b>COBERTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA VISTA .....</b>                             | <b>37</b> |                                                                                                    |           |
| <b>PLANES DE SEGURO OPCIONALES .....</b>                                        | <b>39</b> |                                                                                                    |           |
| SEGURO BÁSICO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO .....                              | 39        |                                                                                                    |           |
| SEGURO DE VIDA GRUPAL A TÉRMINO (GROUP TERM LIFE, GTL) .....                    | 42        |                                                                                                    |           |
| <b>INDEMNIZACIÓN LABORAL .....</b>                                              | <b>49</b> |                                                                                                    |           |
| <b>PROGRAMAS DE BIENESTAR .....</b>                                             | <b>50</b> |                                                                                                    |           |
| PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS EMPLEADOS (EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM, EAP) ..... | 50        |                                                                                                    |           |
| HINGE HEALTH .....                                                              | 50        |                                                                                                    |           |
| 2 <sup>ND</sup> .MD .....                                                       | 51        |                                                                                                    |           |
| KINSIDE .....                                                                   | 51        |                                                                                                    |           |

## Responsabilidades de los empleados

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

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

**¿Agregará a un nuevo miembro de su familia** a su cobertura de atención médica? Dentro de los 30 días posteriores al matrimonio o a la nueva unión de hecho, agregue al nuevo miembro de la familia a través de [Workday](#). Dispone 60 días para agregar a su hijo a la cobertura médica, dental o de visión debido a un nacimiento o adopción. Comuníquese con el [representante de beneficios de su departamento si tiene alguna pregunta](#).

**¿Dará de baja a un miembro de la familia** de su cobertura de atención médica? Realice el cambio en [Workday](#) dentro de los 30 días posteriores al divorcio, la separación legal o la disolución de la pareja de hecho. Comuníquese con el [representante de beneficios de su departamento por cualquier pregunta](#).

**¿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: [Workday](#)
- 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 [Workday](#).

**Acceda a la información sobre los beneficios desde su casa** en [seattle.gov/human-resources/benefits](https://seattle.gov/human-resources/benefits).

## Información sobre la elegibilidad y la cobertura

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

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

### **Cobertura para la atención dental**

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

### **Cobertura para la atención de la vista**

La City ofrece cobertura para la atención de la vista a través de VSP.

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

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

### **Plan de compensación diferida**

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

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

La ciudad 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 esta carta, le solicitarán documentos para confirmar la elegibilidad de su dependiente. ¡Gracias por participar! Para obtener información adicional sobre el proceso de verificación, diríjase [aquí](#).

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

## Información sobre la elegibilidad y la cobertura

### Elegibilidad para recibir beneficios temporales: empleados elegibles

Si es un empleado temporal elegible para recibir beneficios que trabaja a tiempo completo o parcial (con un cronograma de trabajo de al menos 80 horas por mes), es elegible para participar en programas de beneficios seleccionados si cumple los requisitos de elegibilidad de su puesto:

- Asignación por plazo limitado: en la fecha de contratación de su asignación de 1 a 3 años.
- Una o más asignaciones interinas o a corto plazo: después de que la asignación a corto plazo de hasta 1 año esté vigente durante 1,040 horas.

Esta es su “fecha de elegibilidad”. **Consulte la página 4** para obtener información sobre el inicio de la cobertura.

Los beneficios para los que usted es elegible son el plan médico, el plan dental, el seguro básico, el seguro de vida básico, el seguro por LTD básico y el plan de compensación diferida (consulte las páginas 1 y 2).

### Miembros de la familia elegibles

Los siguientes miembros de la familia son elegibles para participar en los programas de cobertura médica, dental y de la vista, el seguro complementario de vida, la cobertura de accidentes y el 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 los requisitos de elegibilidad para los niños a continuación.\*,\*\*

| Plan                                                    | Edad                                    | Otro                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura para la atención médica, dental y de la vista | Hasta los 26 años (durante los 25 años) | <p><u>No</u> es necesario que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-sea soltero</li> <li>- Viva con usted.</li> <li>- Dependa de usted para su sustento.</li> </ul> <p>Puede tener acceso a otra cobertura.</p> |

\* 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 o incapacidad si queda incapacitado antes de la edad límite y siempre que un médico haya documentado su estado de discapacidad o incapacidad total.

## Información sobre la elegibilidad y la cobertura

**¿Cuándo debo inscribirme?**

Se debe inscribir dentro de los **30 días posteriores a su fecha de elegibilidad** para recibir los beneficios elegibles (consulte la página anterior).

**¿Cuándo inicia la cobertura?**

La cobertura real en los planes en los que se inscriba comenzará en su fecha de elegibilidad o el primer día del mes siguiente a su fecha de elegibilidad.

**¿Cómo me inscribo?**

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

- 1) La opción preferida es a través de [Workday](#).
- 2) o si no tiene acceso a una computadora, comuníquese con el [representante de Human Resources de su departamento](#).

Si no cumple con el plazo, no recibirá ciertos beneficios y no será elegible para otros. Debe esperar hasta el próximo periodo de inscripción abierta para realizar cambios.

Si no se inscribe en un seguro de vida básico cuando pasa a ser elegible por primera vez, se le pedirá que complete una *Declaración de antecedentes médicos* o un *certificado de buen estado de salud* para la compañía de seguros, y no se le garantiza la cobertura como cuando pasó a ser elegible por primera vez.

Puede rechazar la cobertura, pero no será elegible para recibir el pago prémium en lugar de los beneficios por haber rechazado la cobertura.

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

Si no se inscribe en un plazo de 30 días luego de pasar a ser elegible para recibir los beneficios, quedará inscrito automáticamente en la cobertura dental y de la vista básica. 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 ciudad 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.

**Renuncia a la cobertura**

Si renuncia a la cobertura y luego pasa a ser un empleado fijo, su próxima oportunidad de inscribirse será durante el período de inscripción abierta.

## Información sobre la elegibilidad y la cobertura

### Elegibilidad continua

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

### ¿Cómo inscribo a mis familiares?

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

- Periodo de inscripción abierta
- Acontecimiento de la vida o cambio de estado familiar, por ejemplo:
  - Dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, la constitución de una pareja de hecho, la asignación de 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.
  - Encontrará otros ejemplos de acontecimientos de vida o cambios en el estado familiar en las páginas 6 y 7.

Si agrega a un familiar fuera del periodo de inscripción abierta, agréguelo en [Workday](#). Consulta la Guía del Trabajo con instrucciones paso a paso [aquí](#). 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 Human Resources o de beneficios](#) del departamento, o a la Benefits Unit de la City al 206-615-1340.

## Información sobre la elegibilidad y la cobertura

### ¿Cómo cancelo la inscripción de los miembros de mi familia?

Si necesita dar de baja a un familiar fuera del periodo de inscripción abierta, lo puede quitar en [Workday](#).

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. Cuando los elimine, suba el formulario de Terminación en [Workday](#).

### Cómo cambiar los beneficios

Hay dos oportunidades para cambiar sus opciones de beneficios:

- Periodo de inscripción abierta
- En un plazo de 30 días a partir de un cambio en el estado familiar o laboral que cumpla los requisitos

#### Periodo de inscripción abierta

La inscripción abierta se lleva a cabo una vez al año en el otoño. Puede cambiar sus planes de beneficios, agregar y dar de baja a miembros de su familia y agregar o dar de baja coberturas durante este periodo. Si realiza cambios durante el periodo de inscripción abierta, su nueva cobertura entrará en vigencia el 1 de enero del nuevo (próximo) año del plan. Los aumentos en la cobertura de su seguro de vida están sujetos a la aprobación de su *Declaración de antecedentes médicos* por parte de la compañía de seguros de vida.

#### Acontecimientos de la vida o 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 [Workday](#). En la siguiente página, encontrará varios ejemplos. Comuníquese con el representante de Human Resources de su departamento si necesita asistencia.

- Adopta un hijo: puede añadir la cobertura para ese hijo (en ese momento, también puede añadir la cobertura para sus otros dependientes).
- Su hijo pierde la cobertura por parte de su cónyuge: podrá agregar a ese niño a su plan.
- Se casa o forma una pareja de hecho: puede inscribir a su nuevo cónyuge o pareja de hecho y a sus hijos elegibles.
- Su cónyuge o pareja de hecho pierden la cobertura debido a la finalización de la relación laboral, cambio en la situación laboral o inicio de una licencia sin goce de sueldo: puede añadirlos al plan.

## Información sobre la elegibilidad y la cobertura

### ¿Cuándo termina la cobertura?

- Su cónyuge o pareja de hecho reciben cobertura debido al inicio de un empleo, al 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 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.

Sus coberturas de atención médica, dental o de la vista, su seguro básico por discapacidad a largo plazo y su seguro de vida básico 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.

### 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 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:

- 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:

## Información sobre la elegibilidad y la cobertura

### Cobertura a través del mercado de seguros médicos

- La muerte del empleado.
- El divorcio o la separación legal del empleado y su cónyuge, o la disolución de la pareja de hecho.
- Un hijo pierde la cobertura (cumple 26 años).

Los planes del seguro de vida y por discapacidad tienen opciones de conversión.

Como alternativa a 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. Encontrará más información en [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org).

### Cobertura a través de un Plan para jubilados de la City

Si es 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 ciudad 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](mailto:Benefits.Unit@seattle.gov).

## Pago de los beneficios

### Deducciones de su nómina

Consulte la página 27 para conocer las primas médicas



#### Cobertura médica, dental y de la vista

Si elige la cobertura para la atención médica, la ciudad de 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 las primas tomadas de la nómina de marzo contemplan la cobertura del mes de marzo.

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

#### Seguro de vida

Las deducciones de las primas después de impuestos del seguro de vida básico se deducen de su segunda nómina del mes para la cobertura del mes siguiente.

## Beneficios y planificación financiera

Debido a que la situación médica y económica de cada persona es diferente, la City ofrece diversos planes para proteger a los empleados y 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, es conveniente 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, A continuación, presentamos formas adicionales de reducir costos y ahorrar dinero.

- Deje de fumar y anime a su familia a hacerlo.
- Realice actividad física y coma alimentos ricos en nutrientes. Muchas enfermedades y afecciones se pueden prevenir, y los hábitos saludables reducen sus costos futuros de atención médica y mejoran su calidad de vida actual.
- Realícese chequeos y exámenes médicos. Sométase con regularidad a exámenes físicos programados por su médico, dentista, oftalmólogo, etc. Aproveche las clínicas gratuitas de vacunación contra la gripe en el lugar de trabajo y asista a seminarios virtuales de prestaciones y de bienestar.
- 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.

## Opciones de planes médicos

### Planes médicos

La ciudad ofrece cuatro planes médicos diferentes:

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

### Cómo elegir un plan médico

Las características, la cobertura y los costos de los planes 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. Debe realizarse las siguientes preguntas:

- ¿Quiere un plan que le permita elegir cualquier médico, hospital o clínica (planes de Aetna), o está dispuesto a permanecer dentro de una red (planes de Kaiser Permanente) y recibir un mayor nivel de cobertura?
- ¿Preferiría pagar primas mensuales más elevadas para tener un deducible anual más bajo (plan preventivo de Aetna) o ningún deducible anual (plan estándar de Kaiser Permanente) y copagos más bajos?
- ¿Preferiría pagar primas mensuales más bajas o no pagar ninguna prima y tener un coseguro y deducibles más altos (plan con deducible de Kaiser Permanente y plan tradicional de Aetna)?

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

**Nuevos empleados temporales elegibles para recibir beneficios:** Recuerde que dispone de 30 días a partir de la fecha de contratación para inscribirse en el plan médico, el plan dental, el plan de la vista y el plan de seguro de vida grupal a término. Si rechaza la cobertura cuando es elegible como empleado temporal y luego pasa a ser empleado fijo, tendrá que esperar hasta el periodo de inscripción abierta para inscribirse.

## Opciones de planes médicos

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Aetna</b>                                  | La City of Seattle tiene dos planes con Aetna: el plan preventivo y el plan tradicional. Los planes utilizan la red de proveedores de Aetna, y Aetna se encarga de administrar los reclamos.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Plan preventivo</b>                        | 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 los servicios de atención médica preventiva (que tienen una cobertura del 100 %). El deducible aplica a la mayoría de los servicios, excepto cuando aplica el copago. La mayoría de los demás servicios están cubiertos al 90 % después de un copago si utiliza un proveedor de la red de Aetna.                                       |
| <b>Plan tradicional</b>                       | 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. Los servicios de atención médica preventiva ahora tienen la cobertura de este plan.                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>¿Qué ocurre si no uso la red de Aetna?</b> | 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.                                                                                    |
| <b>Accolade</b>                               | Comuníquese con Accolade por teléfono al 866-540-5418 o ingrese a <a href="https://login.myacolade.com/login">https://login.myacolade.com/login</a> para comunicarse con el servicio de atención al cliente. Obtenga asistencia con las siguientes cuestiones: decisiones sobre tratamientos, preguntas sobre la cobertura de los beneficios, ayuda para buscar un médico o especialista, quejas o denegaciones de reclamos, plan de recetas médicas y preguntas sobre el formulario. |
| <b>Aetna.com</b>                              | Para obtener información detallada sobre los reclamos, ingrese a <a href="https://www.aetna.com">Aetna.com</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Teladoc</b>                                | Hable con un médico en cualquier momento por teléfono o videollamada. Reciba tratamiento para combatir diversos problemas de salud, como síntomas del resfriado y la gripe, alergias y problemas de la piel. También puede consultar a un proveedor de salud conductual y establecer una relación continua para tratar problemas como la depresión y la ansiedad. Regístrese en <a href="https://member.teladoc.com/signin">https://member.teladoc.com/signin</a> .                   |
| <b>Atención de urgencias</b>                  | Comuníquese con un asistente de salud de Accolade al 866-540-5418 para buscar un centro de atención de urgencias cerca de su localidad. O bien, inicie sesión en su cuenta en <a href="https://www.aetna.com">Aetna.com</a> .                                                                                                                                                                                                                                                         |

## Opciones de planes médicos

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kaiser Permanente</b>                       | <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 centros o los de los proveedores contratados pertenecientes a su red. Debe recurrir a centros 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 ciudad ofrece dos planes a través de Kaiser Permanente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Plan estándar de Kaiser Permanente</b>      | <p>El plan estándar es un plan de servicios médicos administrados sin deducible y un copago de \$15 por visita al consultorio. Los planes de Kaiser cubren la mayoría de los servicios al 100 % luego de pagar un copago. La atención médica preventiva está cubierta.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Plan con deducible de Kaiser Permanente</b> | <p>El plan con deducible tiene un deducible anual de \$200 por persona (\$600 por familia) y un copago de \$15 por visita al consultorio. El deducible no se aplica al servicio de ambulancia, los medicamentos de venta con receta, los equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y las visitas de atención preventiva (las visitas de atención preventiva sí tienen copago). Una vez que se alcanza el deducible, el plan con deducible cubre la mayoría de los servicios al 100 % tras abonar un copago.</p> <p>Para acceder al sitio web de atención médica, ingrese a <a href="https://kp.org/wa">KP.org/wa</a>. 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 y centros y el formulario de medicamentos están disponibles en línea. Además, hay una aplicación móvil disponible.</p> |
| <b>Accolade</b>                                | <p>Accolade es un recurso de terceros que ofrece servicios de defensa de la atención médica sin costo. 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 al 866-540-5418 si tiene preguntas relacionadas con la salud y los beneficios.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Perfil de salud</b>                         | <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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Care Chat y visitas en línea</b>            | <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 <a href="https://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Servicio de consulta de enfermería</b>      | <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                                                       |
| <b>Deducible individual</b>                   | \$100                                                                                                                   | \$450                                                                                      | \$450                                                                               | \$1,000                                                                                    | \$200                                                                                                                                       | Ninguno                                                             |
| <b>Deducible familiar</b>                     | \$300                                                                                                                   | \$1,350                                                                                    | \$1,350                                                                             | \$3,000                                                                                    | \$600                                                                                                                                       | Ninguno                                                             |
| <b>Examen físico de rutina</b>                | Se paga al 100 %.                                                                                                       | Es posible que se aplique el coseguro.                                                     | Se paga al 100 %.                                                                   | Es posible que se aplique el coseguro.                                                     | Se paga al 100 % tras el copago de \$15.                                                                                                    | Se paga al 100 % tras el copago de \$15.                            |
| <b>Visita al consultorio</b>                  | 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.                            |
| <b>Tratamiento ambulatorio en un hospital</b> | 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.                            |
| <b>Cirugía hospitalaria</b>                   | 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. |

## 2025 Comparación de planes médicos para 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 ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               | Plan preventivo de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                               |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Plan estándar                                                                                                                                                                                                        | Plan con deducible                                                                                                                                                                             | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fuera de la red                               | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fuera de la red                              |
| <b>Deducible</b> (por año calendario)                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |
| Sin deducible                                                                                                                                                                                                        | \$200 por persona<br>\$600 por familia<br>El deducible se aplica según lo indicado, excepto para recetas, visitas de atención preventiva, servicios de ambulancia y equipos médicos duraderos. | \$450 por persona<br>\$1,350 por familia<br>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<br>\$3,000 por familia    | \$100 por persona<br>\$300 por familia<br>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<br>\$1,350 por familia     |
| El <b>gasto de bolsillo máximo anual (Out of Pocket Maximum, OOP Max)</b> incluye el coseguro médico. El OOP Max incluye el deducible y excluye los copagos o los coseguros de los medicamentos de venta con receta. |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |
| Incluye copagos médicos.                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                | No incluye copagos.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                               | No incluye copagos                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |
| \$2,000 por persona<br>\$4,000 por familia                                                                                                                                                                           | \$2,000 por persona<br>\$6,000 por familia                                                                                                                                                     | \$1,450 por persona<br>\$4,350 por familia                                                                                                                                                                                                                                                               | \$2,000 por persona**<br>\$6,000 por familia* | \$2,000 por persona<br>\$4,000 por familia                                                                                                                                                                                                                                                             | \$3,000 por persona*<br>\$6,000 por familia* |
| <b>Copago hospitalario</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |
| \$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                  |
| <b>Autorización previa al ingreso hospitalario</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |
| A excepción de los ingresos por maternidad o emergencia, debe estar autorizado por Kaiser Permanente.                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                | Excepto en los casos de ingresos por maternidad o emergencia, su médico debe comunicarse con Aetna antes del ingreso. El miembro es responsable de obtener la certificación previa de la atención fuera de la red.                                                                                       |                                               | Excepto en los casos de ingresos por maternidad o emergencia, su médico debe comunicarse con Aetna antes del ingreso. El miembro es responsable de obtener la certificación previa de la atención fuera de la red.                                                                                     |                                              |

| Kaiser Permanente*                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                           | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                | Plan preventivo de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan estándar                                                                                                                                                                                             | Plan con deducible                                                                                                                        | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                             | Fuera de la red                                                                                                                                                                                | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                             | Fuera de la red                                                                                                                                                                                |
| <b>Elección de proveedores</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |
| 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 necesaria la selección ni la derivación 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 necesaria la selección ni la derivación 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. |
| <b>GASTOS CUBIERTOS</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |
| <b>Aborto</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |
| Se paga al 100 %.                                                                                                                                                                                         | Se paga al 100 %.                                                                                                                         | Se paga al 100 %. 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 100 %. 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 100 %. 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 100 %. 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.                  |
| <b>Acupuntura</b>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |
| Copago de \$15 por hasta 8 visitas por diagnóstico médico por año calendario. Visitas adicionales con aprobación.                                                                                         | Copago de \$15 por hasta 8 visitas por diagnóstico médico por año calendario. Visitas adicionales con aprobación. Se aplica el deducible. | Se paga al 80 % tras el deducible.<br><br>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.<br><br>Hasta 20 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red                                                                               |
| <b>Tratamiento por consumo de alcohol/drogas (paciente internado)</b>                                                                                                                                     |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |
| 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.<br><br>Revisión y coordinación de los servicios de atención en situaciones complejas, como 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.<br><br>Revisión y coordinación de los servicios de atención en situaciones complejas, como centros de tratamiento residenciales y hospitalización parcial. | Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.                                                                                                                                        |

| Kaiser Permanente*                                                                                               |                                                                                                                                   | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                     | Plan preventivo de la ciudad de 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.<br>Enfoque adicional en la revisión y la coordinación de los servicios de atención en situaciones complejas, como pruebas psicológicas, pruebas neurológicas y servicios ambulatorios intensivos.                                                                                          | Se paga al 60 % tras el deducible.                                                                                  | Se paga al 100 % tras el copago de \$15.<br>Enfoque adicional en la revisión y la coordinación de los servicios de atención en situaciones complejas, como pruebas psicológicas, pruebas neurológicas y servicios 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 dispositivos intrauterinos (DIU) y la inyección Depo Provera tienen cobertura como beneficios médicos. Sin cargo en el caso de los anticonceptivos femeninos genéricos preferidos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) dentro de la red.<br><br>Consulte el beneficio de medicamentos de venta con receta. |                                                                                                                     | Los dispositivos intrauterinos (DIU) y la inyección Depo Provera tienen cobertura como beneficios médicos. Sin cargo en el caso de los anticonceptivos femeninos genéricos preferidos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) dentro de la red.<br><br>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.<br><br>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).<br><br>Se incluye un extractor de leche eléctrico cada 12 meses.                                           | Se paga al 60 % tras el deducible.                                                                                  | Se paga al 90 % tras el deducible.<br><br>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).<br><br>Se incluye un 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; sin deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se paga al 60 % tras el 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<br>Centro que no es de Kaiser Permanente: copago de \$150<br>Se aplica el deducible. | Se paga al 80 % tras el copago de \$150; sin deducible.<br>Si no es una emergencia, se paga                                                                                                                                                                                                                                   | Se paga al 80 % tras el copago de \$150; sin deducible.<br>Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el copago. | Se paga al 90 % tras el copago de \$150; sin deducible.<br>Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el copago.                                                                                                                                                                                                           | Se paga al 90 % tras el copago de \$150; sin deducible.<br>Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el copago. |

| Kaiser Permanente*                                                                                                                |                                                                                                                                   | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Plan preventivo de la ciudad de 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 que no es de Kaiser Permanente: copago de \$150                                                                            |                                                                                                                                   | 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.<br><br>Los servicios de transporte que no sean para casos de emergencia solo tienen cobertura si Aetna los aprueba antes. No se aplica el deducible.                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se paga al 90 % cuando el servicio es necesario por razones médicas.<br><br>Los servicios de transporte que no sean para casos de emergencia solo tienen cobertura si Aetna los aprueba antes. No se aplica el deducible.                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Servicios de reasignación de género                                                                                               |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los 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. | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los 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. | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los 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. | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los 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. |

| Kaiser Permanente*                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                   | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Plan preventivo de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan estándar                                                                                                                                                                                                                                                                 | Plan con deducible                                                                                                                                                                                                                                                | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fuera de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fuera de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Servicios de fertilidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Algunos de los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial, la inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. El beneficio máximo vitalicio es de \$20,000. | Los procedimientos cubiertos incluyen inseminación artificial, inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. El beneficio máximo vitalicio es de \$20,000. | Algunos de los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial, la inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. El beneficio máximo vitalicio es 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. | Algunos de los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial, la inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. El beneficio máximo vitalicio es 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. | Algunos de los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial, la inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. El beneficio máximo vitalicio es 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. | Algunos de los procedimientos cubiertos son la inseminación artificial, la inducción de la ovulación y tecnologías reproductivas avanzadas. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. El beneficio máximo vitalicio es 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. |
| <b>Audífonos (por oído, cada 36 meses)</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Hasta \$3,000.                                                                                                                                                                                                                                                                | Hasta \$3,000.                                                                                                                                                                                                                                                    | Se paga al 80 % sin deducible hasta un máximo de \$3,000 por oído.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se paga al 80 % sin deducible hasta un máximo de \$3,000 por oído.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se paga al 90 % sin deducible hasta un máximo de \$3,000 por oído.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se paga al 90 % sin deducible hasta un máximo de \$3,000 por oído.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                   | El coseguro dentro de la red se aplica ya sea que se compre dentro o fuera de la red.<br>No se aplica el deducible.<br>El coseguro dentro de la red se aplica ya sea que se compre dentro o fuera de la red.<br>No se aplica el deducible.                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Kaiser Permanente*                                                                                                 |                                                                                                                   | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                         |                                                                                                                                                   | Plan preventivo de la ciudad de Seattle*                                                                                                                    |                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan estándar                                                                                                      | Plan con deducible                                                                                                | Aetna dentro de la red                                                                                                                            | Fuera de la red                                                                                                                                   | Aetna dentro de la red                                                                                                                                      | Fuera de la red                                                                                                                                   |
| <b>Atención médica a domicilio</b>                                                                                 |                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |
| 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.                                                                                                                |
| <b>Paciente internado</b>                                                                                          |                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |
| 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.                                                                                   |
| <b>Paciente ambulatorio</b>                                                                                        |                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |
| 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.                                                                                                        |
| <b>Cuidado de hospicio</b>                                                                                         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |
| 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.                                                                                                                   |
| <b>Atención de maternidad (parto e internación)</b>                                                                |                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |
| 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. El copago no se aplica en el caso de los servicios hospitalarios de neonatología. Sin deducible. | Centro: Se paga al 60 % tras el copago de \$200. El copago no se aplica en el caso de los servicios hospitalarios de neonatología. Sin deducible. | Centro: Se paga al 90 % tras el copago de \$200. El copago no se aplica en el caso de los servicios hospitalarios de neonatología. Sin deducible.           | Centro: Se paga al 60 % tras el copago de \$200. El copago no se aplica en el caso de los servicios hospitalarios de neonatología. Sin deducible. |
| <b>Atención de maternidad (prenatal y posparto)</b>                                                                |                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                   |
| 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. Asistencia prenatal (como visitas al consultorio): cobertura del 100 % sin copago ni deducible.          | Otro: Se paga al 60 % tras el deducible. Asistencia prenatal (como visitas al consultorio): 60 % tras el deducible.                               | Otro: Es posible que se aplique el deducible y el coseguro. Asistencia prenatal (como visitas al consultorio): cobertura del 100 % sin copago ni deducible. | Otro: Se paga al 60 % tras el deducible. Asistencia prenatal (como visitas al consultorio): 60 % tras el deducible.                               |

| Kaiser Permanente*                                     |                                                                  | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         | Plan preventivo de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan estándar                                          | Plan con deducible                                               | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fuera de la red                                         | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Fuera de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Atención de salud mental</b> (pacientes internados) |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Se paga al 100 % tras el copago de \$200.              | Se paga al 100 % tras el deducible.                              | Se paga al 80 % tras el copago de \$200; sin deducible.<br><br>Revisión y coordinación de los servicios de atención en situaciones complejas, como 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.                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se paga al 60 % tras el copago de \$200; sin deducible.<br><br>Revisión y coordinación de los servicios de atención en situaciones complejas, como centros de tratamiento residenciales y hospitalización parcial.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Atención de salud mental</b> (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.<br><br>También hay disponibles consultas continuas con proveedores de salud conductual por internet, teléfono o dispositivo móvil a través de Teladoc.<br><br>Enfoque adicional en la revisión y la coordinación de los servicios de atención en situaciones complejas, como pruebas psicológicas, pruebas neurológicas y servicios ambulatorios intensivos. | Se paga al 80 % tras el deducible.                      | Se paga al 100 % tras el copago de \$15; sin deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                           | Se paga al 100 % tras el copago de \$15; sin deducible. Aún podría aplicarse la facturación del saldo.<br><br>También hay disponibles consultas continuas con proveedores de salud conductual por internet, teléfono o dispositivo móvil a través de Teladoc.<br><br>Enfoque adicional en la revisión y la coordinación de los servicios de atención en situaciones complejas, como pruebas psicológicas, pruebas neurológicas y servicios ambulatorios intensivos. |
| <b>Visita al consultorio médico</b>                    |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 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 (no se aplica en el caso de los servicios de atención médica preventiva).<br><br>También está disponible el acceso complementario a consultas médicas con un médico por internet, teléfono o dispositivo móvil para servicios seleccionados a corto plazo a través de Teladoc.                                                                                | Se paga al 60 % tras el deducible.                      | Se paga al 100 % tras el copago de \$15 por visita (no se aplica en el caso de los servicios de atención médica preventiva).<br><br>También está disponible el acceso complementario a consultas médicas con un médico por internet, teléfono o dispositivo móvil para servicios seleccionados a corto plazo a través de Teladoc. | Se paga al 60 % tras el deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Kaiser Permanente*                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 | Plan preventivo de la ciudad de 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:<br><b>Medicamentos genéricos:</b> copago de \$15.<br>Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %.<br><b>Medicamentos de marca:</b> copago de \$30.<br>Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos de marca están sujetos a un copago. | Para un suministro de 30 días:<br><b>Medicamentos genéricos:</b> copago de \$15.<br>Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %.<br><b>Medicamentos de marca:</b> copago de \$30.<br>Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos de marca están sujetos a un copago. | <b>Venta minorista:</b> Suministro de 31 días. Suministro de 90 días para recetas de mantenimiento en farmacias minoristas participantes, igual que en el servicio de correo:<br><br><b>Reforma de Atención Médica (Health Care Reform, HCR):</b> algunos medicamentos preventivos se cubren al 100 %.<br><br><b>Medicamentos genéricos:</b> 30 % de coseguro.<br><b>Medicamentos de marca:</b> 40 % de coseguro.<br>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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 | <b>Venta minorista:</b> Suministro de 31 días. Suministro de 90 días para recetas de mantenimiento en farmacias minoristas participantes, igual que en el servicio de correo:<br><br><b>Reforma de Atención Médica (HCR):</b> algunos medicamentos preventivos se cubren al 100 %.<br><br><b>Medicamentos genéricos:</b> 30 % de coseguro.<br><b>Medicamentos de marca:</b> 40 % de coseguro.<br>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. |                 |
| Los medicamentos de venta con receta para dejar de fumar no están sujetos al copago de la farmacia.                                                                                                                                                                                       | Los medicamentos de venta con receta para dejar de fumar no están sujetos al copago de la farmacia.                                                                                                                                                                                       | El coseguro se aplica al medicamento de venta con receta de \$1,200 de gasto de bolsillo máximo anual por persona, \$3,600 por familia. Algunos medicamentos preventivos genéricos y de marca de la Reforma de Atención Médica se cubren al 100 % con la presentación de una receta, como los anticonceptivos, las estatinas y los medicamentos contra el 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. |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |

| Kaiser Permanente*                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         | Plan preventivo de la ciudad de 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 (pedido por correo)                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |
| Para un suministro de 90 días:<br><b>Medicamentos genéricos:</b> copago de \$45.<br>Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %.<br><b>Medicamentos de marca:</b> copago de \$90. | Para un suministro de 90 días:<br><b>Medicamentos genéricos:</b> copago de \$30.<br>Los medicamentos anticonceptivos genéricos se pagan al 100 %.<br><b>Medicamentos de marca:</b> copago de \$60 | <b>Pedido por correo:</b> suministro de hasta 90 días (suministros de 32 a 90 días)<br><br><b>Reforma de Atención Médica (Health Care Reform, HCR):</b> algunos medicamentos preventivos se cubren al 100 %.<br><b>Medicamentos genéricos:</b> 30 % de coseguro.<br><b>Medicamentos de marca:</b> 40 % de coseguro.<br>El mínimo por receta es de \$20; el máximo es de \$200 por medicamento. |                                                         | <b>Pedido por correo:</b> suministro de hasta 90 días (suministros de 32 a 90 días)<br><br><b>Reforma de Atención Médica (Health Care Reform, HCR):</b> algunos medicamentos preventivos se cubren al 100 %.<br><b>Medicamentos genéricos:</b> 30 % de coseguro.<br><b>Medicamentos de marca:</b> 40 % de coseguro.<br>El mínimo por receta es de \$20; el máximo es de \$200 por medicamento. |                                                         |
| Los dispositivos y medicamentos anticonceptivos están cubiertos, sujetos al copago de la farmacia.                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |
| Kaiser Permanente*                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         | Plan preventivo de la ciudad de 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 %. Servicios recomendados por el <a href="#">U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)</a> . Incluye exámenes físicos de rutina para adultos y de salud infantil, vacunas, exámenes rectales digitales o pruebas del antígeno prostático específico, consultas sobre lactancia y exámenes de detección de cáncer de mama y colorrectal.                                      | Es posible que se aplique el deducible y el coseguro.   | Se paga al 100 %. Servicios recomendados por el <a href="#">U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)</a> . Incluye exámenes físicos de rutina para adultos y de salud infantil, vacunas, exámenes rectales digitales o pruebas del antígeno prostático específico, consultas sobre lactancia y exámenes de detección de cáncer de mama y colorrectal.                                      | Es posible que se aplique el deducible y el coseguro.   |
| Servicios de rehabilitación (pacientes internados)                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |
| Se paga al 100 % tras el copago de \$200 por ingreso.<br><br>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.<br><br>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. |

| Kaiser Permanente*                                                                                                              |                                                                           | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | Plan preventivo de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Plan estándar                                                                                                                   | Plan con deducible                                                        | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                             | Fuera de la red                                         | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fuera de la red                                         |
| <b>Servicios de rehabilitación</b> (pacientes ambulatorios)                                                                     |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |
| Se paga al 100 % tras el copago de \$15.<br>Máximo de 60 visitas por año calendario (combinado con otros beneficios de terapia) | Se paga al 100 % tras el copago de \$15.<br>Se aplica el deducible.       | Se paga al 80 % tras el deducible.<br>Veinticinco visitas por año calendario para fisioterapia, masajes y terapia ocupacional. Incluye servicios hospitalarios ambulatorios. Es posible que se cubran más visitas si se consideran necesarias por razones médicas. | Se paga al 60 % tras el deducible.                      | Se paga al 100 % tras el copago de \$15; sin deducible.<br>Veinticinco visitas por año calendario para fisioterapia, masajes y terapia ocupacional. Incluye servicios hospitalarios ambulatorios. Es posible que se cubran más visitas si se consideran necesarias por razones médicas. | Se paga al 60 % tras el deducible.                      |
| <b>Centro de enfermería especializada</b>                                                                                       |                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |
| 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.<br>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.<br>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. |

| Kaiser Permanente*                                                                                                                                         |                                                                                                                                   | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                   | Plan preventivo de la ciudad de 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 para dejar de fumar                                                                                                                            |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   |
| Se paga al 100 % por 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 % por sesiones individuales o grupales.                                                                            | Máximo vitalicio de un suministro de 90 días de medicamentos o asistencia. Coseguro del 10 % para medicamentos genéricos y del 20 % para medicamentos de marca. Consulte los medicamentos de venta con receta. | Este servicio no está cubierto.                                                                                                   | Los medicamentos cubiertos para dejar de fumar de venta con receta están sujetos a un coseguro del 10 % en el caso de los genéricos y del 20 % en el caso de los de marca. | Este servicio no está cubierto.                                                                                                   |
| Manipulaciones de la columna vertebral (quiropática)                                                                                                       |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   |
| 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; sin deducible.                                                                                                                    | Se paga al 60 % tras el deducible.                                                                                                |
| Autoderivación a proveedores designados de Kaiser Permanente. Debe cumplir con el protocolo de Kaiser Permanente. Máximo de 10 visitas por año calendario. |                                                                                                                                   | Máximo de 10 visitas por año calendario para dentro y fuera de la red combinados.                                                                                                                              |                                                                                                                                   | Máximo de 20 visitas por año calendario tanto dentro como fuera de la red combinadas.                                                                                      |                                                                                                                                   |
| 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 deducible.                                                                                                | 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.                                                                                                                                                       | Paciente ambulatorio: Se paga al 60 % tras el deducible.                                                                          | Paciente ambulatorio: Se paga al 90 % tras el deducible.                                                                                                                   | Paciente ambulatorio: Se paga al 60 % tras el deducible.                                                                          |
|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   | Ligadura de trompas: cobertura del 100 % sin copago ni deducible.                                                                                                                                              |                                                                                                                                   | Ligadura de trompas: cobertura del 100 % sin copago ni deducible.                                                                                                          |                                                                                                                                   |
| Servicios para el tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular                                                                           |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   |
| Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado.                          | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado.                                                                              | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado.                                          | Tiene cobertura como cualquier otro servicio. Los copagos y los coseguros dependen del tipo y la ubicación del servicio prestado. |
|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                   | Máximo vitalicio de \$5,000 para servicios no quirúrgicos, tanto dentro como fuera de la red.                                                                                                                  |                                                                                                                                   | Máximo vitalicio de \$5,000 para servicios no quirúrgicos, tanto dentro como fuera de la red.                                                                              |                                                                                                                                   |

| Kaiser Permanente*                                                                                                         |                                                                                                                    | Plan tradicional de la ciudad de Seattle*                                                                                                     |                                                                                                                              | Plan preventivo de la ciudad de Seattle*                                                                                                                                                             |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan estándar                                                                                                              | Plan con deducible                                                                                                 | Aetna dentro de la red                                                                                                                        | Fuera de la red                                                                                                              | Aetna dentro de la red                                                                                                                                                                               | Fuera de la red                                                                                            |
| 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.<br><br>Paciente ambulatorio: Se paga al 80 % tras el deducible.                  | Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de \$200.<br><br>Paciente ambulatorio: Se paga al 60 % tras el deducible. | Paciente internado: Se paga al 90 % tras el Copago de \$200<br><br>Paciente ambulatorio: Se paga al 100 % tras el copago de \$15 por la visita al consultorio.<br><br>Otros gastos se pagan al 90 %. | Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de \$200.<br><br>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.<br>Dispositivos: Este servicio no está cubierto. | Examen: Se paga al 100 % tras el copago de \$15. Un examen cada 12 meses.<br>Los dispositivos no tienen cobertura. | Cubierto por VSP.                                                                                                                             |                                                                                                                              | Cubierto por VSP.                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |
| Radiografías y análisis                                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                                                                                               |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                            |
| Se paga al 100 %.                                                                                                          | Se paga al 100 %. Se aplica el deducible.                                                                          | Se paga al 80 % tras el deducible.<br><br>El proveedor responsable de obtener la certificación previa de las radiografías de alta tecnología. | Se paga al 60 % tras el deducible.                                                                                           | Se paga al 90 % tras el deducible.<br><br>El proveedor responsable de obtener la certificación previa de las radiografías de alta tecnología.                                                        | Se paga al 60 % tras el deducible.                                                                         |

- \* a. La cobertura de cualquier servicio está sujeta a la determinación de la 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 brindarles ayuda a usted y a los miembros de su familia que tienen cobertura con la búsqueda de proveedores; la resolución de problemas de facturación, reclamos y apelaciones; la comprensión de diagnósticos y opciones de tratamiento; y el control de 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](https://seattle.gov/human-resources/benefits/employees-and-covered-family-members). Este documento no es un contrato.**

## Primas de atención médica

### Reparto de primas 2025

A partir del 1 de enero de 2025, 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** |
| <b>Plan médico</b>                      |                     |                           |                            |                                                       |                              |
| Plan preventivo de City of Seattle      | \$2,141.15          | \$2,093.03                | \$48.12                    | \$2,042.65                                            | \$98.50                      |
| Plan tradicional de City of Seattle     | \$1,928.38          | 1928.38                   | \$0.00                     | \$1,896.04                                            | \$32.34                      |
| Plan estándar de Kaiser Permanente      | \$1,572.69          | \$1,524.29                | \$48.40                    | \$1,427.79                                            | \$99.90                      |
| Plan con deducible de Kaiser Permanente | \$1,449.40          | \$1,424.40                | \$25.00                    | \$1,392.48                                            | \$56.92                      |

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

\* Siempre que sean dependientes fiscales del IRS.

## Primas de atención médica

### Inscripción del cónyuge/pareja de hecho

Para cubrir a un cónyuge o pareja de hecho (y dependientes fiscales de su pareja de hecho), agréguelo en [Workday](#) y descargue una declaración jurada de matrimonio/pareja de hecho.

### Cónyuge/pareja de hecho/dependientes que son dependientes fiscales del IR

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

### Pareja de hecho (Domestic Partner, DP)/dependientes que **NO** son dependientes fiscales del IRS

#### Aportes a las primas después de impuestos

Si decide dar cobertura a una pareja de hecho **que 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. La columna “**Aportes mensuales a las primas después de impuestos**” muestra la parte de su aporte mensual a las primas que se descontará de su nómina una vez calculados los impuestos.

| Planes médicos                           | Aporte mensual a la prima después de impuestos para la pareja de hecho |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Plan preventivo de la City of Seattle    | \$50.38                                                                |
| Plan tradicional de la ciudad de 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 frente al IRS no califican como sus dependientes fiscales frente al IRS, también se le cobrarán impuestos sobre el **valor** de su cobertura médica, dental y de la vista que pague la Ciudad, 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 Delta Dental of Washington [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 cobertura médica, dental y de la vista con la cobertura de los servicios de Delta Dental of Washington**

| Valores imponibles mensuales de 2025 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                                                                                               | \$1,022.60                              | \$858.38                   |
| Plan tradicional                                                                                              | \$934.02                                | \$773.08                   |
| Kaiser Permanente Standard                                                                                    | \$736.61                                | \$630.49                   |
| Kaiser Permanente Deductible                                                                                  | \$694.41                                | \$581.06                   |
| Cobertura de DDWA                                                                                             | \$57.77                                 | \$40.44                    |
| Cobertura para la atención de la vista                                                                        | \$4.49                                  | \$3.14                     |
| Valor imponible total con el plan básico de los seguros de DDWA y VSP                                         |                                         |                            |
| Plan preventivo                                                                                               | \$1,084.86                              | \$901.96                   |
| Plan tradicional                                                                                              | \$996.28                                | \$816.66                   |
| Plan estándar de Kaiser Permanente                                                                            | \$798.87                                | \$674.07                   |
| Plan con deducible de Kaiser Permanente                                                                       | \$756.67                                | \$624.64                   |

## 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

Valores imponibles mensuales de 2025 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                                                             | \$1,022.60                              | \$858.38                   |
| Plan tradicional                                                            | \$934.02                                | \$773.08                   |
| Plan estándar de Kaiser Permanente                                          | \$736.61                                | \$630.49                   |
| Plan con deducible de Kaiser Permanente                                     | \$694.41                                | \$581.06                   |
| Cobertura de Dental Health Services (DHS)                                   | \$67.63                                 | \$47.34                    |
| Plan básico de atención de la vista                                         | \$4.49                                  | \$3.14                     |
| <b>Valor imponible total con el plan básico de los seguros de DHS y VSP</b> |                                         |                            |
| Plan preventivo                                                             | \$1,094.72                              | \$908.86                   |
| Plan tradicional                                                            | \$1,006.14                              | \$823.56                   |
| Plan estándar de Kaiser Permanente                                          | \$808.73                                | \$680.97                   |
| Plan con deducible de Kaiser Permanente                                     | \$766.53                                | \$631.54                   |

## Cobertura de medicamentos de venta con receta

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Planes preventivos y tradicionales (Aetna)</b></p> | <p><b>Programa de venta minorista de medicamentos con receta</b></p> <p>Aetna clasifica los medicamentos en tres niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricos</li> <li>• Marca preferida</li> <li>• Marca no preferida</li> </ul> <p>Kaiser Permanente clasifica los medicamentos en dos niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genéricos</li> <li>• Marca preferida (sin cobertura para marcas no preferidas)</li> </ul> <p>Con los planes de Aetna, paga el 30 % del costo real de los medicamentos genéricos y el 40 % de los medicamentos de marca preferidos y no preferidos, hasta un máximo de \$100 por medicamento por mes. Hay un gasto de bolsillo máximo anual de \$1,200 por miembro para los medicamentos de venta minorista y de venta por correo.</p> <p>El nombre del formulario de Aetna es <i>Aetna Standard Plans (Planes estándar de Aetna)</i>. En este formulario, se proporciona una lista de los medicamentos que cubre su plan. Para buscar medicamentos específicos, ingrese a <a href="https://www.aetna.com/individuals-families/find-a-medication.html">https://www.aetna.com/individuals-families/find-a-medication.html</a>.</p> <p>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 <a href="https://www.aetna.com">Aetna.com</a>.</p> <p><b>Planes de Kaiser Permanente</b></p> <p>Usted es responsable de abonar un copago de \$15 por los medicamentos genéricos y un copago de \$30 por los medicamentos de marca. Todas las recetas se deben abastecer en una farmacia de Kaiser Permanente. No se cubrirán las recetas que se abastezcan en farmacias que no pertenezcan a Kaiser Permanente.</p> <p>El formulario de Kaiser Permanente es el <i>Formulario de medicamentos para beneficios de farmacia dentro de la red de nivel 1 o 2 para grandes empresas</i>. En el formulario, se proporciona una lista de los medicamentos que cubre su plan. Para buscar medicamentos específicos, ingrese a <a href="https://www.wa.kaiserpermanente.org/html/public/pharmacy/drug-formulary">wa.kaiserpermanente.org/html/public/pharmacy/drug-formulary</a>.</p> <p>Consulte la siguiente página para obtener información más detallada sobre la cobertura de los medicamentos de venta con receta.</p> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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                                                                                          |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gasto de bolsillo máximo anual</b>     |                                                                                                        |                                                                                                        | \$1,200                                                                                                            | \$1,200                                                                                                            |
| <b>Venta minorista</b>                    |                                                                                                        |                                                                                                        |                                                                                                                    |                                                                                                                    |
| • <b>Días de suministro</b>               | 30 días                                                                                                | 30 días                                                                                                | 31 días                                                                                                            | 31 días                                                                                                            |
| • <b>Coseguro</b>                         | 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 y el 40 % del costo de los medicamentos de marca*. | Usted paga el 30 % del costo real de los medicamentos genéricos y el 40 % del costo de los medicamentos de marca*. |
| • <b>Coseguro Coseguro</b>                | 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.                                                                  |
| • <b>Gasto de bolsillo mensual máximo</b> | No se aplica.                                                                                          | No se aplica.                                                                                          | \$100 por receta                                                                                                   | \$100 por receta                                                                                                   |
| • <b>Fuera de la red</b>                  | Este servicio no está cubierto.                                                                        | Este servicio no está cubierto.                                                                        | Este servicio no está cubierto.                                                                                    | Este servicio no está cubierto.                                                                                    |
| <b>Pedido por correo</b>                  |                                                                                                        |                                                                                                        |                                                                                                                    |                                                                                                                    |
| • <b>Coseguro</b>                         | Medicamentos genéricos: copago de \$45.<br>Medicamentos de marca: copago de \$90.                      | Medicamentos genéricos: copago de \$30.<br>Medicamentos de marca: copago de \$60.                      | Usted paga el 30 % del costo real de los medicamentos genéricos y el 40 % del costo de los medicamentos de marca.  | Usted paga el 30 % del costo real de los medicamentos genéricos y el 40 % del costo de los medicamentos de marca.  |
| • <b>Coseguro Coseguro</b>                | 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.                                                                  |
| • <b>Gasto de bolsillo mensual máximo</b> | No se aplica.                                                                                          | No se aplica.                                                                                          | \$200 por receta.                                                                                                  | \$200 por receta.                                                                                                  |
| • <b>Días de suministro</b>               | 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 le realizarán ninguna otra facturación de saldo 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 (de 25 años o más). 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 los 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.

### Tarjetas de identificación

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. Puede acceder a su tarjeta digital de miembro al configurar su cuenta en línea o en Go Mobile, en <https://www.deltadentalwa.com/>.

## Opciones de planes dentales

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Acceso a la atención</b><br/>(Notifique a DHS una vez que haya seleccionado a su proveedor de atención)</p> <p><b>Pago de los servicios básicos</b></p> <p><b>Ortodoncia</b></p> <p><b>Tarjetas de identificación</b></p> <p><b>Comparación de planes</b></p> | <p><b>Dental Health Services</b></p> <p>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 <b>debe recurrir</b> a un dentista o a una clínica participante dentro de la red de DHS para que los servicios estén cubiertos.</p> <p>Seleccionar un dentista de DHS implica lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay deducibles ni máximos anuales.</li> <li>• No hay servicios a nivel de pago de incentivos.</li> </ul> <p>Para comenzar, visite: <a href="https://www.dentalhealthservices.com/">https://www.dentalhealthservices.com/</a> y haga clic en “Plan Members” (Afiliados del plan). Desde aquí, podrá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar un dentista o una clínica de DHS y configurar su cuenta en línea.</li> <li>• 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 <b>Registrar afiliado</b> al configurar su cuenta.</li> </ul> <p>Si no proporcionó su correo electrónico personal o no utilizó la pantalla <b>Registrar afiliado</b>, comuníquese con DHS directamente al 206-788-3444 para solicitar su número de afiliado.</p> <p>Este plan tiene un copago por visita al consultorio de \$10 para todos los miembros con cobertura, y también hay copagos para servicios seleccionados. En la comparación de planes de la siguiente página, se indican los servicios y los requisitos de copago.</p> <p>DHS ofrece ortodoncia para niños y adultos (mayores de 25 años). La cobertura incluye un copago de \$1,800 por adulto o de \$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 tratamiento de ortodoncia. <b>NOTA:</b> No se realiza la transición de la atención en el caso de los miembros que ya están en tratamiento cuando se unen al plan de DHS de la City. El beneficio de ortodoncia está disponible <u>solo para pacientes nuevos</u>.</p> <p>Recibirá su tarjeta de identificación de DHS aproximadamente dos semanas después de haber seleccionado su plan dental.</p> <p>En la tabla de la siguiente página, se comparan las coberturas que ofrecen los dos planes dentales.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Comparación de los planes dentales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Características de los planes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Delta Dental of Washington (DDWA)                                                                                                                                                                                                                                                                    | Dental Health Services (DHS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Deducible por año calendario</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$50 por persona, \$150 por familia (sin deducible en el caso de los servicios preventivos)                                                                                                                                                                                                          | \$0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Beneficio máximo anual</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$2,000 por persona por año.                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sin máximo anual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Pruebas de diagnósticos y cuidado preventivo</b><br>(exámenes de rutina y de emergencia, radiografías, limpieza, tratamiento con fluoruro, selladores)                                                                                                                                                                                                                                    | Clase I: 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sin copago.<br>Dos limpiezas adicionales para mujeres embarazadas, hasta cuatro limpiezas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Rellenos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Clase II: niveles de pago de incentivos*<br>1.º año: 80 %<br>2.º año: 90 %<br>3.º año: 100 %                                                                                                                                                                                                         | Sin copago en el caso de los empastes generales.<br>Cubre empastes compuestos en todos los dientes (se cobran \$15 adicionales por los empastes compuestos en los molares y premolares).                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Coronas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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).                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Servicios de prostodoncia</b><br>(dentaduras postizas, puentes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Clase III: 50 % constante                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$125 más un copago de \$10 por visita al consultorio (dentaduras postizas).<br>\$75 más un copago de \$10 por visita al consultorio (puentes).                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Ortodoncia</b><br><b>Para DDWA:</b> la transición de la atención está disponible para nuevos afiliados que ya están en tratamiento (consulte la sección de Ortodoncia de DDWA, página anterior).<br><br><b>Para DHS:</b> solo casos nuevos. No se realiza la transición de la atención en el caso de los miembros nuevos que ya están en tratamiento y se unen al plan de DHS de la City. | Disponible para niños y adultos.                                                                                                                                                                                                                                                                     | Disponible para niños y adultos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | El plan paga el 50 % hasta un máximo vitalicio de \$2,000. No se aplica el deducible.                                                                                                                                                                                                                | Adultos (de 25 años o más): \$1,800 más \$150 por el examen inicial, modelos de estudio y radiografías; cubre el tratamiento completo y, además, se debe abonar un copago de \$10 por cada visita.<br><br>Casos de ortodoncia (menores de 25 años): copago de \$1,000, \$150 por el examen inicial, modelos de estudio y radiografías; cubre únicamente el tratamiento completo y, además, se debe abonar un copago de \$10 por cada visita. |
| <b>Elección de proveedores</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Dentro de la red: cualquier proveedor contratado.<br>Fuera de la red: Los gastos se pagarán en función de los cargos reales o de las tarifas máximas permitidas de DDWA en el caso de los dentistas no participantes, según cuál sea el importe menor. Usted deberá abonar cualquier saldo adeudado. | Dentro de la red: Cualquier proveedor contratado de la red de DHS.<br><br>Fuera de la red: No hay cobertura fuera de la red disponible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

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)                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Periodoncia</b> (procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para el tratamiento de los tejidos que conforman el aparato de sostén de los dientes) | Clase II: Se paga de acuerdo con los niveles de pago de incentivos que se muestran arriba*.                                                                                          | Se paga al 100 % tras el copago de \$25 por el raspado y mantenimiento periodontal en el consultorio de un dentista general. Si lo derivan a un periodoncista, el miembro paga el 20 %. Hasta 4 visitas por situaciones específicas. |
| <b>Endodoncia</b> (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 arriba. El tratamiento de conducto radicular del mismo diente se cubre solo una vez cada 2 años*. | Se paga al 100 % tras el copago correspondiente (\$50 para dientes anteriores, \$75 para premolares o \$100 para conductos radiculares molares). Si lo derivan a un endodoncista, el miembro paga el 20 %.                           |
| <b>Cirugía oral</b> (extracciones de rutina y quirúrgicas).                                                                                           | Clase II: Se paga de acuerdo con los niveles de pago de incentivos que se muestran arriba*.                                                                                          | Se paga al 100 % tras el copago de \$10 por visita al consultorio de un dentista general. Si lo derivan a un cirujano bucal, el miembro paga el 20 %.                                                                                |
| <b>Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)</b>                                                                                          | Este servicio no está cubierto.                                                                                                                                                      | Máximo anual de \$1,000.<br>Máximo vitalicio de \$5,000.                                                                                                                                                                             |
| <b>Implantes dentales</b>                                                                                                                             | 50 % constante                                                                                                                                                                       | Llame a la oficina de DHS al 206-788-3444 para obtener información detallada. Se aplican copagos.                                                                                                                                    |
| <b>Otro</b>                                                                                                                                           | Clase III: Protector oclusal (férula nocturna) cubierto al 50 %                                                                                                                      | Tratamiento de oclusión (protector nocturno) con un copago de \$350.                                                                                                                                                                 |

### Primas mensuales de la atención dental de 2025 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 | \$121.85                          | \$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 ciudad.

## Cobertura para la atención de la vista

### Tarjetas de identificación

La City ofrece un plan de atención de la vista a través de VSP, el plan básico, que la City paga en su totalidad.

Puede recibir servicios de cualquier proveedor de atención de la vista, pero los gastos de su bolsillo serán menores si elige un médico o un centro de atención de la vista dentro de la red de VSP. Encuentre proveedores dentro de la red, cree su cuenta en línea, conozca ofertas especiales y mucho más en [www.vsp.com](http://www.vsp.com).

VSP no emite tarjetas de identificación: su médico o centro dentro de la red podrá tener acceso para conocer su elegibilidad y cobertura. Una vez que configure su cuenta en línea, podrá imprimir una tarjeta de identificación.

## Plan de atención de la vista

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

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

\*\* Las lentes fotocromáticas son transparentes en espacios interiores y se oscurecen automáticamente cuando se exponen a la luz solar.

## Cobertura para la atención de la vista

### Beneficios adicionales de la atención de la vista

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ahorros adicionales</b><br>Ingrese en <a href="http://www.vsp.com/specialoffers">www.vsp.com/specialoffers</a> para conocer los descuentos actualizados y los servicios adicionales para los afiliados. | <b>Anteojos y anteojos de sol</b><br>\$20 adicionales para marcas de monturas destacadas.<br>Ahorro del 20 % en anteojos y anteojos de sol adicionales, incluidas las mejoras en las lentes. <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe estar dentro de los 12 meses de su último examen WellVision de cualquier proveedor de VSP.</li> </ul> |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Examen de la retina</b><br>No más de un copago de \$39 en un examen de rutina de la retina como mejora de un examen WellVision.                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                            | <b>Corrección de la vista con láser</b><br>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<br>(Visite <a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a> 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 ciudad de Seattle vigentes, el plan secundario de VSP de la ciudad generalmente pagará al menos los copagos restantes después de que el plan principal de VSP de la ciudad realice el pago.

*\* Si bien tener 2 planes de VSP puede cubrir algunos de los gastos de bolsillo (ya sea un plan de la ciudad o un plan de la ciudad 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 2025 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 em |     |
|------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|-----|
|                              |  |                                   | Empleado con o sin dependien     |     |
| Plan básico de VSP           |  | \$9.47                            | \$0                              | \$0 |

## Planes de seguro opcionales

### Seguro básico por discapacidad a largo plazo

El paquete de beneficios básicos que proporciona la City incluye una póliza de seguro por discapacidad a largo plazo (LTD) mediante la que se le pagará una parte de su remuneración mensual si se enferma o se lesiona y no puede trabajar. Si tiene una discapacidad según la definición del plan, el beneficio se combinará con otras fuentes de ingresos, si las hay, para pagarle hasta \$400 por mes después de un periodo de espera de 90 días mientras no pueda realizar, con una continuidad razonable, las tareas importantes de su trabajo (los primeros 24 meses) o cualquier trabajo (después de 24 meses).

### Importe del beneficio

No debe inscribirse en este plan; quedará inscrito automáticamente como empleado temporal con beneficios.

|                                                               | Plan por LTD básico |
|---------------------------------------------------------------|---------------------|
| Porcentaje de ingresos mensuales anteriores a la discapacidad | 60 %                |
| Beneficio máximo mensual                                      | \$400               |
| Beneficio mínimo mensual                                      | \$100               |

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 una cantidad específica de días que debe permanecer discapacitado de manera continua. Los beneficios no se pagan durante el periodo de espera.

### ¿Cuándo se me considera persona con discapacidad?

Durante el periodo de espera de los beneficios (consulte a continuación), se lo considera una persona con discapacidad si, debido a una enfermedad física, una lesión, un embarazo o un trastorno mental, no puede realizar las tareas importantes de su trabajo con una continuidad razonable.

### Periodo de espera

**Periodo de espera de los beneficios:** El periodo de espera de los beneficios del plan por LTD básico 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 periodo máximo de beneficios del plan por LTD básico se detalla en el cuadro de la página siguiente y se clasifica por edad según la edad habitual de jubilación del Seguro Social (Social Security Normal Retirement Age, SSNRA).

## 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 |
|---------------------------------------------------------------|---------------------|
| Porcentaje de ingresos mensuales anteriores a la discapacidad | 60 %                |
| Beneficio máximo mensual                                      | \$400               |
| Beneficio mínimo mensual                                      | \$100               |

A continuación, se presenta el beneficio por LTD básico.

|                                                                                                             | Plan por LTD básico                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Introduzca los ingresos mensuales                                                                           | (1) \$667<br><i>Nota: si los ingresos mensuales superan los \$67, introduzca por encima de \$667.</i> |
| Porcentaje de ingresos                                                                                      | (2) 60 %                                                                                              |
| Multiplique el importe de la línea 1 por el porcentaje de la línea 2: este es su beneficio mensual por LTD. | $\$667 \times 60 \% = \$400$                                                                          |

La City paga la prima del plan por LTD básico.

*Nota: Dado que la City paga las primas del plan por LTD básico, los beneficios por LTD pagados están parcialmente exentos de impuestos.*

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

### ¿Cuándo se me considera persona con discapacidad?

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

## Seguro opcional: plan por discapacidad a largo plazo

### Periodo de espera

| Edad al momento de la discapacidad          | Periodo máximo de beneficios       |
|---------------------------------------------|------------------------------------|
| 62                                          | A la SSNRA o 48 meses, si es mayor |
| 63                                          | A la SSNRA o 42 meses, si es mayor |
| 64                                          | 36 meses                           |
| 65                                          | 30 meses                           |
| 66                                          | 27 meses                           |
| 67                                          | 24 meses                           |
| 68                                          | 21 meses                           |
| 69 años o más al momento de la discapacidad | 18 meses                           |

### Limitaciones

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

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

### ¿Cuándo finalizan los beneficios?

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

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

## Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

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

La City ofrece un nivel de seguro de vida a término opcional a los empleados temporales que son elegibles para recibir beneficios. La City y usted pagan el seguro de vida básico. Puede inscribirse en un seguro de vida grupal a término en un plazo de 30 días luego de pasar a ser elegible para recibir los beneficios o durante un periodo de inscripción abierta. Para obtener más información, consulte el [Certificado de seguro](#).

### Seguro de vida básico

Esta cobertura opcional le brinda dos opciones de importes de beneficios del seguro de vida a término. La primera opción equivale a una vez y media su sueldo anual, y la segunda, a \$50,000 fijos. La City aporta el 40 % del costo, y usted paga el 60 % restante. Dentro de las pautas del importe de cobertura que se muestran a continuación, seleccione la opción de seguro de vida básico que le interese solicitar. A continuación, se muestra una tabla con información sobre el costo mensual del 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. | \$1,000,000 |
| Opción B | \$50,000                                                                                                             | \$50,000    |

\* Las normas del Servicio de Impuestos Interno (Internal Revenue Service, IRS) establecen que el valor del seguro de vida básico superior a \$50,000, que paga la ciudad, 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 cuando recién es elegible, se le garantiza una cobertura de hasta \$1,000,000. Sin embargo, si se inscribe más adelante durante un periodo de inscripción abierta, deberá completar y enviar un formulario de [evidencia de asegurabilidad](#) en línea (declaración de antecedentes médicos) dentro de los 90 días posteriores al final del periodo de inscripción. Consulte las instrucciones de envío en línea [aquí](#). Securian Financial debe aprobar el formulario antes de que su seguro de vida entre en vigencia.

Si se produce un cambio calificado en su estado familiar durante el año, puede elegir o aumentar su seguro de vida grupal a término básico 1.5 veces su sueldo anual hasta \$50,000 sin 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](http://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                         | <b>Importe de la cobertura</b><br>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 | <b>Prima mensual</b><br>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](http://LifeBenefits.com/travel).

## Seguro opcional: seguro de vida grupal a plazos

|                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Características y beneficios</b><br/>(continuación)</p> <p><b>Recursos</b></p> <p><b>Presentar un reclamo</b></p> | <p><b>Recursos de planificación de la herencia</b><br/>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 <a href="https://securian.com/legacy">Securian.com/legacy</a>.</p> <p><b>Asesoramiento financiero para los beneficiarios</b><br/>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.</p> <p><b>Conversión</b><br/>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.</p> <p><b>Pago anticipado de beneficios</b><br/>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).</p> <p>Para obtener información adicional, consulte los enlaces a continuación.</p> <p><b>Certificado de cobertura</b><br/><a href="#">Certificado de cobertura</a></p> <p><b>Evidencia de asegurabilidad</b><br/><a href="#">Evidencia de asegurabilidad</a></p> <p>Para presentar un reclamo, comuníquese con la Unidad de Beneficios a través de <a href="mailto:Benefits.Unit@seattle.gov">Benefits.Unit@seattle.gov</a> o al (206) 615-1340.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Seguro opcional: seguro de vida grupal a plazos

### 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 ciudad | 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              |
|                                                                           | <b>GTL limitado</b>       | \$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 plazos

| 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 ciudad | Prima mensual total |  |
| \$67,000.01-\$68,000                                             | \$102,000          | \$4.59                     | \$3.06                     | \$7.65              |  |
| \$68,000.01-\$69,000                                             | \$103,500          | \$4.66                     | \$3.11                     | \$7.76              |  |
| \$69,000.01-\$70,000                                             | \$105,000          | \$4.73                     | \$3.15                     | \$7.88              |  |
| \$70,000.01-\$71,000                                             | \$106,500          | \$4.79                     | \$3.20                     | \$7.99              |  |
| \$71,000.01-\$72,000                                             | \$108,000          | \$4.86                     | \$3.24                     | \$8.10              |  |
| \$72,000.01-\$73,000                                             | \$109,500          | \$4.93                     | \$3.29                     | \$8.21              |  |
| \$73,000.01-\$74,000                                             | \$111,000          | \$5.00                     | \$3.33                     | \$8.33              |  |
| \$74,000.01-\$75,000                                             | \$112,500          | \$5.06                     | \$3.38                     | \$8.44              |  |
| \$75,000.01-\$76,000                                             | \$114,000          | \$5.13                     | \$3.42                     | \$8.55              |  |
| \$76,000.01-\$77,000                                             | \$115,500          | \$5.20                     | \$3.47                     | \$8.66              |  |
| \$77,000.01-\$78,000                                             | \$117,000          | \$5.27                     | \$3.51                     | \$8.78              |  |
| \$78,000.01-\$79,000                                             | \$118,500          | \$5.33                     | \$3.56                     | \$8.89              |  |
| \$79,000.01-\$80,000                                             | \$120,000          | \$5.40                     | \$3.60                     | \$9.00              |  |
| \$80,000.01-\$81,000                                             | \$121,500          | \$5.47                     | \$3.65                     | \$9.11              |  |
| \$81,000.01-\$82,000                                             | \$123,000          | \$5.54                     | \$3.69                     | \$9.23              |  |
| \$82,000.01-\$83,000                                             | \$124,500          | \$5.60                     | \$3.74                     | \$9.34              |  |
| \$83,000.01-\$84,000                                             | \$126,000          | \$5.67                     | \$3.78                     | \$9.45              |  |
| \$84,000.01-\$85,000                                             | \$127,500          | \$5.74                     | \$3.83                     | \$9.56              |  |
| \$85,000.01-\$86,000                                             | \$129,000          | \$5.81                     | \$3.87                     | \$9.68              |  |
| \$86,000.01-\$87,000                                             | \$130,500          | \$5.87                     | \$3.92                     | \$9.79              |  |
| \$87,000.01-\$88,000                                             | \$132,000          | \$5.94                     | \$3.96                     | \$9.90              |  |
| \$88,000.01-\$89,000                                             | \$133,500          | \$6.01                     | \$4.01                     | \$10.01             |  |
| \$89,000.01-\$90,000                                             | \$135,000          | \$6.08                     | \$4.05                     | \$10.13             |  |
| \$90,000.01-\$91,000                                             | \$136,500          | \$6.14                     | \$4.10                     | \$10.24             |  |
| \$91,000.01-\$92,000                                             | \$138,000          | \$6.21                     | \$4.14                     | \$10.35             |  |
| \$92,000.01-\$93,000                                             | \$139,500          | \$6.28                     | \$4.19                     | \$10.46             |  |
| \$93,000.01-\$94,000                                             | \$141,000          | \$6.35                     | \$4.23                     | \$10.58             |  |
| \$94,000.01-\$95,000                                             | \$142,500          | \$6.41                     | \$4.28                     | \$10.69             |  |
| \$95,000.01-\$96,000                                             | \$144,000          | \$6.48                     | \$4.32                     | \$10.80             |  |
| \$96,000.01-\$97,000                                             | \$145,500          | \$6.55                     | \$4.37                     | \$10.91             |  |
| \$97,000.01-\$98,000                                             | \$147,000          | \$6.62                     | \$4.41                     | \$11.03             |  |
| \$43,000.01-\$44,000                                             | \$148,500          | \$6.68                     | \$4.46                     | \$11.14             |  |
| \$41,000.01-\$42,000                                             | \$151,500          | \$6.82                     | \$4.55                     | \$11.37             |  |
| \$41,000.01-\$42,000                                             | \$153,000          | \$6.89                     | \$4.59                     | \$11.48             |  |
| \$41,000.01-\$42,000                                             | \$154,500          | \$6.95                     | \$4.64                     | \$11.59             |  |
| \$103,000.01-\$104,000                                           | \$156,000          | \$7.02                     | \$4.68                     | \$11.70             |  |

\* 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 plazos

| 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 ciudad | Prima mensual total |
| \$104,000.01-\$105,000                                           | \$157,500          | \$7.09                     | \$4.73                     | \$11.82             |
| \$105,000.01-\$106,000                                           | \$159,000          | \$7.16                     | \$4.77                     | \$11.93             |
| \$106,000.01-\$107,000                                           | \$160,500          | \$7.22                     | \$4.82                     | \$12.04             |
| \$107,000.01-\$108,000                                           | \$162,000          | \$7.29                     | \$4.86                     | \$12.15             |
| \$108,000.01-\$109,000                                           | \$163,500          | \$7.36                     | \$4.91                     | \$12.27             |
| \$109,000.01-\$110,000                                           | \$165,000          | \$7.43                     | \$4.95                     | \$12.38             |
| \$110,000.01-\$111,000                                           | \$166,500          | \$7.49                     | \$5.00                     | \$12.49             |
| \$111,000.01-\$112,000                                           | \$168,000          | \$7.56                     | \$5.04                     | \$12.60             |
| \$112,000.01-\$113,000                                           | \$169,500          | \$7.63                     | \$5.09                     | \$12.72             |
| \$113,000.01-\$114,000                                           | \$171,000          | \$7.70                     | \$5.13                     | \$12.83             |
| \$114,000.01-\$115,000                                           | \$172,500          | \$7.76                     | \$5.18                     | \$12.94             |
| \$115,000.01-\$116,000                                           | \$174,000          | \$7.83                     | \$5.22                     | \$13.05             |
| \$116,000.01-\$117,000                                           | \$175,500          | \$7.90                     | \$5.27                     | \$13.17             |
| \$117,000.01-\$118,000                                           | \$177,000          | \$7.97                     | \$5.31                     | \$13.28             |
| \$118,000.01-\$119,000                                           | \$178,500          | \$8.03                     | \$5.36                     | \$13.39             |
| \$119,000.01-\$120,000                                           | \$180,000          | \$8.10                     | \$5.40                     | \$13.50             |
| \$120,000.01-\$121,000                                           | \$181,500          | \$8.17                     | \$5.45                     | \$13.62             |
| \$121,000.01-\$122,000                                           | \$183,000          | \$8.24                     | \$5.49                     | \$13.73             |
| \$122,000.01-\$123,000                                           | \$184,500          | \$8.30                     | \$5.54                     | \$13.84             |
| \$123,000.01-\$124,000                                           | \$186,000          | \$8.37                     | \$5.58                     | \$13.95             |
| \$124,000.01-\$125,000                                           | \$187,500          | \$8.44                     | \$5.63                     | \$14.07             |
| \$125,000.01-\$126,000                                           | \$189,000          | \$8.51                     | \$5.67                     | \$14.18             |
| \$126,000.01-\$127,000                                           | \$190,500          | \$8.57                     | \$5.72                     | \$14.29             |

\* 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 plazos

|  | 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 ciudad | Prima mensual total |
|  | \$127,000.01-\$128,000                                           | \$192,000          | \$8.64                     | \$5.76                     | \$14.40             |
|  | \$128,000.01-\$129,000                                           | \$193,500          | \$8.71                     | \$5.81                     | \$14.52             |
|  | \$129,000.01-\$130,000                                           | \$195,000          | \$8.78                     | \$5.85                     | \$14.63             |
|  | \$130,000.01-\$131,000                                           | \$196,500          | \$8.84                     | \$5.90                     | \$14.74             |
|  | \$131,000.01-\$132,000                                           | \$198,000          | \$8.91                     | \$5.94                     | \$14.85             |
|  | \$127,000.01-\$128,000                                           | \$192,000          | \$8.64                     | \$5.76                     | \$14.40             |
|  | \$128,000.01-\$129,000                                           | \$193,500          | \$8.71                     | \$5.81                     | \$14.52             |
|  | \$129,000.01-\$130,000                                           | \$195,000          | \$8.78                     | \$5.85                     | \$14.63             |
|  | \$130,000.01-\$131,000                                           | \$196,500          | \$8.84                     | \$5.90                     | \$14.74             |
|  | \$131,000.01-\$132,000                                           | \$198,000          | \$8.91                     | \$5.94                     | \$14.85             |
|  | \$132,000.01-\$133,000                                           | \$199,500          | \$8.98                     | \$5.99                     | \$14.97             |
|  | \$133,000.01-\$134,000                                           | \$201,000          | \$9.05                     | \$6.03                     | \$15.08             |
|  | \$134,000.01-\$135,000                                           | \$202,500          | \$9.11                     | \$6.08                     | \$15.19             |

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

## Indemnización laboral

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

## Programas de bienestar

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

La City of Seattle colabora con ComPsych, un proveedor de servicios del 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 ComPsych, se ofrece ayuda para usted y los miembros de su familia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios también incluyen derivaciones para el cuidado infantil, información sobre el cuidado de ancianos, asesoramiento financiero y legal, y entrenamiento para el bienestar.

Los empleados y miembros de la familia pueden recibir seis visitas por problema por año, ya sea en persona o virtual.

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 y verificar cómo codificar su hoja de tiempo.) Para comunicarse con ComPsych, llame al **1-888-272-7252**. Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (Telecommunications Relay Service, TRS): Marque 711 En línea en [www.guidanceresources.com](http://www.guidanceresources.com); Identificación de registro web: SeattleEAP.

### 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 gastos de bolsillo.

Hinge Health incluye servicios de prevención, control del dolor agudo, recuperación del dolor crónico y asistencia antes o después de una 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 especialistas o una tableta y sensores portables sin costo.

Para inscribirse en Hinge Health, ingrese a [hingehealth.com/cityofseattle](http://hingehealth.com/cityofseattle).

## Programas de bienestar

### 2<sup>nd</sup>.MD

Usted y los miembros de su familia con cobertura tienen acceso a una segunda opinión con un especialista médico. 2<sup>nd</sup>.MD les brinda ayuda a usted y a los miembros de su familia con cobertura para obtener la segunda opinión de un especialista sin costo. Obtenga una consulta médica virtual con un especialista de élite certificado de una de las principales instituciones médicas. Si tiene preguntas sobre un diagnóstico, una opción de tratamiento, una cirugía o un medicamento, comuníquese con un especialista para obtener asesoramiento. Algunas de las afecciones sobre las que puede consultar son cáncer, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, problemas digestivos, trastornos inmunitarios, cuestiones de salud femenina y problemas musculoesqueléticos.

Para comenzar, llame al 1-866-537-1324, descargue la aplicación de 2<sup>nd</sup>.MD y active su cuenta en línea en [2nd.md/cityofseattle](https://2nd.md/cityofseattle).

### 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. Puede pagar en línea mediante la cámara de compensación automatizada (Automated Clearing House, ACH). Se acabaron los reclamos engorrosos.

1. **Cree una cuenta:** Ingrese a [join.kinside.com/city-of-seattle](https://join.kinside.com/city-of-seattle) para crear una cuenta con su dirección de correo electrónico de empleado de la City of Seattle.
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.

## 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](mailto: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](mailto:MyTrips@seattle.gov) o llamando al 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 23 días por año después de 14 años de servicio, con un día adicional por año de servicio después de 19 años 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 [Workday](#).

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 Human Resources.

#### Tabla de acumulación de vacaciones vigente a partir del 4 de julio de 2024\*

| Horas de la categoría de pago regular | Años de servicio | Días por año | Horas por año | Saldo máximo |
|---------------------------------------|------------------|--------------|---------------|--------------|
| Menos de 06241                        | De 0 a 3         | 12           | 96            | 192          |
| De 06241 a 14560                      | De 4 a 7         | 16           | 128           | 256          |
| De 14561 a 27040                      | De 8 a 13        | 20           | 160           | 320          |
| De 27041 a 37440                      | De 14 a 18       | 23           | 184           | 368          |
| De 37441 a 39520                      | 19               | 24           | 192           | 384          |
| De 39521 a 41600                      | 20               | 25           | 200           | 400          |

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.

**Tabla de acumulación de vacaciones vigente a partir del 4 de julio de 2024  
(continuación)\***

| <b>Horas de la categoría de pago regular</b> | <b>Años de servicio</b> | <b>Días por año</b> | <b>Horas por año</b> | <b>Saldo máximo</b> |
|----------------------------------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| De 39521 a 41600                             | 20                      | 25                  | 200                  | 400                 |
| De 41601 a 43680                             | 21                      | 26                  | 208                  | 416                 |
| De 43681 a 45760                             | 22                      | 27                  | 216                  | 432                 |
| De 45761 a 47840                             | 23                      | 28                  | 224                  | 448                 |
| De 47841 a 49920                             | 24                      | 29                  | 232                  | 464                 |
| 49921 y más                                  | 25                      | 30                  | 240                  | 480                 |

\* Las tasas de acumulación de vacaciones anteriores no se aplican a los siguientes grupos. Consulte con el representante de recursos humanos de su departamento o el contrato sindical para conocer su tasa de acumulación de vacaciones.

- Oficiales de policía uniformados (Seattle Police Officers Guild [SPOG], Seattle Police Management Association [SPMA])
- Bomberos uniformados (local 27, local 2898)
- Local 77, International Brotherhood of Electrical Workers (IBEW)
- Local 79
- Gremio de Oficiales de Policía de Seattle (Seattle Police Officers Guild, SPEOG)
- Biblioteca

SPOG, local 27 y local 77 IBEW pueden encontrar su tasa de acumulación de vacaciones en su Guía de Beneficios para Empleados en <https://www.seattle.gov/human-resources/benefits/employees-and-covered-family-members>.

## Política de licencias

### Licencia por enfermedad

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

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

## Política de licencias

### Días festivos

La mayoría de los empleados de la ciudad son elegibles para recibir 12 días festivos oficiales con goce de sueldo y 2 días 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](http://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\*.

|                                                  |                                 |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Día de Año Nuevo</b>                          | Miércoles 1 de enero de 2025    |
| <b>Día de Martin Luther King Jr.</b>             | Lunes 20 de enero de 2025       |
| <b>Día del Presidente</b>                        | Lunes 17 de febrero de 2025     |
| <b>Día de los Caídos</b>                         | Lunes 26 de mayo de 2025        |
| <b>Día de la Emancipación</b>                    | Jueves 19 de junio de 2025      |
| <b>Día de la Independencia (oficial)</b>         | Viernes 4 de julio de 2025      |
| <b>Día del Trabajo</b>                           | Martes 2 de septiembre de 2025  |
| <b>Día de los Pueblos Indígenas</b>              | Lunes 13 de octubre de 2025     |
| <b>Día de los Veteranos</b>                      | Martes 11 de noviembre de 2025  |
| <b>Día de Acción de Gracias</b>                  | Jueves 27 de noviembre de 2025  |
| <b>Día siguiente al Día de Acción de Gracias</b> | Viernes 28 de noviembre de 2025 |
| <b>Día de Navidad (oficial)</b>                  | Jueves 25 de diciembre de 2025  |

El día festivo del Día de Año Nuevo de 2026 será el 1 de enero de 2026. Debe usar sus días festivos personales (optativos) durante el año calendario; de lo contrario, los perderá.

### Día de emergencia

Algunos acuerdos sindicales prevén un día de emergencia para que el empleado se ocupe de una situación personal urgente. Consulte su convenio colectivo para obtener más información.

## Política de licencias

### Licencia por duelo

Todos los empleados, incluidos los empleados temporales, tienen derecho a cinco días de 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 para actuar como jurado

Si presta servicio como jurado durante el horario habitual de trabajo, se le pagarán las horas regulares al entregar a la City cualquier compensación que reciba de la corte, menos la asignación por transporte.

### Licencia por servicio militar

La City ofrece los siguientes programas de licencia con y sin goce de sueldo para los empleados que necesitan ausentarse del trabajo debido a acontecimientos militares:

- **Licencia por servicio militar con goce de sueldo:** La City proporciona hasta 21 días hábiles, sin incluir los días libres habituales, de licencia con goce de sueldo por año fiscal (de octubre a septiembre) sin la posibilidad de perder créditos de servicio para los empleados que son miembros de las US Armed Forces, la National Guard o las Reserves, y necesitan tomarse una licencia para prestar servicio o realizar entrenamientos o simulacros militares requeridos. Esta licencia proporciona a los empleados su pago y los beneficios de la City a la misma tasa de pago y en virtud de las mismas condiciones que si estuvieran en el trabajo.
- **Licencia (Leave of Absence, LOA) por servicio militar:** La licencia por servicio militar sin goce de sueldo proporciona a los empleados una licencia sin goce de sueldo para prestar servicio activo en las fuerzas militares de los Estados Unidos. También garantiza la reincorporación a su puesto tras prestar servicio activo, siempre que se cumplan los criterios establecidos.
- **Licencia por servicio militar del cónyuge (LOA del cónyuge):** Se refiere a una licencia sin goce de sueldo de 15 días que se concede a los empleados cuyo cónyuge es miembro de las Armed Forces, la National Guard o las Reserves, y que ha recibido un llamado u orden inminente para prestar servicio activo y previo al despliegue, o cuyo cónyuge militar está de licencia por despliegue.
- **Licencia por razones médicas y familiares (Family Medical Leave, FML) por una obligación militar:** Los empleados elegibles reciben hasta 90 días (13 semanas) de licencia por razones médicas y familiares sin goce de sueldo y con derecho de reincorporación durante un periodo continuo de 12 meses por una “obligación calificada” producto de un despliegue en el extranjero del cónyuge, padre, hijo o hija.
- **Licencia por razones médicas y familiares (FML) por una licencia para la atención de un familiar herido de guerra:** Los empleados reciben hasta 26 semanas de licencia por razones médicas y familiares sin goce de sueldo y con derecho de reincorporación durante un periodo continuo de 12 meses para cuidar a su cónyuge, padre, hijo o pariente más cercano que sea un miembro del servicio militar cubierto que tenga una lesión o enfermedad grave. Los militares con cobertura 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 \(Americans with Disabilities Act\) 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 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](http://www.paidleave.wa.gov).

## Jubilación

### Plan de ahorro de compensación diferida

Puede participar en el Plan voluntario de compensación diferida de la City of Seattle administrado por Nationwide. Se puede inscribir en cualquier momento del año. El plan le permite ahorrar una parte de su 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, oficina 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 en [www.cityofseattledeferredcomp.com](http://www.cityofseattledeferredcomp.com) o llame al 855-550-1757.
- Puede aportar un mínimo de \$10 por periodo de pago y hasta el 50 % de su ingreso imponible anual hasta el límite anual publicado en [www.cityofseattledeferredcomp.com](http://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 |
|------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 2025 | \$23,500                    | \$7,500                                                      |

## Jubilación

### Sistema de jubilación de la City

Hay tres ocasiones en las que un empleado temporal puede elegir ser miembro del Sistema de Jubilación de Empleados de la City of Seattle:

1. Al completar 1,044 horas de empleo en la City, el equivalente a 6 meses de trabajo a tiempo completo.
2. Después de completar 10,440 horas de empleo en la City, el equivalente a 5 años de trabajo a tiempo completo.
3. Cuando sea designado para un puesto fijo de empleo en la City, puede unirse al Sistema de Jubilación y comprar un crédito previo, siempre que esto ocurra antes de completar 10,440 horas de empleo en la City.

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

### Beneficio por fallecimiento del sistema de jubilación

Los empleados temporales que forman parte del Sistema de Jubilación quedan automáticamente inscritos en el Programa de Beneficios por Fallecimiento. El propósito previsto de esta póliza es ser un complemento del seguro de entierro. El beneficio es de \$2,000 y se le paga únicamente al beneficiario. La prima es de \$12.00 por año, y se deduce de la primera nómina del año. La póliza no tiene valor en efectivo para la persona jubilada.

## Glosario

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Facturación de saldo</b>                                        | Es la cantidad que debe pagar además del coseguro si recurre a un proveedor fuera de la red. Consulte la explicación de <b>Pago de reclamos fuera de la red</b> que facturen más del importe permitido de Aetna en la página 53.                                                                                                                                 |
| <b>Coseguro</b>                                                    | 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. |
| <b>Copago</b>                                                      | 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.                                                                               |
| <b>Deducible</b>                                                   | 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.                                                                                                                                                              |
| <b>Gastos elegibles</b>                                            | 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”.                                                                                                                                                                           |
| <b>Formulario</b>                                                  | 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.  |
| <b>Medicamentos genéricos</b>                                      | 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”.                                                         |
| <b>Proveedor dentro de la red</b>                                  | 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.                                                                                                                                                                                         |
| <b>Proveedor fuera de la red</b>                                   | Es un proveedor que no ha firmado ningún contrato con un plan de salud. También se lo conoce como proveedor no preferente.                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Gasto de bolsillo</b>                                           | Es el importe que paga el miembro del plan, porque el plan no lo cubre. Se incluyen pagos como el coseguro, los deducibles, etc.                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Límite de gastos de bolsillo (máximo de gastos de bolsillo)</b> | 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

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Afección preexistente</b>      | 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 ciudad cubren todas las afecciones preexistentes. |
| <b>Proveedor preferente</b>       | 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.                                                                                                                      |
| <b>Atención médica preventiva</b> | 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.                                                                                                                                   |
| <b>Cargo reconocido</b>           | Es el cargo que Aetna determina de manera semestral que se encuentra en el percentil 70 de los cargos que los proveedores cobran por un servicio o suministro en el área geográfica donde se brinda.                                                                                                |

## A quién contactar si tiene preguntas

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

|                                                  |                                   |                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Accolade                                         | 866-540-5418                      | <a href="https://login.myaccolade.com/login">https://login.myaccolade.com/login</a>                                                                                                         |
| Aetna                                            | 866-540-5418                      | <a href="https://www.aetna.com">Aetna.com</a><br>Búsqueda personalizada de documentos:<br><a href="https://www.aetna.com/dsepublic/#/cityofseattle">aetna.com/dsepublic/#/cityofseattle</a> |
| Kaiser Permanente                                | 888-901-4636                      | <a href="https://www.kp.org/wa">KP.org/wa</a>                                                                                                                                               |
| VSP                                              | 800-877-7195                      | <a href="https://www.vsp.com">vsp.com</a><br>Haga clic en “Members” (Miembros).                                                                                                             |
| Delta Dental of Washington (DDWA)                | 206-522-2300 o<br>800-554-1907    | <a href="https://www.DeltaDentalWa.com">DeltaDentalWa.com</a>                                                                                                                               |
| Dental Health Services                           | 206-788-3444<br>877-495-4455      | <a href="https://www.DentalHealthServices.com/cityofseattle">DentalHealthServices.com/cityofseattle</a>                                                                                     |
| Representante local de jubilación de Nationwide  | 855-550-1757<br>206-447-1924      | <a href="https://www.cityofseattledeferredcomp.com">www.cityofseattledeferredcomp.com</a>                                                                                                   |
| Programa de Asistencia a los Empleados: ComPsych | 1-888-272-7252<br>TRS: Marque 711 | <a href="https://www.guidanceresources.com">www.guidanceresources.com</a><br>Identificación de registro web: SeattleEAP                                                                     |
| Seguro de vida, LTD                              |                                   | <a href="#">Representante de beneficios de su departamento</a>                                                                                                                              |
| City’s Benefits Unit                             | 206-615-1340                      | <a href="https://seattle.gov/human-resources/benefits">seattle.gov/human-resources/benefits</a>                                                                                             |
| Workday                                          |                                   | <a href="https://www.myworkday.com/seattle/d/home.html">https://www.myworkday.com/seattle/d/home.html</a>                                                                                   |