



Guía de beneficios para empleados

Empleados que son miembros de la IBEW de Local 77*

2024

Actualizado el 31 de may de 2024

* Empleados de la Ciudad cubiertos por un contrato sindical con la Hermandad Internacional de los Trabajadores de la Electricidad (International Brotherhood of Electrical Workers, IBEW) de Local 77, unidades 077 y 078.

No incluye a miembros cubiertos por contratos de Local 77 para operadores de equipos de mantenimiento de la construcción (Construction Maintenance Equipment Operator, CMEO), profesionales de TI, controladores de materiales y comerciantes de energía. Consulte la guía para los empleados de Most de su programa de beneficios o comuníquese con el representante de Recursos Humanos de su departamento.

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

Si necesita ayuda adicional o prefiere hablar con alguien de manera confidencial, envíe un correo electrónico a la Benefits Unit a Benefits.Unit@seattle.gov o llame al 206-615-1340.

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

La intención de la ciudad 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 ciudad de Seattle.

TABLA DE CONTENIDO

RESPONSABILIDADES DE LOS EMPLEADOS	1
INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD Y LA COBERTURA	2
ELEGIBILIDAD DE EMPLEADOS FIJOS	3
MIEMBROS DE LA FAMILIA ELEGIBLES	3
INSCRIPCIÓN DE NUEVOS EMPLEADOS	4
INICIO DE LA COBERTURA	4
¿CÓMO INSCRIBO A MIS FAMILIARES?	5
¿CÓMO CANCELO LA INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA?	6
CÓMO CAMBIAR LOS BENEFICIOS	6
¿CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA?	7
COBERTURA CONTINUA EN VIRTUD DE LA LEY COBRA	7
COBERTURA A TRAVÉS DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS	8
COBERTURA A TRAVÉS DE UN PLAN PARA JUBILADOS DE LA CIUDAD	8
BENEFICIOS Y PLANIFICACIÓN FINANCIERA	10
OPCIONES DE PLANES MÉDICOS	11
CÓMO ELEGIR UN PLAN MÉDICO	11
PLAN ESTÁNDAR DE KAISER PERMANENTE	13
KP.ORG/WA	13
EJEMPLOS DE COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS DE LOCAL 77	14
EJEMPLOS DE COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS DE MOST/LOCAL 77	15
PRIMAS DE ATENCIÓN MÉDICA	30
IMPORTE DEL BENEFICIO IMPONIBLE (CON DELTA DENTAL OF WASHINGTON [DDWA])	32
IMPORTE DEL BENEFICIO IMPONIBLE (CON DHS)	33
COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA	34
PLAN DE AETNA	34
PLANES DE KAISER PERMANENTE	34
OPCIONES DE PLANES DENTALES	36
DELTA DENTAL OF WASHINGTON	36
OPCIONES DE PLANES DENTALES	37
DELTA DENTAL OF WASHINGTON (CONTINUACIÓN)	37
DENTAL HEALTH SERVICES	38
COBERTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA VISTA Y COMPARACIÓN DE PLANES	41
PLANES DE SEGURO OPCIONALES	43
SEGURO POR DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)	43
SEGURO DE VIDA GRUPAL A TÉRMINO (GROUP TERM LIFE, GTL)	46
SEGURO DE VIDA BÁSICO	46
SEGURO DE VIDA GRUPAL A TÉRMINO COMPLEMENTARIO	51
AD&D	54
CUENTA FSA DE ATENCIÓN MÉDICA	56
CUENTA FSA DE ASISTENCIA DIURNA	56
INDEMNIZACIÓN LABORAL	58
PROGRAMAS DE BIENESTAR	59
PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS EMPLEADOS (EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM, EAP)	59
QUIT FOR LIFE	59
WEIGHT WATCHERS	59
PROGRAMAS DE VIDA LABORAL	60
SEATTLE SHARES	60
CAREER QUEST	60
OFFICE OF THE OMBUD	60
MYTRIPS	60
POLÍTICA DE LICENCIAS	61
VACACIONES	61
LICENCIA POR ENFERMEDAD	62
DÍAS FESTIVOS	63
LICENCIA POR DUELO	64
LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS Y FAMILIARES	64
LICENCIA PARA ACTUAR COMO JURADO	65
LICENCIA POR SERVICIO MILITAR	65
LICENCIA PARA CUIDAR A UN FAMILIAR CON GOCE DE SUELDO	66
LICENCIA POR MATERNIDAD/PATERNIDAD CON GOCE DE SUELDO	66
LICENCIA SABÁTICA	66
LICENCIA POR RAZONES MÉDICAS Y FAMILIARES CON GOCE DE SUELDO DEL ESTADO DE WASHINGTON	67
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS EMPLEADOS	68
SU ENTORNO DE TRABAJO	68
EMPLEO	68
JUBILACIÓN	69
PLAN DE AHORRO DE COMPENSACIÓN DIFERIDA	69
SISTEMA DE JUBILACIÓN DE LA CIUDAD	70
GLOSARIO	72
A QUIÉN CONTACTAR SI TIENE PREGUNTAS	74

Responsabilidades de los empleados

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

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

¿Agregará un nuevo miembro de la familia a su cobertura de atención médica y cuenta de gastos flexibles? Comuníquese con el [representante de beneficios](#) de su departamento dentro de los 30 días posteriores al matrimonio o nueva pareja de hecho. Dispone de 60 días para notificar a su representante sobre el nacimiento o la adopción a fin de establecer la cobertura para la atención médica, dental o de la vista. Debe realizar cualquier cambio en la cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) en un plazo de 30 días a partir del acontecimiento.

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

¿Tiene previsto solicitar una licencia? Comuníquese con su [representante de beneficios](#) para hablar sobre cómo podría afectar sus beneficios de la Ciudad.

¿Designará o cambiará su beneficiario?

- Seguro de vida o muerte accidental y desmembramiento: [Autoservicio para empleados](#).
- Jubilación: comuníquese con la [Oficina de Jubilación](#).
- Licencia por enfermedad: consulte a su [representante de beneficios](#).
- Compensación diferida: comuníquese con [Nationwide](#) o llame al (206) 447-1924.

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

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

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

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

Cobertura para la atención médica

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

Planes Local 77	Planes Most/Local 77
<ul style="list-style-type: none">Plan preventivo de Aetna	<ul style="list-style-type: none">Plan preventivo de Aetna: planes Most/Local 77
<ul style="list-style-type: none">Plan tradicional de Aetna	<ul style="list-style-type: none">Plan tradicional de Aetna: planes Most/Local 77
<ul style="list-style-type: none">Kaiser Permanente	<ul style="list-style-type: none">Kaiser Permanente: planes Most/Local 77

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 Ciudad ofrece a los empleados fijos y a sus familiares* planes de atención de la vista a través de VSP.

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

La ciudad ofrece un seguro básico por discapacidad a largo plazo y comparte el costo del plan básico de seguro de vida grupal a plazos. Los empleados pueden complementar ambos planes.

Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

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

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

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

Plan de compensación diferida

La 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 Ciudad, 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 del dependiente. ¡Gracias por participar! Para obtener información adicional sobre el proceso de verificación, dirijase [aquí](#).

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

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

Elegibilidad de empleados fijos

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

Miembros de la familia elegibles

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

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

Elegibilidad de niños

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

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

* Si inscribe a un dependiente, en un plazo de 2 a 3 semanas, Alight Solutions le enviará una carta para solicitarle los documentos que confirmen la elegibilidad del dependiente. [Aquí](#) encontrará información adicional.

** La cobertura puede continuar para un hijo con discapacidad/incapacidad si queda incapacitado antes de la edad límite y siempre que un médico haya documentado su estado de discapacidad/incapacidad total. El niño debe depender del empleado asegurado para su sustento y manutención para tener derecho a recibir la cobertura del seguro de vida y por AD&D.

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

Inscripción de nuevos empleados

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

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

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

Si no se inscribe en un seguro de vida cuando es elegible por primera vez, se le pedirá que complete una *Declaración de antecedentes médicos* o un *certificado de buen estado de salud* para la compañía de seguros. No se le garantizará la cobertura que tenía al momento en que fue elegible por primera vez.

Inicio de la cobertura

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

- el primer día calendario del mes designado como día laboral de la Ciudad;
- el primer día calendario del mes designado o reconocido como el primer día laboral para el turno que se le asignó, lo que ocurra después.

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

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

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

Si acaba de cumplir los requisitos para obtener la cobertura médica y no elige activamente ni renuncia a la cobertura médica, la 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.

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

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

Renuncia a la cobertura

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

¿Cómo inscribo a mis familiares?

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

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

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

Después de inscribir a un dependiente, Alight Solutions, el socio comercial de la Ciudad, le enviará una carta a su hogar en un plazo de 2 a 3 semanas. En la carta, se le solicitarán documentos que confirmen la elegibilidad de su dependiente. [Aquí](#) encontrará información adicional sobre el proceso de verificación de elegibilidad de dependientes.

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

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

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

Si necesita dar de baja a un familiar fuera del periodo de inscripción abierta, envíe un Formulario de elección de beneficios completado a su [representante de beneficios](#) del departamento.

Si finaliza la cobertura de su cónyuge o pareja de hecho debido a una separación legal, un divorcio o una disolución de la pareja de hecho, presente un formulario de Declaración de disolución de matrimonio/pareja de hecho completado o un Aviso de disolución de la pareja de hecho registrada en el estado en un plazo de 30 días a partir de la separación legal, el divorcio o la disolución de la pareja de hecho.

Cómo cambiar los beneficios

Hay dos oportunidades para cambiar sus opciones de beneficios:

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

Periodo de inscripción abierta

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

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

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

Debe inscribir a un nuevo cónyuge o nueva pareja de hecho y a cualquier dependiente durante los 30 días posteriores a su matrimonio o a la constitución de una pareja de hecho. Dispone de 60 días para agregar un hijo tras su nacimiento, adopción o colocación en adopción (este plazo de 60 días no se aplica a los cambios de la FSA). *Si no cumple con el plazo, solo podrá agregar miembros de su familia durante el periodo anual de inscripción abierta de otoño.*

Si ocurre un cambio en el estado familiar, es posible que pueda hacer un cambio relacionado con sus beneficios. En la siguiente página encontrará varios ejemplos. Comuníquese con su representante de Recursos Humanos del departamento si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

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

¿Cuándo termina la cobertura?

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

- ya no es elegible;
- renuncia, se jubila o es despedido;
- deja de hacer cualquier pago requerido.

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

Cobertura continua en virtud de la ley COBRA

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

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

Información sobre la elegibilidad y la cobertura

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

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

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

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

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

Cobertura a través del mercado de seguros médicos

Como alternativa a la COBRA, puede elegir un plan médico individual a través del mercado de seguros de salud. En función de sus ingresos y la cantidad de dependientes que incluya en la cobertura, puede encontrar un plan en el mercado que se adapte a sus necesidades de cobertura. Tenga en cuenta que, si se inscribe en un plan del mercado, no será elegible para la cobertura de un plan médico para jubilados de la Ciudad en el futuro. Para obtener más información, ingrese a www.wahealthplanfinder.org.

Cobertura a través de un plan para jubilados de la Ciudad

Cuando sea elegible para jubilarse, recibirá un paquete de información sobre los planes médicos para jubilados de la Ciudad 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 de Seattle si está cubierto por el plan de otro empleador. Para obtener más información sobre los planes, comuníquese con la Benefits Unit a través de Benefits.Unit@seattle.gov.

Pago de los beneficios

Deducciones de su nómina

Consulte la página 30 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 inscritos elegibles. El importe que paga depende del plan que seleccione y de si cubre a un cónyuge o pareja de hecho.

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

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

La Ciudad paga por completo los planes dentales y de la vista para la mayoría de los empleados.

Seguro de vida

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

Seguro complementario por discapacidad a largo plazo

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

Seguro por muerte accidental y desmembramiento

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

Cuentas de gastos flexibles (para atención médica y para asistencia diurna)

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

Beneficios y planificación financiera

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

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

- Deje de fumar y anime a su familia a hacerlo. Inscríbase en el programa gratuito para dejar de fumar de la Ciudad, llamando a Quit for Life, al 1-866-QUIT-4-LIFE (1-866-784-8454). Los miembros adultos de su familia que tienen cobertura médica de la Ciudad se pueden inscribir.
- Realice actividad física y coma alimentos ricos en nutrientes. Muchas enfermedades y afecciones se pueden prevenir, y los hábitos saludables reducen sus costos futuros de atención médica y mejoran su calidad de vida actual.
- Realícese chequeos y exámenes médicos. Sométase con regularidad a exámenes físicos programados por su médico, dentista, oftalmólogo, etc. Aproveche los programas gratuitos de vacunación contra la gripe en el lugar de trabajo y asista a ferias virtuales de beneficios.
- 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.
- 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 seis planes médicos diferentes:

- Plan preventivo de Aetna: Local 77
- Plan tradicional de Aetna: Local 77
- Plan de Kaiser Permanente: Local 77

- Plan preventivo de Aetna: Most/Local 77
- Plan tradicional de Aetna: Most/Local 77
- Plan de Kaiser Permanente: Most/Local 77

Cómo elegir un plan médico

Las características, la cobertura y los costos de los planes varían. Los planes de 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.

A la hora de tomar una decisión, debe tener en cuenta el costo, la elección y la cobertura. ¿Quiere un plan que le permita elegir cualquier médico, hospital o clínica (planes de Aetna), o está dispuesto a permanecer dentro de una red (Kaiser Permanente) y recibir un mayor nivel de cobertura?

A continuación, presentamos descripciones muy breves de los planes que pueden ayudarlo a tomar esta decisión.

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

Opciones de planes médicos

Aetna	La Ciudad cuenta con un plan preventivo y un plan tradicional de Aetna. Los planes utilizan la red de proveedores de Aetna, y Aetna se encarga de administrar los reclamos. Consulte las comparaciones de alto nivel en las páginas 14 (Local 77) y 15 (Most/Local 77), y las comparaciones detalladas en las páginas de la 16 a la 21 (Local 77) y de la 22 a la 29 (Most/Local 77).
¿Qué ocurre si no uso la red de Aetna?	Si elige un proveedor fuera de la red, pagará un porcentaje más alto del costo de la visita. Los precios de los proveedores fuera de la red suelen ser más altos que los precios de los proveedores dentro de la red. Si recurre a un proveedor fuera de la red, pagará el 40 % del costo del servicio de la red, y su médico puede cobrarle un importe adicional por encima del precio de la red.
Aetna.com	Para obtener información detallada sobre los reclamos, ingrese a Aetna.com . Encuentre información detallada sobre reclamos, consulte sus beneficios, solicite cambios, busque proveedores de servicios y envíe un correo electrónico a Servicios para Miembros a través de Aetna.com .
Pasos simples para llevar una vida más saludable	Los miembros pueden acceder a una evaluación de riesgos para la salud: <i>pasos simples para llevar una vida más saludable</i> . Después de completar un cuestionario, recibirá un informe de salud y un plan de acción personal junto con acceso a programas para una vida saludable.
Atención de urgencia	Inicie sesión en su cuenta en Aetna.com . Seleccione la pestaña de atención de urgencia para obtener una lista de clínicas sin cita previa cerca de usted.
Línea de enfermería las 24 horas	¿Tiene preguntas relacionadas con la salud o bienestar? Los enfermeros están disponibles a través de un número de teléfono gratuito las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Aetna ofrece el servicio de traducción de idiomas extranjeros para miembros que no hablan inglés. Llame al 1-800-556-1555 para hablar con un enfermero las 24 horas del día, los 365 días del año. En caso de personas con discapacidad auditiva o del habla, marque 711.

Opciones de planes médicos

<p>Kaiser Permanente</p>	<p>Kaiser Permanente es una organización para el mantenimiento de la salud que brinda un sistema integrado de servicios de atención médica. Kaiser Permanente brinda todos los servicios dentro de sus instalaciones o las de sus proveedores de red contratados. Debe recurrir a instalaciones y proveedores contratados por Kaiser Permanente, a menos que un médico lo derive a otro lugar. No necesita la derivación de un médico para consultar a la mayoría de los especialistas de Kaiser Permanente.</p> <p>La Ciudad ofrece un plan a través de Kaiser Permanente.</p>
<p>Plan estándar de Kaiser Permanente</p>	<p>Este es un plan de la organización para el mantenimiento de la salud sin deducible y con un copago de \$15 por visita al consultorio. La mayoría de los servicios están cubiertos al 100 % después del pago de un copago. La atención médica preventiva está cubierta.</p>
<p>KP.org/wa</p>	<p>Para acceder al sitio web de atención médica, ingrese a KP.org/wa. Los miembros pueden solicitar citas e intercambiar correos electrónicos con su proveedor, consultar sus registros médicos en línea, reabastecer recetas en línea y consultar los análisis de laboratorio y las pruebas. El directorio de proveedores e instalaciones y el formulario de medicamentos están disponibles en línea. Además, hay una aplicación móvil disponible.</p>
<p>Perfil de salud</p>	<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>
<p>Care Chat y visitas en línea</p>	<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 kp.org/wa. Las visitas en línea están disponibles para tratar problemas médicos comunes, como un resfriado o gripe. Visite KP.org/wa/onlinevisit.</p>
<p>Servicio de consulta de enfermería</p>	<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 1-800-297-6877 (TTY 711).</p>

Ejemplos de comparación de planes médicos de Local 77

En la siguiente tabla, se comparan los planes de Local 77 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 cada servicio se comparan por plan.

	Plan preventivo		Plan tradicional		Kaiser Permanente
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	
Deducible individual	\$0	\$250	\$100	\$150	Ninguno
Deducible familiar	\$0	\$750	\$300	\$450	Ninguno
Examen físico de rutina	Se paga al 100 %.	Se paga al 70 % tras el pago del deducible solo en concepto de mamografías y exámenes de obstetricia y ginecología.	Se paga al 100 % (sin deducible) para la mayoría de los planes preventivos.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible solo en concepto de mamografías. No se cubre ninguna otra atención preventiva.	Se paga al 100 %.
Visita al consultorio	Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 70 % 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 \$10.
Tratamiento ambulatorio en un hospital	Los gastos médicos se pagan al 100 %.	Tras el pago del deducible, los honorarios médicos y otros gastos se pagan al 70 %.	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 %.	Se paga al 100 % tras el copago de \$10.
Tratamiento con internación en un hospital	Se paga al 100 %.	Tras el pago del deducible, los honorarios médicos y otros gastos se pagan al 70 %.	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 %.	Se paga al 100 %.

Ejemplos de comparación de planes médicos de Most/Local 77

En la siguiente tabla, se comparan los planes de Most/Local 77 en cuatro escenarios diferentes donde los empleados usarían los servicios. Para obtener un resumen más completo de los beneficios por plan, consulte la tabla que sigue a este ejemplo.

	Plan preventivo		Plan tradicional		Kaiser Permanente
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	
Deducible individual	\$100	\$450	\$400	\$1,000	Ninguno
Deducible familiar	\$300	\$1,350	\$1,200	\$3,000	Ninguno
Examen físico de rutina	Se paga al 100 %.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible solo en concepto de mamografías y exámenes de obstetricia y ginecología.	Se paga al 100 % tras el pago del deducible.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.
Visita al consultorio	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible.	Se paga al 80 % tras el pago del deducible.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.
Tratamiento ambulatorio en un hospital	Los gastos médicos se pagan al 100 % tras un copago de \$15. Tras el pago del deducible, otros gastos se pagan al 90 %.	Tras el pago del deducible, los honorarios médicos y otros gastos se pagan al 60 %.	Tras el pago del deducible, los honorarios médicos y otros gastos se pagan al 80 %.	Tras el pago del deducible, los honorarios médicos y otros gastos se pagan al 60 %.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.
Intervención quirúrgica para pacientes internados realizada por un especialista en una de las 12 áreas de especialidad de Aexcel	Especialista de Aexcel: Se paga al 90 % tras el copago de \$200 para pacientes internados. No especialista de Aexcel: Se paga al 80 % 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.	Especialista de Aexcel: Se paga al 80 % tras el copago de \$200. No especialista de Aexcel: Se paga al 70 % 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 copago de \$200 para pacientes internados.

Comparación de planes médicos 2024: IBEW de Local 77

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/local-77-plans>.

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Deducible (por año calendario)				
Sin deducible	\$100 por persona \$300 por familia	\$150 por persona \$450 por familia	No se aplica	\$250 por persona \$750 por familia
El gasto de bolsillo máximo anual (Out of Pocket Maximum, OOP Max) incluye copagos y coseguro después de cualquier deducible correspondiente. No incluye copagos de medicamentos de venta con receta.				
\$750 por persona \$1,500 por familia	\$200 por persona \$600 por familia	\$1,200 por persona \$3,600 por familia	\$500 por persona \$1,000 por familia	\$3,000 por persona \$6,000 por familia
El gasto de bolsillo máximo total anual incluye el copago médico, el coseguro y el deducible. No incluye copagos de medicamentos de venta con receta.				
\$750 por persona \$1,500 por familia	\$300 por persona \$900 por familia	\$1,350 por persona \$4,050 por familia	\$500 por persona \$1,000 por familia	\$3,250 por persona \$6,750 por familia
Copago hospitalario				
Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Autorización previa al ingreso hospitalario				
A excepción de los ingresos por maternidad o emergencia, debe estar autorizado por Kaiser Permanente.	Excepto en los casos de ingreso por maternidad o emergencia, su médico debe comunicarse con Aetna antes de la admisión.	El miembro es responsable de obtener la certificación previa de la atención fuera de la red.	Excepto en los casos de ingreso por maternidad o emergencia, su médico debe comunicarse con Aetna antes de la admisión.	El miembro es responsable de obtener la certificación previa de la atención fuera de la red.
Elección de proveedores				
Toda la atención y los servicios que prestan los centros de Kaiser Permanente o los proveedores miembros de la red pueden ser autoderivados a la mayoría de los especialistas de Kaiser Permanente.	Cualquier proveedor contratado por Aetna. No es necesario seleccionar un médico de atención primaria. No es necesario realizar derivaciones.	Cualquier proveedor autorizado y calificado de su elección. Gastos pagados en función de los cargos razonables*. Usted paga la diferencia entre los cargos razonables y habituales (Reasonable and Customary Charges, R&C), y los facturados.	Cualquier proveedor contratado por Aetna. No es necesario seleccionar un médico de atención primaria. No es necesario realizar derivaciones.	Cualquier proveedor autorizado y calificado de su elección. Gastos pagados en función de los cargos razonables*. Usted paga la diferencia entre los cargos razonables y habituales (Reasonable and Customary Charges, R&C), y los facturados.

Comparación de planes médicos de la IBEW de Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
GASTOS CUBIERTOS				
Aborto				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 80 % tras el deducible. El plan pagará hasta \$10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Se paga al 60 % tras el deducible. El plan pagará hasta \$10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Se paga al 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 70 %. El plan pagará hasta \$10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.
Acupuntura				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10. Autoderivación de hasta 8 visitas por afección por año calendario. Visitas adicionales si el plan las aprueba.	Se paga al 80 % tras el deducible. Máximo de 12 visitas por año calendario.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$10. Todos los servicios de acupuntura están sujetos a revisión y aprobación continuas por parte de Aetna para cubrir la necesidad médica.	Se paga al 70 %.
Tratamiento por consumo de alcohol/drogas (paciente internado)				
Se paga al 100 %.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 100 %.	Se paga al 70 %.
Tratamiento por consumo de alcohol/drogas (paciente ambulatorio)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 70 %.
Anticonceptivos				
Para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos, consulte el beneficio de medicamentos de venta con receta.	Dispositivos anticonceptivos y otros productos cubiertos como beneficios médicos. (Consulte los medicamentos de venta con receta).	Dispositivos anticonceptivos y otros productos cubiertos como beneficios médicos. (Consulte los medicamentos de venta con receta).	Dispositivos anticonceptivos y otros productos cubiertos como beneficios médicos. (Consulte los medicamentos de venta con receta).	Dispositivos anticonceptivos y otros productos cubiertos como beneficios médicos. (Consulte los medicamentos de venta con receta).
Equipo médico duradero				
Se paga al 80 %.	Se paga al 80 % tras el deducible. Los extractores de leche se cubren al 100 % a través del proveedor de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME).	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 100 %. Los extractores de leche se cubren al 100 % a través del proveedor de DME.	Se paga al 70 %.

Comparación de planes médicos de la IBEW de Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Atención médica de emergencia				
➤ Clínica de atención de urgencia				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$35.	Se paga al 70 %.
➤ Sala de emergencias (no se aplican copagos si queda internado)				
Centro de Kaiser Permanente: Se paga al 100 % tras el copago de \$75. Centro que no es de Kaiser Permanente: Se paga al 100 % tras el deducible de \$75.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga lo mismo que dentro de la red, excepto si no es una emergencia, entonces es el 60 %.	Se paga al 100 % tras el copago de \$50.	Se paga lo mismo que dentro de la red, excepto si no es una emergencia, entonces es el 70 % tras el copago de \$50.
➤ Ambulancia				
Se paga al 80 %. Las transferencias que no son de emergencia iniciadas por Kaiser Permanente se pagan al 100 %.	Se paga al 80 % tras el deducible cuando el servicio es necesario por razones médicas. El transporte que no sea para casos de emergencia debe aprobarse previamente.		Se paga al 100 % cuando el servicio es necesario por razones médicas. El transporte que no sea para casos de emergencia debe aprobarse previamente.	
Paciente internado				
Se paga al 100 %.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 %.	Se paga al 70 %.
Paciente ambulatorio				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 %.	Se paga al 70 %.
Cuidado de hospicio				
Se paga al 100 %.	Se paga al 90 % tras el deducible.		Se paga al 100 %.	Este servicio no está cubierto.
Atención de maternidad (parto e internación)				
Se paga al 100 %.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 %.	Se paga al 70 %.
Atención de maternidad (prenatal y posparto)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10. La atención de rutina no está sujeta al copago de servicios ambulatorios.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 70 %.
Atención de salud mental (paciente internado)				
Se paga al 100 %.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 70 %.
Atención de salud mental (paciente ambulatorio)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 70 %.
Visita al consultorio médico				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$10.	Se paga al 70 %.

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de venta con receta (venta minorista)				
<p>Para un suministro de 30 días: Medicamentos genéricos: copago de \$10. Medicamentos de marca: copago de \$10. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos en su totalidad. Los medicamentos preventivos de venta libre seleccionados están cubiertos al 100 % en determinadas situaciones. Sus copagos de farmacia se aplicarán al gasto de bolsillo máximo anual.</p>	<p>Para un suministro de 34 días o un suministro de 100 unidades (lo que sea mayor): Recetas de medicamentos genéricos y de marca: copago de \$15. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %. Los dispositivos anticonceptivos y otros productos anticonceptivos de venta con receta están cubiertos por los beneficios del plan médico. Los medicamentos preventivos de venta libre seleccionados están cubiertos al 100 % en determinadas situaciones. Los medicamentos fuera del formulario no están cubiertos.</p>	<p>Este servicio no está cubierto.</p>	<p>Para un suministro de 31 días: Medicamentos genéricos: copago de \$10. Medicamentos de marca preferida: copago de \$10. Medicamentos de marca no preferida: copago de \$40. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %. Los dispositivos anticonceptivos y otros productos anticonceptivos de venta con receta están cubiertos por el beneficio médico. Los medicamentos preventivos de venta libre seleccionados están cubiertos al 100 % en determinadas situaciones.</p>	<p>Este servicio no está cubierto.</p>
Medicamentos de venta con receta (pedido por correo)				
<p>Para un suministro de 90 días: Medicamentos genéricos: copago de \$30. Medicamentos de marca: copago de \$30. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos en su totalidad. No se aplica copago en ningún medicamento para dejar de fumar a través de pedidos por correo. Sus copagos de farmacia se aplicarán al gasto de bolsillo máximo anual.</p>	<p>90 días o 100 unidades, lo que sea mayor: Recetas de medicamentos genéricos y de marca: copago de \$30. Los medicamentos fuera del formulario no están cubiertos. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %.</p>	<p>Este servicio no está cubierto.</p>	<p>Para un suministro de 90 días: Este servicio no está cubierto. Medicamentos genéricos: copago de \$20. Medicamentos de marca preferida: copago de \$40. Medicamentos de marca no preferida: copago de \$80. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %.</p>	
Gasto de bolsillo máximo anual para medicamentos de venta con receta				
<p>Se incluye en el gasto de bolsillo máximo anual.</p>	<p>\$1,200 por persona \$3,600 por familia</p>	<p>Este servicio no está cubierto.</p>	<p>\$1,200 por persona \$3,600 por familia</p>	<p>Este servicio no está cubierto.</p>

Comparación de planes médicos de la IBEW de Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Atención médica preventiva				
Se paga el 100 % de los exámenes físicos para adultos y de salud infantil, y la mayoría de las vacunas y servicios preventivos.	Se paga al 100 %. Cubre los exámenes físicos para adultos y de salud infantil, vacunas, exámenes rectales digitales/antígeno prostático específico (Prostate-specific Antigen, PSA), detección de cáncer colorrectal.	Se paga al 60 % para mamografías, no se aplica el deducible. No se cubren otros servicios preventivos.	Se paga al 100 %. Cubre los exámenes físicos para adultos y de salud infantil, vacunas, exámenes rectales digitales/antígeno prostático específico (Prostate-specific Antigen, PSA), detección de cáncer colorrectal.	Se paga al 70 % en el caso de chequeos para mujeres y mamografías. No se cubren otros servicios preventivos.
Servicios de rehabilitación (pacientes internados)				
Se paga al 100 %. Máximo de 60 días por año calendario para terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 %. 120 días por año calendario para servicios de enfermería especializada y rehabilitación, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 70 %.
Servicios de rehabilitación (pacientes ambulatorios)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10. Máximo de 60 visitas por año calendario para terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia.	Se paga al 80 % tras el deducible. El coseguro no se aplica al gasto de bolsillo máximo anual. Beneficio máximo por año calendario de 30 visitas para todos los servicios combinados (fisioterapia/masaje, logopedia, terapia ocupacional y cardíaca/pulmonar).	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$10. El beneficio incluye fisioterapia/masajes, logopedia, terapia ocupacional y cardíaca/pulmonar. El coseguro se aplica al gasto de bolsillo máximo anual. Máximo de 20 visitas por año calendario para cada uno de los beneficios enumerados anteriormente, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 70 %.
Centro de enfermería especializada				
Se paga al 100 %; máximo de 60 días por año calendario.	Se paga al 80 % tras el deducible. Máximo de 90 días por año calendario.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 100 %. Máximo de 120 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 70 %.

Comparación de planes médicos de la IBEW de Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Tratamiento para dejar de fumar				
Se paga al 100 % por sesiones individuales/grupales a través de Quit For Life. La terapia de reemplazo de nicotina se incluye en el beneficio de medicamentos de venta con receta. No se aplica copago en ningún medicamento de venta con receta para dejar de fumar a través de pedidos por correo.	Máximo vitalicio de un suministro de 90 días de medicamentos o asistencia para dejar de fumar. Consulte los medicamentos de venta con receta en farmacias de venta minorista.	Este servicio no está cubierto.	Solo cubre asesoramiento.	Solo cubre asesoramiento.
Manipulaciones de la columna vertebral				
Se paga al 100 % tras el copago de \$10. Autoderivación a proveedores designados por Kaiser Permanente. Debe cumplir con el protocolo de Kaiser Permanente. Máximo de 10 visitas por año calendario.	Se paga al 80 % tras el deducible. Máximo de 10 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$10. Máximo de 20 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 70 %.
Procedimientos de esterilización				
Paciente internado: Se paga al 100 %. Paciente ambulatorio: Se paga al 100 % tras el copago de \$10. Procedimientos de esterilización de mujeres cubiertos en su totalidad.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Paciente internado: Se paga al 100 %.	Se paga al 70 %.
Lesiones dentales/cirugía oral (debido a un accidente)				
Paciente internado: Se paga al 100 %. Paciente ambulatorio: Se paga al 100 % tras el copago de \$10. La cirugía oral requiere autorización previa.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Paciente internado: Se paga al 100 %.	Se paga al 70 %.
Examen de la vista/dispositivos				
Examen: Se paga al 100 % tras el copago de \$10. Un examen cada 12 meses. Dispositivos: no se incluyen.	Cubierto por VSP.		Cubierto por VSP.	
Radiografías y pruebas de laboratorio (paciente ambulatorio)				
Se paga al 100 %.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 %.	Se paga al 70 %.

Comparación de planes médicos de la IBEW de Local 77

* Se aplica a Aetna: los cargos reconocidos son los más bajos entre el cargo habitual del proveedor por prestar un servicio y el cargo que Aetna determina como el porcentaje de cargo reconocido en el área geográfica donde se presta el servicio.

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

Comparación de planes médicos 2024: planes Most/Local 77

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/local-77-plans>.

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Deducible (por año calendario)				
Sin deducible	\$400 por persona \$1,200 por familia El deducible se aplica a la mayoría de los servicios, excepto cuando se indique lo contrario. El deducible no se aplica a los medicamentos de venta con receta o cuando se aplica el copago para pacientes internados o el copago de la sala de emergencias.	\$1,000 por persona \$3,000 por familia	\$100 por persona \$300 por persona El deducible se aplica a la mayoría de los servicios, excepto cuando se indique lo contrario. El deducible no se aplica a los medicamentos de venta con receta o cuando se aplica el copago para pacientes internados o el copago de la sala de emergencias.	\$450 por persona \$1,350 por familia
El gasto de bolsillo máximo anual (Out of Pocket Maximum, OOP Max) incluye copagos y coseguro después de cualquier deducible correspondiente. No incluye copagos de medicamentos de venta con receta.				
\$2,000 por persona \$4,000 por familia	\$1,000 por persona \$3,000 por familia	\$2,000 por persona \$6,000 por familia	\$2,000 por persona \$4,000 por familia	\$3,000 por persona \$6,000 por familia
El gasto de bolsillo máximo total anual incluye el copago médico, el coseguro y el deducible. No incluye copagos de medicamentos de venta con receta.				
\$2,000 por persona \$4,000 por familia	\$1,400 por persona \$4,200 por familia	\$3,000 por persona \$9,000 por familia	\$2,100 por persona \$4,300 por familia	\$3,450 por persona \$7,350 por familia
Copago hospitalario				
\$200 por ingreso	Copago de \$200 por ingreso.	Copago de \$200 por ingreso.	Copago de \$200 por ingreso.	Copago de \$200 por ingreso.
Autorización previa al ingreso hospitalario				
A excepción de los ingresos por maternidad o emergencia, debe estar autorizado por Kaiser Permanente.	Excepto en los casos de ingreso por maternidad o emergencia, su médico debe comunicarse con Aetna antes de la admisión. El miembro es responsable de obtener la certificación previa para la atención fuera de la red.	Excepto en los casos de ingreso por maternidad o emergencia, su médico debe comunicarse con Aetna antes de la admisión.	El miembro es responsable de obtener la certificación previa de la atención fuera de la red.	

Comparación de planes médicos de Most/Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Elección de proveedores				
Toda la atención y los servicios que prestan los centros de Kaiser Permanente o los proveedores miembros de la red pueden ser autoderivados a la mayoría de los especialistas de Kaiser Permanente.	Cualquier proveedor contratado por Aetna. No es necesario seleccionar un médico de atención primaria.	Cualquier proveedor autorizado y calificado de su elección. Gastos pagados en función de los cargos razonables*. Usted paga la diferencia entre los cargos razonables y habituales (Reasonable and Customary Charges, R&C), y los facturados.	Cualquier proveedor contratado por Aetna. No es necesario seleccionar a un médico de atención primaria ni obtener derivaciones de este.	Cualquier proveedor autorizado y calificado de su elección. Los gastos se pagan en función de los cargos reconocidos*. Usted paga la diferencia entre los cargos reconocidos y los facturados.
GASTOS CUBIERTOS				
Aborto				
Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 80 % tras el deducible. El plan pagará hasta \$10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Se paga al 60 % tras el deducible. El plan pagará hasta \$10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15. El plan pagará hasta \$10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.	Se paga al 60 %. El plan pagará hasta \$10,000 en concepto de gastos de traslado y alojamiento si el servicio no está disponible en un radio de 100 millas de su residencia.
Acupuntura				
Copago de \$15 por hasta 8 visitas autoderivadas por afección por año. Visitas adicionales si el plan las aprueba.	Se paga al 80 % tras el deducible. Máximo de 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 %. Todos los servicios de acupuntura están sujetos a revisión y aprobación continuas por parte de Aetna para cubrir la necesidad médica.
Tratamiento por consumo de alcohol/drogas (paciente internado)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$200 por ingreso.	Se paga al 80 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 90 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 %.
Tratamiento por consumo de alcohol/drogas (paciente ambulatorio)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 60 %.

Comparación de planes médicos de Most/Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Anticonceptivos				
Para los medicamentos y dispositivos anticonceptivos, consulte el beneficio de medicamentos de venta con receta.	Dispositivos anticonceptivos y otros productos cubiertos como beneficios médicos. (Consulte los medicamentos de venta con receta).		Dispositivos anticonceptivos y otros productos cubiertos como beneficio médico. (Consulte los medicamentos de venta con receta).	Dispositivos anticonceptivos y otros productos cubiertos como beneficio médico. (Consulte los medicamentos de venta con receta).
Equipo médico duradero				
Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 80 % tras el deducible. Los extractores de leche se cubren al 100 % a través del proveedor de DME.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 90 %. Los extractores de leche se cubren al 100 % a través del proveedor de DME.	Se paga al 60 %.
Atención médica de emergencia				
➤ Clínica de atención de urgencia				
Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15 (sin cargo por atención preventiva).	Se paga al 60 %.
➤ Sala de emergencias (no se aplican copagos si queda internado)				
Centro de Kaiser Permanente: Se paga al 100 % tras el copago de \$100. Centro que no es de Kaiser Permanente: Se paga al 100 % tras el copago de \$100.	Se paga al 80 % tras el copago de \$150.	Se paga al 80 % tras el copago de \$150. Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 90 % tras el copago de \$150.	Se paga al 90 % tras el copago de \$150. Si no es una emergencia, se paga al 60 % tras el copago.
➤ Ambulancia				
Se paga al 80 %. Las transferencias que no son de emergencia iniciadas por Kaiser Permanente se pagan al 100 %.	Se paga al 80 % tras el deducible cuando el servicio es necesario por razones médicas. El transporte que no sea para casos de emergencia debe aprobarse previamente.		Se paga al 90 % tras el deducible cuando el servicio es necesario por razones médicas. El transporte que no sea para casos de emergencia debe aprobarse previamente.	
Paciente internado				
Se paga al 100 % tras el copago de \$200.	Se paga al 80 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200.	Se paga al 90 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200.
Paciente ambulatorio				
Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el pago del deducible.	Se paga al 90 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.

Comparación de planes médicos de Most/Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de hospicio				
Se paga al 100 %.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 90 %.	Este servicio no está cubierto.
Atención de maternidad (parto e internación)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$200 por ingreso.	Se paga al 80 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200.	Se paga al 90 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200.
Atención de maternidad (prenatal y posparto)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$15. La atención de rutina no está sujeta al copago de servicios ambulatorios.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 90 % tras el copago de \$15.	Se paga al 60 %.
Atención de salud mental (paciente internado)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$200.	Se paga al 80 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200.	Se paga al 90 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200.
Atención de salud mental (paciente ambulatorio)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 60 % tras el deducible.
Visita al consultorio médico				
Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 80 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 60 % tras el deducible.

Comparación de planes médicos de Most/Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de venta con receta (venta minorista)				
<p>Para un suministro de 30 días: Medicamentos genéricos: copago de \$15. Medicamentos de marca: copago de \$30. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos en su totalidad. Los medicamentos preventivos de venta libre seleccionados están cubiertos al 100 % en determinadas situaciones. Sus copagos de farmacia se aplicarán al gasto de bolsillo máximo anual.</p>	<p>Para un suministro de 31 días: Medicamentos genéricos: 30 % de coseguro. Medicamentos de marca: 40 % de coseguro. El coseguro mínimo es de \$10, o bien, si es menor, equivale al costo real del medicamento. El coseguro máximo es de \$100 por medicamento.</p>	<p>Este servicio no está cubierto.</p>	<p>Para un suministro de 31 días: Medicamentos genéricos: 30 % de coseguro. Medicamentos de marca: 40 % de coseguro. El coseguro mínimo es de \$10, o bien, si es menor, equivale al costo real del medicamento. El coseguro máximo es de \$100 por medicamento.</p>	<p>Este servicio no está cubierto.</p>
	<p>Se aplica un coseguro a los medicamentos de venta con receta de \$1,200 de gasto de bolsillo máximo anual por persona, \$3,600 por familia. 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 Ciudad paga \$20 por mes y el participante 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. Los medicamentos preventivos de venta libre seleccionados están cubiertos al 100 % en determinadas situaciones. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %. Los dispositivos anticonceptivos y otros productos anticonceptivos de venta con receta están cubiertos por los beneficios del plan médico.</p>		<p>Se aplica un coseguro a los medicamentos de venta con receta de \$1,200 de gasto de bolsillo máximo anual por persona, \$3,600 por familia. 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 Ciudad paga \$20 por mes y el participante 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. Los medicamentos preventivos de venta libre seleccionados están cubiertos al 100 % en determinadas situaciones. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %. Los dispositivos anticonceptivos y otros productos anticonceptivos de venta con receta están cubiertos por los beneficios del plan médico.</p>	

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de venta con receta (pedido por correo)				
Para un suministro de 90 días: Medicamentos genéricos: copago de \$45. Medicamentos de marca: copago de \$90. Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos están cubiertos en su totalidad. No se aplica copago en ningún medicamento para dejar de fumar a través de pedidos por correo. Sus copagos de farmacia se aplicarán al gasto de bolsillo máximo anual.	Para un suministro de 90 días: Este servicio no está cubierto. Medicamentos genéricos: 30 % de coseguro. Medicamentos de marca: 40 % de coseguro. El mínimo es de \$20 o el doble del costo del medicamento si es menor. El máximo es de \$200 por medicamento. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %.	Este servicio no está cubierto.	Para un suministro de 90 días: Este servicio no está cubierto. Medicamentos genéricos: 30 % de coseguro. Medicamentos de marca: 40 % de coseguro. El mínimo es de \$20 o el doble del costo del medicamento si es menor. El máximo es de \$200 por medicamento. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %.	Este servicio no está cubierto.
Gasto de bolsillo máximo anual para medicamentos de venta con receta				
Se incluye en el gasto de bolsillo máximo anual.	\$1,200 por persona \$3,600 por familia	Este servicio no está cubierto.	\$1,200 por persona \$3,600 por familia	Este servicio no está cubierto.
Atención médica preventiva				
Se paga el 100 % de los exámenes físicos para adultos y de salud infantil, y la mayoría de las vacunas y servicios preventivos.	Se paga al 100 %. Cubre los exámenes físicos para adultos y de salud infantil, vacunas, exámenes rectales digitales/antígeno prostático específico (Prostate-specific Antigen, PSA), detección de cáncer colorrectal.	Se paga al 60 % para mamografías, no se aplica el deducible. No se cubren otros servicios preventivos.	Se paga al 100 %. Cubre los exámenes físicos para adultos y de salud infantil, vacunas, exámenes rectales digitales/antígeno prostático específico (Prostate-specific Antigen, PSA), detección de cáncer colorrectal.	Se paga al 60 % en el caso de chequeos de rutina para mujeres y mamografías. No se cubren otros servicios preventivos.
Servicios de rehabilitación (pacientes internados)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$200 por ingreso. Máximo de 60 días por año calendario para terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia.	Se paga al 80 % tras el copago de \$200.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200.	Se paga al 100 % tras el copago de \$15. 120 días por año calendario para servicios de enfermería especializada y rehabilitación, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 60 %.

Comparación de planes médicos de Most/Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de rehabilitación (pacientes ambulatorios)				
Se paga al 100 % tras el copago de \$15. Máximo de 60 visitas por año calendario para terapia ocupacional, logopedia y fisioterapia.	Se paga al 80 % tras el deducible. Incluye fisioterapia/masajes, logopedia, terapia ocupacional y cardíaca/pulmonar necesarios por razones médicas para afecciones no crónicas. El coseguro no se aplica al OOP Max. Cobertura de servicios sujetos a la revisión de Aetna para cubrir una necesidad médica en cualquier momento.	Se paga al 60 % tras el deducible.	Se paga al 100 % tras el copago de \$200. Incluye fisioterapia/masajes, logopedia, terapia ocupacional y cardíaca/pulmonar necesarios por razones médicas para afecciones no crónicas. El coseguro no se aplica al OOP Max. Cobertura de servicios sujetos a la revisión de Aetna para cubrir una necesidad médica en cualquier momento.	Se paga al 60 % tras el deducible.
Centro de enfermería especializada				
Se paga al 100 %; máximo de 60 días por año calendario.	Se paga al 80 % tras el copago de \$200. Máximo de 90 días por año calendario.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200.	Se paga al 90 % tras el copago de \$200. Máximo de 120 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200.
Tratamiento para dejar de fumar				
Se paga al 100 % por sesiones individuales/grupales a través de Quit For Life. La terapia de reemplazo de nicotina se incluye en el beneficio de medicamentos de venta con receta. No se aplica copago en ningún medicamento de venta con receta para dejar de fumar a través de pedidos por correo.	Máximo vitalicio de un suministro de 90 días de medicamentos o asistencia para dejar de fumar. Consulte los medicamentos de venta con receta en farmacias de venta minorista.	Este servicio no está cubierto.	Los medicamentos de venta con receta para dejar de fumar cubiertos están sujetos a un coseguro del 10 % para los genéricos y del 20 % para los medicamentos de marca.	Este servicio no está cubierto.
Manipulaciones de la columna vertebral				
Se paga al 100 % tras el copago de \$15. Autoderivación a proveedores designados por Kaiser Permanente. Debe cumplir con el protocolo de Kaiser Permanente. Máximo de 10 visitas por año calendario.	Se paga al 80 % tras el deducible. Máximo de 10 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. Máximo de 20 visitas por año calendario, tanto dentro como fuera de la red.	Se paga al 60 % tras el deducible.
Procedimientos de esterilización				
Paciente internado: Se paga al 100 % tras el copago de \$200. Paciente ambulatorio: Se paga al 100 % tras el copago de \$15. Procedimientos de esterilización de mujeres cubiertos en su totalidad.	Se paga al 80 % tras el copago de \$200. Paciente ambulatorio: Se paga al 80 %.	Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de \$200. Paciente ambulatorio: Se paga al 60 %.	Paciente internado: Se paga al 90 % tras el copago de \$200. Paciente ambulatorio: Se paga al 90 % tras el deducible.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200. Paciente ambulatorio: Se paga al 60 % tras el deducible.
Lesiones dentales/cirugía oral (debido a un accidente)				

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle		Plan preventivo de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido	Aetna dentro de la red	Fuera de la red
Este servicio no está cubierto.	Paciente internado: Se paga al 80 % tras el copago de \$200. Paciente ambulatorio: Se paga al 80 % tras el deducible.	Paciente internado: Se paga al 60 % tras el copago de \$200. Paciente ambulatorio: Se paga al 60 % tras el deducible.	Paciente internado: Se paga al 90 % tras el copago de \$200. Paciente ambulatorio: Se paga al 100 % tras el copago de \$15.	Se paga al 60 % tras el copago de \$200. Paciente ambulatorio: Se paga al 60 % tras el deducible.

Comparación de planes médicos de Most/Local 77

Kaiser Permanente	Plan tradicional de la ciudad de Seattle	
	Proveedor preferido	Proveedor no preferido
Examen de la vista/dispositivos		
Examen: Se paga al 100 % tras el copago de \$15. Un examen cada 12 meses. Dispositivos: no se incluyen.	Cubierto por VSP.	Cubierto por VSP.
Radiografías y pruebas de laboratorio (paciente ambulatorio)		
Se paga al 100 %.	Se paga al 80 % tras el deducible. El proveedor es responsable de la certificación previa de radiología de alta tecnología.	Se paga al 60 % tras el deducible. El proveedor es responsable de la certificación previa de radiología de alta tecnología.

Comparación de planes médicos de Most/Local 77

* Se aplica a Aetna: los cargos reconocidos son los más bajos entre el cargo habitual del proveedor por prestar un servicio y el cargo que Aetna determina como el porcentaje de cargo reconocido en el área geográfica donde se presta el servicio.

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

Primas de atención médica

Reparto de primas 2024

A partir del 1 de enero de 2024, pagará la prima mensual que se indica a continuación*. En la tabla, también se muestra el importe total de la prima de cada mes para la cobertura de cada empleado y el aporte de la Ciudad.

Primas del plan de Local 77

	Prima mensual total	Empleado, con o sin cónyuge/pareja de hecho o hijos	
		Pagos a cargo de la Ciudad	Pagos a cargo del empleado
Plan médico			
Plan preventivo de la ciudad de Seattle	\$2,418.92	\$2,177.02	\$241.90
Plan tradicional de la ciudad de Seattle	\$2,477.29	\$2,229.55	\$247.74
Kaiser Permanente	\$1,584.34	\$1,425.90	\$158.44

Primas del plan de Most/Local 77

	Prima mensual total	Empleado, con o sin hijos		Empleado con cónyuge/pareja de hecho, con o sin hijos	
		Pagos a cargo de la Ciudad	Pagos a cargo del empleado*	Pagos a cargo de la Ciudad	Pagos a cargo del empleado*
Plan médico					
Plan preventivo de la ciudad de Seattle	\$1,929.66	\$1,881.54	\$48.12	\$1,831.16	\$98.50
Plan tradicional de la ciudad de Seattle	\$1,956.59	\$1,956.59	\$0.00	\$1,924.25	\$32.34
Kaiser Permanente	\$1,400.23	\$1,351.83	\$48.40	\$1,300.33	\$99.90

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 frente al IRS.

Primas de atención médica

Inscripción del cónyuge/pareja de hecho

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

Cónyuge/pareja de hecho/ dependientes que son dependientes fiscales frente al IRS

Si son dependientes fiscales frente al 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 sus ingresos brutos).

Pareja de hecho/dependientes que no son dependientes fiscales frente al IRS

Planes de Most/Local 77 únicamente

Aportes a las primas después de impuestos

Si decide dar cobertura a una pareja de hecho que **no** es su dependiente fiscal frente al 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 ciudad de Seattle	\$50.38
Plan tradicional de la ciudad de Seattle	\$32.34
Plan estándar de Kaiser Permanente	\$51.50

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 frente al 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 frente al IRS no califican como sus dependientes fiscales frente al 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 imponibles de los planes de Local 77

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

Valores imponibles mensuales de 2024 de la cobertura de la Ciudad que se proporciona a las siguientes personas:
su pareja de hecho, que no es dependiente fiscal frente al IRS, o el hijo de su pareja de hecho, que no es dependiente fiscal frente al IRS

Tipo de cobertura	Importe imponible por la pareja de hecho	Importe imponible por hijo
Plan preventivo	\$971.55	\$970.76
Plan tradicional	\$995.00	\$994.19
Plan de Kaiser Permanente	\$636.35	\$635.83
Cobertura de DDWA	\$59.31	\$41.52
Cobertura para la atención de la vista	\$5.64	\$3.95
Valor imponible total con el plan de los seguros de DDWA y VSP		
Plan preventivo	\$1,036.50	\$1,016.23
Plan tradicional	\$1,059.95	\$1,039.66
Plan de Kaiser Permanente	\$701.30	\$681.30

* Para conocer los valores de cobertura de los beneficios de salud del plan de Most/Local 77 para parejas de hecho que no son dependientes fiscales frente al IRS e hijos dependientes de parejas de hecho, comuníquese con la Benefits Unit al 206-615-1340.

Primas de atención médica

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

Importe del beneficio imponible (con DHS)

Valores imponibles de los planes de Local 77

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

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

Su pareja de hecho, que no es dependiente fiscal frente al IRS, o el hijo de su pareja de hecho, que no es dependiente fiscal frente al IRS

Tipo de cobertura	Importe imponible por la pareja de hecho	Importe imponible por hijo
Plan preventivo	\$971.55	\$970.76
Plan tradicional	\$995.00	\$994.19
Plan de Kaiser Permanente	\$636.35	\$635.83
Cobertura de Dental Health Services (DHS)	\$72.19	\$50.53
Plan de atención de la vista	\$5.64	\$3.95
Valor imponible total con el plan de VSP y DHS		
Plan preventivo	\$1,049.38	\$1,025.24
Plan tradicional	\$1,072.83	\$1,048.67
Kaiser Permanente	\$714.18	\$690.31

* Para conocer los valores de cobertura de los beneficios de salud del plan de Most/Local 77 para parejas de hecho que no son dependientes fiscales frente al IRS e hijos dependientes de parejas de hecho, comuníquese con la Benefits Unit al (206) 615-1340.

Cobertura de medicamentos de venta con receta

Programa de Venta Minorista de Medicamentos con Receta

Aetna clasifica los medicamentos en tres niveles:

- Genéricos
- De marca preferida
- De marca no preferida

Kaiser Permanente clasifica los medicamentos en dos niveles:

- Genéricos
- De marca preferida (sin cobertura para marcas no preferidas)

Plan de Aetna

El formulario de Aetna tiene *la opción de baja voluntaria estándar con planes ACSF*. En este formulario, se proporciona una lista de los medicamentos que cubre su plan. Para buscar medicamentos específicos, ingrese a <https://www.aetna.com/individuals-families/find-a-medication.html>.

Presente su tarjeta de identificación del plan médico en cualquier farmacia de venta minorista de la red de Aetna. No se cubrirán las recetas que se abastezcan en una farmacia fuera de la red. Para encontrar una farmacia participante, puede comunicarse con el número gratuito de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o ingresar en el sitio web [Aetna.com](https://www.aetna.com).

Planes de Kaiser Permanente

El formulario de Kaiser Permanente es el *Formulario de medicamentos para beneficios de farmacia dentro de la red de nivel 1 o 2 para grandes empresas*. En el formulario, se proporciona una lista de los medicamentos que cubre su plan. Para buscar medicamentos específicos, ingrese a [wa.kaiserpermanente.org/html/public/pharmacy/drug-formulary](https://www.kaiserpermanente.org/html/public/pharmacy/drug-formulary).

Consulte la siguiente página para obtener información más detallada sobre la cobertura de los medicamentos de venta con receta.

Comparación de la cobertura de medicamentos de venta con receta

Características de los planes	Kaiser Permanente	Plan preventivo de Aetna	Plan tradicional de Aetna
Gasto de bolsillo máximo anual	Los copagos de medicamentos de venta con receta no se aplican al gasto de bolsillo máximo.	Los copagos de medicamentos de venta con receta no se aplican al gasto de bolsillo máximo.	Los copagos de medicamentos de venta con receta no se aplican al gasto de bolsillo máximo.
Venta minorista			
<ul style="list-style-type: none"> • Días de suministro 	30 días	31 días	34 días
<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro 	Usted abona un copago de \$5.	Usted abona un copago de \$10 por medicamentos genéricos, un copago de \$10 por medicamentos de marca y un copago de \$40 por medicamentos de marca no preferida. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %.	Usted abona un copago de \$15 por medicamentos genéricos y de marca. Los medicamentos fuera del formulario no están cubiertos. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %.
<ul style="list-style-type: none"> • Fuera de la red 	Este servicio no está cubierto.	Este servicio no está cubierto.	Este servicio no está cubierto.
Pedido por correo			
<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro 	Copago de \$15 por suministro de 90 días.	Copago de \$20 por suministro de 90 días para medicamentos genéricos, copago de \$40 para medicamentos de marca preferida y copago de \$80 por medicamentos de marca no preferida. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %.	Copago de \$30 por suministro de hasta 100 días para medicamentos genéricos y de marca. Los medicamentos fuera del formulario no están cubiertos. Los anticonceptivos orales genéricos se cubren al 100 %.

Opciones de planes dentales

Existen dos planes dentales: Delta Dental of Washington (DDWA) y Dental Health Services (DHS).

Delta Dental of Washington

Si selecciona DDWA, puede recibir servicios de cualquier dentista; no obstante, sus gastos de bolsillo pueden ser menores si elige un dentista que pertenezca a la red de DDWA. Para encontrar un proveedor dentro de la red de DDWA, busque en <https://www.deltadental.com/us/en/find-a-dentist.html>. Si desea informar un problema de reclamos o presentar una apelación, llame al (206) 522-2300 o al 1-800-554-1907.

Seleccionar un dentista dentro de la red de DDWA implica lo siguiente:

- La parte de la factura dental que usted paga es menor que si recurre a un dentista fuera de la red.
- No es necesario que presente un reclamo; el consultorio del dentista enviará el formulario de reclamo.
- Después de pagar su parte de la factura, no se le facturará más por un servicio cubierto. *(Un dentista que no pertenece a la red de DDWA le puede facturar la parte de la factura que DDWA no cubre).*

Pago de beneficios de atención de rutina

El programa de incentivos de DDWA está diseñado para promover el cuidado dental regular al aumentar de un período de incentivo al siguiente el importe que se paga por el cuidado preventivo y las visitas regulares. Durante el primer período de incentivo, el nivel de pago para los beneficios preventivos y de diagnóstico (atención de rutina) cubiertos y permitidos será del 70 por ciento, incluso si tuvo cobertura de DDWA a través de un empleador anterior. Este nivel de pago aumenta en un 10 por ciento, hasta un máximo del 100 por ciento, cada período de incentivo sucesivo en el que las personas elegibles utilizan los beneficios de atención de rutina al menos una vez. Si no asiste a la visita anual, el nivel de pago se reducirá en un 10 por ciento por cada período durante el cual no se utilicen los beneficios de atención de rutina. En ningún caso el nivel de pago será inferior al 70 por ciento.

Ortodoncia (niños únicamente, hasta los 26 años)

Se recomienda hacer estimaciones previas al tratamiento. El beneficio de ortodoncia se paga a un nivel del 50 % hasta un máximo vitalicio de \$1,500 por cada niño elegible.

NOTA: En el caso de los niños que ya están en tratamiento cuando se unen al plan de DDWA de la Ciudad, DDWA prorrateará el pago de reclamos en función de la fecha de fijación de bandas y el saldo restante. El consultorio dental se debe comunicar con el servicio de atención al cliente de DDWA para obtener información detallada específica del paciente.

Planificar con anticipación

Use su cuenta de gastos flexibles para atención médica para pagar su parte de la ortodoncia con dinero antes de impuestos.

Opciones de planes dentales

Tarjetas de identificación

Delta Dental of Washington (continuación)

Recibirá su tarjeta de identificación de DDWA aproximadamente 2 semanas después de haber seleccionado su plan dental. Sin embargo, no se necesita una tarjeta para acceder a la atención médica; simplemente informe a su proveedor que usted tiene cobertura de un plan de la ciudad de Seattle, y le pedirán información para identificarlo y confirmar sus beneficios y elegibilidad. Además, puede configurar su cuenta en línea o en Go Mobile, en <https://www.deltadentalwa.com/>.

Opciones de planes dentales

Dental Health Services

Si selecciona DHS, solo puede recibir servicios de un dentista o consultorio dental dentro de la red; no hay ningún beneficio disponible fuera de la red. En algunos casos, el plan de DHS puede brindar un beneficio más significativo por los servicios recibidos que el de DDWA. La lista de dentistas y clínicas dentro de la red es mucho más pequeña que la de DDWA, y usted **debe recurrir** a un dentista o clínica participante dentro de la red de DHS para que los servicios estén cubiertos.

Seleccionar un dentista de DHS implica lo siguiente:

- No hay deducibles ni máximos anuales.
- No hay servicios a nivel de pago de incentivos.

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

- Buscar un dentista/clínica de DHS y configurar su cuenta en línea.
- Si proporcionó un correo electrónico personal a la Ciudad durante su incorporación, esa dirección está archivada en DHS y se debe usar en la pantalla **Registrar afiliado** al configurar su cuenta.
- Si no proporcionó su correo electrónico personal o no funcionó en la pantalla **Registrar afiliado**, comuníquese directamente con DHS al (206) 849-7100 para solicitar su número de afiliado.

Acceso a la atención

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

Pago de los servicios básicos

Este plan tiene un copago de visita al consultorio de \$5 para todos los empleados durante los primeros 3 años de empleo. También hay copagos para los servicios seleccionados. En la comparación de planes en la siguiente página, se enumeran los servicios y los requisitos de copago.

Ortodoncia

DHS ofrece ortodoncia para niños y adultos (mayores de 25 años). Los cargos de ortodoncia incluyen un copago de \$400, un cargo de \$150 por el examen inicial, modelos de estudio y radiografías. **NOTA:** En el caso de los miembros que ya están en tratamiento cuando se unen al plan de DHS de la Ciudad, **no** hay transición de atención; el beneficio de ortodoncia está disponible solo para pacientes nuevos.

Planificar con anticipación

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

Tarjetas de identificación

Recibirá su tarjeta de identificación de DHS aproximadamente dos semanas después de haber seleccionado su plan dental.

Comparación de planes

En la tabla de la siguiente página, se comparan las coberturas que ofrecen los dos planes dentales.

Comparación de los planes dentales

Características de los planes	Delta Dental of Washington (DDWA)	Dental Health Services (DHS)
Deducible por año calendario	\$0	\$0
Beneficio máximo anual	\$2,000 por persona por año.	Sin máximo anual.
Pruebas de diagnósticos y cuidado preventivo (exámenes de rutina y de emergencia, radiografías, limpieza, tratamiento con flúor, selladores).	Clase I: Niveles de pago de incentivos 1.º año: 70 % 2.º año: 80 % 3.º año: 90 % 4.º año: 100 %	Se paga al 100 %. Dos limpiezas adicionales para mujeres embarazadas, hasta cuatro limpiezas.
Rellenos	Clase II: se paga en los niveles de incentivos que se muestran anteriormente.	Rellenos compuestos para todos los dientes cubiertos sin cargo adicional.
Coronas	Clase II: se paga en los niveles de incentivos que se muestran anteriormente.	\$70 por metal noble, \$100 por metal muy noble o titanio, \$125 por renovación, porcelana especializada si corresponde por unidad. (La porcelana no especializada se paga al 100 %).
Servicios de prostodoncia (dentaduras postizas, puentes)	Clase III: 50 % constante.	Dentaduras postizas: se paga al 100 %, excepto para renovaciones. Puentes \$70 por metal noble, \$100 por metal muy noble o titanio, \$125 por renovación, porcelana especializada si corresponde por unidad. (La porcelana no especializada se paga al 100 %).
Ortodoncia Para DDWA: la transición de la atención está disponible para nuevos afiliados que ya están en tratamiento (consulte la sección de Ortodoncia de DDWA, página anterior). Para DHS: solo casos nuevos. No se realiza transición de la atención para miembros nuevos que ya están en tratamiento y se unen a DHS de la Ciudad.	Disponible para niños únicamente. El plan paga el 50 % hasta un máximo vitalicio de \$1,500. Beneficios provistos para empleados elegibles, cónyuge/pareja e hijos dependientes solteros menores hasta los 26 años (incluye de los 25 a los 26).	Disponible para niños y adultos. Copago de \$400. Copago de \$150 previo al servicio de ortodoncia, que incluye: Examen de ortodoncia inicial: \$25. Modelos de estudio/radiografías: \$125. Beneficios provistos para empleados elegibles, cónyuge/pareja e hijos dependientes solteros menores hasta los 26 años (incluye de los 25 a los 26).
Elección de proveedores	Dentro de la red: Cualquier proveedor contratado. Fuera de la red: Los gastos pagados se basarán en los cargos reales o en las tarifas máximas permitidas de Delta Dental of Washington para los dentistas no participantes, el importe que sea menor. Usted deberá abonar cualquier saldo restante.	Dentro de la red: Cualquier proveedor o especialista contratado en la red de DHS. Fuera de la red: No hay cobertura fuera de la red.

Comparación de los planes dentales

Características de los planes	Delta Dental of Washington (DDWA)	Dental Health Services (DHS)
Periodoncia (procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para el tratamiento de los tejidos de soporte de los dientes).	Clase II: se paga en los niveles de incentivos que se muestran anteriormente.	Se paga al 100 %.
Endodoncia (procedimientos para el tratamiento del tejido pulpar y del conducto radicular).	Clase II: se paga en los niveles de incentivos que se muestran anteriormente. El tratamiento de conducto radicular del mismo diente se cubre solo una vez en 2 años.	Se paga al 100 %.
Cirugía oral (extracciones de rutina y quirúrgicas).	Clase II: se paga de acuerdo con los niveles de pago de incentivos que se muestran anteriormente.	Se paga al 100 %.
Trastornos de la articulación temporomandibular (ATM)	Este servicio no está cubierto.	Máximo anual de \$1,000. Máximo vitalicio de \$5,000.
Implantes dentales	50 % constante.	Llame a la oficina de DHS al 206-788-3444 para obtener información detallada; se aplican tarifas.
Otro	Clase III: el tratamiento de oclusión (protector nocturno) se cubre al 50 % si el paciente tiene una enfermedad avanzada de las encías.	Tratamiento de oclusión (protector nocturno) con copago de \$350.

Primas dentales mensuales de 2024 para los empleados de la Ciudad representados por la IBEW de Local 77

Plan dental	Prima mensual total	Pagos a cargo de la Ciudad	Pagos a cargo del empleado
Delta Dental of Washington	\$124.88	\$124.88	\$0.00
Dental Health Services	\$152.00	\$152.00	\$0.00

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.

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

Cobertura para la atención de la vista y comparación de planes

<p>Planificar con anticipación</p>	<p>La Ciudad ofrece un plan de atención de la vista a través de VSP, que la Ciudad 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.</p>
<p>Tarjetas de identificación</p>	<p>Los gastos que superen los copagos, las asignaciones de pago dentro de la red y los importes programados fuera de la red no están cubiertos por el plan. Use su FSA para pagar estos gastos con dinero antes de impuestos.</p> <p>VSP no emite tarjetas de identificación: su médico o centro dentro de la red podrá tener acceso para conocer su elegibilidad y cobertura. Una vez que configure su cuenta en línea, puede imprimir una tarjeta de identificación.</p>

Beneficios de la atención de la vista

Beneficio del plan <i>La frecuencia de los beneficios es anual, a menos que se indique lo contrario.</i>	Plan de VSP <i>(La Ciudad paga la prima).</i>
Examen WellVision (de la vista)	Copago de \$10.
Anteojos con graduación	Copago de \$25.
Monturas <i>Cada dos años calendario.</i>	Asignación de \$150 para monturas selectas. Asignación de \$170 para las marcas de monturas destacadas. Ahorro del 20 % en monturas superiores a la asignación.
Lentes	Copago incluido en el servicio de anteojos con graduación. <i>Incluye: monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea.</i> <i>Lentes de policarbonato para hijos dependientes.</i>
Mejoras de las lentes	Lentes progresivas estándares*: \$50. Lentes progresivas prémium*: \$80-\$90. Lentes progresivas personalizadas*: \$120-\$160.
Lentes de contacto <i>(en lugar de anteojos)</i>	Asignación de \$120 para lentes de contacto y su adaptación y evaluación (sin copago).

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

Cobertura para la atención de la vista

Beneficios adicionales de la atención de la vista

Ahorros adicionales Ingrese en www.vsp.com/specialoffers para conocer los descuentos actualizados y los servicios adicionales para los afiliados.	Anteojos y anteojos de sol \$20 adicionales para marcas de monturas destacadas. Ahorro del 20 % en anteojos y anteojos de sol adicionales, incluidas las mejoras en las lentes. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Debe estar dentro de los 12 meses de su último examen de WellVision de cualquier proveedor de VSP.</i>
	Examen de la retina No más de un copago de \$39 en un examen de rutina de la retina como mejora de un examen WellVision.
	Corrección de la vista con láser Promedio de 15 % de descuento sobre el precio regular o 5 % de descuento sobre el precio promocional. Los descuentos solo están disponibles en los centros contratados.

Su cobertura con proveedores fuera de la red
 (Visite www.vsp.com para obtener más información).

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

Coordinación de los beneficios*: Cuando hay 2 planes de VSP de la 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 pagará todos los gastos de bolsillo en su totalidad. VSP se encarga de determinar el pago del reclamo.*

Primas mensuales de la atención de la vista de 2024 para la mayoría de los empleados de la Ciudad

Plan de atención de la vista	Importe total de la prima mensual	Aporte a la prima mensual del empleado	
		Empleado con o sin dependientes	
Plan de VSP	\$11.87	\$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 los planes opcionales.

Planes de seguro opcionales

Seguros opcionales

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

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

Seguro por discapacidad a largo plazo (LTD)

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

Plan por LTD básico frente a complementario

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

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

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

¿Necesito un plan por LTD complementario?

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

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

Fecha de vigencia de la cobertura

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

Seguro opcional: plan por discapacidad a largo plazo

Importe del beneficio

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

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

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

	Plan por LTD básico	Plan por LTD complementario
Introduzca los ingresos mensuales	(1) \$667 <small><i>Nota: Si los ingresos mensuales superan los \$667, introduzca por encima de \$667.</i></small>	\$7,300 <small><i>Nota: Si los ingresos mensuales superan los \$8,333, introduzca por encima de \$8,333.</i></small>
Porcentaje de ingresos	60 %	60 %
Multiplique el importe de la línea 1 por el porcentaje de la línea 2: este es su beneficio mensual por LTD.	$\$667 \times 60\% = \400	$\$7,300 \times 60\% = \$4,380$

Importe de la prima

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

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

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

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

Seguro opcional: plan por discapacidad a largo plazo

Periodo de espera

Periodo de espera de los beneficios: El periodo de espera de los beneficios para el plan por LTD básico y complementario es de 90 días. Consulte el Certificado de cobertura para obtener información más detallada.

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

Limitaciones

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

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

¿Cuándo finalizan los beneficios?

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

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

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

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

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

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

Seguro de vida básico

Esta cobertura opcional le brinda dos opciones de importes de beneficios del seguro de vida a término. La primera opción equivale a una vez y media su sueldo anual, y la segunda, a \$50,000 fijos. La Ciudad 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 término.

	Mínimo	Máximo*
Opción A	1.5 veces su sueldo anual redondeado al siguiente múltiplo más alto de \$1,000, si no es un múltiplo de \$1,000.	\$2,500,000 cuando se combina con un seguro de vida complementario.
Opción B	\$50,000	\$50,000

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

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

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

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Importe necesario para la cobertura

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

¿Cuánto costará la cobertura?

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

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

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

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

Características y beneficios

Asistencia para viajes

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

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Características y beneficios (continuación)

Recursos de planificación de la herencia

Obtenga el apoyo que necesita para asegurarse de que los asuntos de su familia estén en orden, incluida la planificación de la atención para la etapa final de la vida, la creación de instrucciones clave y los arreglos finales para los servicios funerarios. Para acceder a los recursos de planificación de la herencia, ingrese en Securian.com/legacy.

Asesoramiento financiero para los beneficiarios

Los beneficiarios tendrán acceso a orientación profesional para tomar decisiones financieras acertadas con respecto a los ingresos de la póliza. Securian Financial invitará a los beneficiarios que reciban \$25,000 o más a aprovechar este programa cuando se pague el reclamo del seguro de vida.

Conversión

En esta póliza, se incluye un privilegio de conversión que le permite continuar con cierto nivel de cobertura si deja de trabajar para la Ciudad. 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 Ciudad.

Pago anticipado de beneficios

Si tiene una enfermedad terminal con una expectativa de vida de 24 meses o menos, puede ser elegible para recibir hasta el 100 % del importe nominal, con un máximo de 1 millón de dólares (seguro de vida básico y complementario combinados).

Para obtener información adicional, consulte los enlaces a continuación.

Recursos

Certificado de cobertura

[Certificado de cobertura](#)

Evidencia de asegurabilidad

[Evidencia de asegurabilidad](#)

Presentar un reclamo

Para presentar un reclamo, comuníquese con la Benefits Unit a través de Benefits.Unit@seattle.gov o al (206) 615-1340.

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Costos del plan básico del seguro de vida grupal*

Costos del seguro de vida básico (basado en el sueldo anual del empleado)	Sueldo anual del empleado	Importe del seguro	Prima mensual del empleado	Prima mensual de la Ciudad	Prima mensual total
	Entre \$30,000.01 y \$31,000	\$46,500	\$2.09	\$1.40	\$3.49
	Entre \$31,000.01 y \$32,000	\$48,000	\$2.16	\$1.44	\$3.60
	Entre \$32,000.01 y \$33,000	\$49,500	\$2.23	\$1.49	\$3.71
	GTL limitado	\$50,000	\$2.25	\$1.50	\$3.75
	Entre \$33,000.01 y \$34,000	\$51,000	\$2.30	\$1.53	\$3.83
	Entre \$34,000.01 y \$35,000	\$52,500	\$2.36	\$1.58	\$3.94
	Entre \$35,000.01 y \$36,000	\$54,000	\$2.43	\$1.62	\$4.05
	Entre \$36,000.01 y \$37,000	\$55,500	\$2.50	\$1.67	\$4.16
	Entre \$37,000.01 y \$38,000	\$57,000	\$2.57	\$1.71	\$4.28
	Entre \$38,000.01 y \$39,000	\$58,500	\$2.63	\$1.76	\$4.39
	Entre \$39,000.01 y \$40,000	\$60,000	\$2.70	\$1.80	\$4.50
	Entre \$40,000.01 y \$41,000	\$61,500	\$2.77	\$1.85	\$4.74
	Entre \$41,000.01 y \$42,000	\$63,000	\$2.84	\$1.89	\$4.73
	Entre \$42,000.01 y \$43,000	\$64,500	\$2.90	\$1.94	\$4.84
	Entre \$43,000.01 y \$44,000	\$66,000	\$2.97	\$1.98	\$4.95
	Entre \$44,000.01 y \$45,000	\$67,500	\$3.04	\$2.03	\$5.06
	Entre \$45,000.01 y \$46,000	\$69,000	\$3.11	\$2.07	\$5.18
	Entre \$46,000.01 y \$47,000	\$70,500	\$3.17	\$2.12	\$5.29
	Entre \$47,000.01 y \$48,000	\$72,000	\$3.24	\$2.16	\$5.40
	Entre \$48,000.01 y \$49,000	\$73,500	\$3.31	\$2.21	\$5.51
	Entre \$49,000.01 y \$50,000	\$75,000	\$3.38	\$2.25	\$5.63
	Entre \$50,000.01 y \$51,000	\$76,500	\$3.44	\$2.30	\$5.74
	Entre \$51,000.01 y \$52,000	\$78,000	\$3.51	\$2.34	\$5.85
	Entre \$52,000.01 y \$53,000	\$79,500	\$3.58	\$2.39	\$5.96
	Entre \$53,000.01 y \$54,000	\$81,000	\$3.65	\$2.43	\$6.08
	Entre \$54,000.01 y \$55,000	\$82,500	\$3.71	\$2.48	\$6.19
	Entre \$55,000.01 y \$56,000	\$84,000	\$3.78	\$2.52	\$6.30
	Entre \$56,000.01 y \$57,000	\$85,500	\$3.85	\$2.57	\$6.41
	Entre \$57,000.01 y \$58,000	\$87,000	\$3.92	\$2.61	\$6.53
	Entre \$58,000.01 y \$59,000	\$88,500	\$3.98	\$2.66	\$6.64
	Entre \$59,000.01 y \$60,000	\$90,000	\$4.05	\$2.70	\$6.75
	Entre \$60,000.01 y \$61,000	\$91,500	\$4.12	\$2.75	\$6.86
	Entre \$61,000.01 y \$62,000	\$93,000	\$4.19	\$2.79	\$6.98
	Entre \$62,000.01 y \$63,000	\$94,500	\$4.25	\$2.84	\$7.09
	Entre \$63,000.01 y \$64,000	\$96,000	\$4.32	\$2.88	\$7.20
	Entre \$64,000.01 y \$65,000	\$97,500	\$4.39	\$2.93	\$7.31
	Entre \$65,000.01 y \$66,000	\$99,000	\$4.46	\$2.97	\$7.43
	Entre \$66,000.01 y \$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 Ciudad es el 40 % o \$0.030/\$1,000.

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

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

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

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Seguro de vida grupal a término complementario

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

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

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

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

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

Requisitos de elegibilidad

Empleado:

- Debe ser un empleado fijo.
- Debe elegir o estar inscrito en el GTL básico.
- Tiene garantizada la cobertura (en el nivel de GI que se indica en el cuadro anterior) si se inscribe dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que es elegible por primera vez. Sin embargo, si se inscribe más adelante durante un periodo de inscripción abierta, deberá completar un formulario de [evidencia de asegurabilidad](#) en línea (declaración de antecedentes médicos) dentro de los 90 días posteriores al final del periodo de inscripción. Consulte las instrucciones de envío en línea [aquí](#). Securian Financial debe aprobar el formulario de evidencia de asegurabilidad antes de que su seguro de vida entre en vigencia.

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

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Requisitos de elegibilidad (continuación)

Dependiente:

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

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

- El cónyuge/pareja de hecho tiene garantizada la cobertura (en el nivel de GI que se indica en el cuadro anterior) si se inscribe dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que es elegible por primera vez. Sin embargo, si se inscribe más adelante durante un periodo de inscripción abierta, su cónyuge/pareja de hecho deberá completar un formulario de [evidencia de asegurabilidad](#) en línea (declaración de antecedentes médicos) dentro de los 90 días posteriores al final del periodo de inscripción. Consulte las instrucciones de envío en línea [aquí](#). Securian Financial debe aprobar el formulario antes de que el seguro de vida entre en vigencia.

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

Seguro opcional: seguro de vida grupal a término

Costo de la prima

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

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

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

GTL complementario para el empleado y el cónyuge/pareja de hecho	
Edad del empleado	Costo mensual por \$1,000 de cobertura
Entre 18 y 29	\$0.024
Entre 30 y 34	\$0.035
Entre 35 y 39	\$0.047
Entre 40 y 44	\$0.066
Entre 45 y 49	\$0.112
Entre 50 y 54	\$0.171
Entre 55 y 59	\$0.266
Entre 60 y 64	\$0.407
Más de 65	\$0.708
GTL complementario para niños	
<i>(Un único importe de cobertura y costo mensual cubre a todos los hijos elegibles).</i>	
Importe de la cobertura	Costo mensual
\$2,000	\$0.36
\$5,000	\$0.90
\$10,000	\$1.80

Ejemplo: Cómo calcular el costo del GTL complementario

GTL complementario del empleado		GTL complementario del cónyuge/DP	
Importe seleccionado	1. \$100,000	Importe seleccionado	1. \$40,000
Importe de la línea 1 dividido \$1,000.	2. 100	Importe de la línea 1 dividido \$1,000.	2. 40
Seleccione la tarifa que desee en la parte superior.	3. \$0.066	Seleccione la tarifa que desee en la parte superior.	3. \$0.066
Importe de la línea 2 multiplicado por el importe de la línea 3.	4. \$6.60	Importe de la línea 2 multiplicado por el importe de la línea 3.	4. \$2.64
Prima mensual:	\$6.60	Prima mensual:	\$2.64

Seguro opcional: seguro por AD&D

AD&D

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

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

Cómo decidir si necesita el seguro por AD&D

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

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

Seguro opcional: seguro por AD&D

Costos del seguro por muerte accidental y desmembramiento

Costo del seguro por AD&D para la cobertura de “Empleado únicamente” y “Empleado y su familia”	Costo mensual para el empleado:		
	Suma principal	Empleado únicamente	Empleado y su familia
	\$25,000	\$0.75	\$1.00
	\$50,000	\$1.50	\$2.00
	\$75,000	\$2.25	\$3.00
	\$100,000	\$3.00	\$4.00
	\$125,000	\$3.75	\$5.00
	\$150,000	\$4.50	\$6.00
	\$175,000	\$5.25	\$7.00
	\$200,000	\$6.00	\$8.00
	\$225,000	\$6.75	\$9.00
	\$250,000	\$7.50	\$10.00
	\$275,000	\$8.25	\$11.00
	\$300,000	\$9.00	\$12.00
	\$325,000	\$9.75	\$13.00
	\$350,000	\$10.50	\$14.00
	\$375,000	\$11.25	\$15.00
	\$400,000	\$12.00	\$16.00
	\$425,000	\$12.75	\$17.00
	\$450,000	\$13.50	\$18.00
\$475,000	\$14.25	\$19.00	
\$500,000	\$15.00	\$20.00	
Importes de pago si se selecciona la cobertura de “Empleado y su familia”	La familia incluye al empleado y:	Porcentaje de la suma principal que recibe si su cónyuge/pareja fallece	Porcentaje de la suma principal que recibe si un hijo fallece
	Cónyuge/DP únicamente (sin hijos)	60 %	0 %
	Cónyuge/DP e hijos	50 %	15 %
	Hijos únicamente (sin cónyuge/DP)	0 %	20 %

Seguro opcional: cuentas de gastos flexibles

Cuentas de gastos flexibles

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

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

Existen dos tipos de planes de la FSA:

Cuenta FSA de atención médica

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

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

Cuenta FSA de asistencia diurna

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

Seguro opcional: cuentas de gastos flexibles

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

Comuníquese con la Benefits Unit si tiene alguna pregunta.

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

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

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

Configure su cuenta en línea

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

Kinside

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

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

Seguro opcional: cuentas de gastos flexibles

Tarjeta de beneficios

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

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

Indemnización laboral

Si se lesiona en el trabajo, estará cubierto por el programa de indemnización laboral autoasegurada de la Ciudad. 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)

El EAP brinda asesoramiento confidencial y apoyo de salud mental para tratar problemas como trastornos de la alimentación, estrés, inquietudes sobre las relaciones familiares, problemas relacionados con el trabajo, problemas financieros y problemas con el consumo de alcohol y drogas. En Resources for Living, se ofrece ayuda para usted y los miembros de su familia. Los servicios también incluyen derivaciones para el cuidado infantil, información sobre el cuidado de ancianos y asesoramiento financiero y legal. No es necesario inscribirse.

Los empleados y miembros de la familia pueden recibir seis visitas por problema por año. Puede asistir a la sesión de asesoramiento presencial exclusiva o acceder al apoyo virtual a través de Talkspace. Los servicios de Talkspace incluyen asesoramiento por mensaje de texto, chat y televideo. Una semana de correspondencia a través de mensajes de texto cuenta como una de las seis visitas.

Los empleados pueden usar seis horas **remuneradas**, que no se consideran de licencia, por año para las visitas del EAP. (Comuníquese con su supervisor para programar el horario si desea usar las horas remuneradas). Para comunicarse con Resources for Living, llame al 1-888-272-7252 o TTY 1-888-879-8274.

Quit for Life

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

Weight Watchers

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

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

Programas de vida laboral

Seattle Shares	<p>Seattle Shares es el programa de voluntariado y donaciones de los empleados de la ciudad de Seattle. Se alienta a los empleados a donar a través de nuestro socio, United Way of King County (UWKC) durante nuestra campaña anual. Además, se alienta a los empleados a donar directamente a la organización benéfica de su elección. Los empleados pueden ingresar en charitynavigator.org para buscar organizaciones benéficas o hacer donaciones a través del portal del navegador de organizaciones benéficas. Consulte inweb/seattleshares para obtener más información.</p>
Career Quest	<p>Career Quest es un programa de gestión de carreras profesionales que brinda oportunidades personalizadas de desarrollo profesional para los empleados que quieren ampliar sus habilidades o que buscan asistencia para alcanzar sus metas profesionales a largo plazo. El programa ofrece talleres de desarrollo profesional, becas competitivas y sesiones rápidas de mentoría en toda la ciudad. Para ser elegible, debe ser un empleado fijo de la Ciudad y estar comprometido con el desarrollo de nuevas habilidades y competencias. Los empleados pueden obtener más información sobre el programa Career Quest y acceder a estos servicios ingresando en el Centro de Desarrollo Profesional o enviando un correo electrónico a CareerQuest@seattle.gov.</p>
Office of the Ombud	<p>La Office of the Ombud es un recurso confidencial, informal e independiente que presta servicio a todos los empleados actuales de la ciudad de 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.</p> <p>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.</p>
MyTrips	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Si tiene alguna pregunta, comuníquese con MyTrips en MyTrips@seattle.gov o llamando al 206-445-4401.</p>

Política de licencias

Vacaciones

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

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

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

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

Empleado representado: consulte sus convenios colectivos para conocer las disposiciones relacionadas con las políticas de licencias.

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

Horas de la categoría de pago regular	Años de servicio	Vacaciones acumuladas por hora	Días por año	Horas por año	Saldo máximo
Menos de 08321	De 0 a 4	0.0460	12	96	192
De 08321 a 18720	De 5 a 9	0.0577	15	120	240
De 18721 a 29120	De 10 a 14	0.0615	16	128	256
De 29121 a 39520	De 15 a 19	0.0692	18	144	288
De 39521 a 41600	20	0.0769	20	160	320
De 41601 a 43680	21	0.0807	21	168	336
De 43681 a 45760	22	0.0846	22	176	352
De 45761 a 47840	23	0.0885	23	184	368
De 47841 a 49920	24	0.0923	24	192	384
De 49921 a 52000	25	0.0961	25	200	400
De 52001 a 54080	26	0.1000	26	208	416
De 54081 a 56160	27	0.1038	27	216	432
De 56161 a 58240	28	0.1076	28	224	448
De 58241 a 60320	29	0.1115	29	232	464
60321 y más	30	0.1153	30	240	480

Política de licencias

Licencia por enfermedad

La licencia por enfermedad es un programa que paga su sueldo si se debe ausentar del trabajo debido a citas médicas propias, 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 0.046 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.

Transferencia de la licencia por enfermedad

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

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

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

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

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

A continuación, se muestra el calendario de días festivos de 2024*.

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

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

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

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

Día de emergencia

Política de licencias

Días festivos optativos

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

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

Licencia por duelo

Todos los empleados, incluidos los empleados temporales, tienen derecho a cinco días de licencia con goce de sueldo debido al fallecimiento de un familiar cercano. Tras la aprobación del supervisor, puede tomarse vacaciones o una licencia discrecional de hasta 5 días por la muerte de un “familiar que no sea un pariente cercano”, como una tía, un amigo, un compañero de trabajo u otra persona que no sea un familiar cercano.

Licencia por razones médicas y familiares

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

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

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

Política de licencias

Licencia para actuar como jurado

Además, si solicita la Licencia por razones médicas y familiares debido a su propia afección de salud grave, necesitará la autorización de su proveedor de atención médica para volver al trabajo. Para solicitar esta licencia, comuníquese con el [coordinador de licencias y de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades \(Americans with Disabilities Act, ADA\) de su departamento.](#)

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

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

Licencia por servicio militar

- Licencia por servicio militar con goce de sueldo: la Ciudad 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 Ciudad 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 de un 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 o hijo.
- Licencia por razones médicas y familiares (FML) por una licencia para la atención de un familiar herido en guerra: los empleados reciben hasta 26 semanas de Licencia por razones médicas y familiares sin goce de sueldo y con derecho de reincorporación durante un periodo continuo de 12 meses para cuidar a su cónyuge, padre, hijo o pariente más cercano que sea un miembro del servicio militar cubierto que tenga una lesión o enfermedad grave. Los militares cubiertos pueden ser militares en servicio activo o veteranos de las fuerzas armadas.

Política de licencias

Licencia para cuidar a un familiar con goce de sueldo

La Ciudad 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 una asignación temporal o puesto con beneficios y si no han agotado las horas de FML a las que tienen derecho. El uso de la Licencia para cuidar a un familiar con goce de sueldo se descontará de las horas a las que tiene derecho por la Licencia por razones médicas y familiares. Para solicitar esta licencia, comuníquese con el [coordinador de licencias y de ADA de su departamento](#).

Licencia por maternidad/paternidad con goce de sueldo

El programa de Licencia por maternidad/paternidad con goce de sueldo de la ciudad de Seattle proporciona a los empleados elegibles hasta 12 semanas de licencia con goce de sueldo para crear un vínculo con su nuevo hijo. 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 un hogar de acogida, colocación de un niño en tutela legal.

El empleado, además de solicitar la licencia, debe presentar a la Ciudad un registro de nacimiento o colocación. El empleado debe tomarse la licencia antes del primer aniversario del nacimiento o colocación del niño. Para solicitar esta licencia, comuníquese con el [coordinador de licencias y de ADA de su departamento](#).

Licencia sabática

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

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

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

Licencia por razones médicas y familiares con goce de sueldo del estado de Washington

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

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

Derechos y responsabilidades de los empleados

Su entorno de trabajo

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

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

Empleo

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

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

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

Jubilación

Plan de ahorro de compensación diferida

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

Para obtener más información, comuníquese con un asesor educativo sobre compensación diferida en Seattle Municipal Tower (piso 16, suite 1635) al 206-447-1924. Los asesores educativos están disponibles de lunes a viernes durante el horario comercial habitual. O bien, comuníquese con Nationwide, al 855-550-1757. Los representantes del servicio de atención al cliente están disponibles de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados, de 6:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora del Pacífico). También puede acceder a su cuenta las 24 horas del día, los 7 días de la semana en el [sitio web del Plan](#).

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

Año	Límite de aportes regulares	Límite de aporte adicional para empleados mayores de 50 años
2024	\$23,000	\$7,500

Jubilación

Sistema de jubilación de la ciudad

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

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

Cuadro comparativo

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

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

Jubilación

Sistema de jubilación de la Ciudad (continuación)

¿En qué le afecta el SCERS II?

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

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

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

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

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

Beneficio por fallecimiento del sistema de jubilación

Los trabajadores en servicio activo quedan automáticamente inscritos en el Programa de Beneficios por Fallecimiento. Los jubilados pueden optar por retener este beneficio. El beneficio es de \$2,000 y se le paga únicamente al beneficiario. La prima es de \$12.00 por año, y se deduce de la primera nómina del año. El beneficio no tiene valor en efectivo para el jubilado.

Glosario

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

Glosario

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

A quién contactar si tiene preguntas

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

Aetna	866.983.0051	Aetna.com Búsqueda personalizada de documentos: aetna.com/dsepublic/#/cityofseattle
Kaiser Permanente	888-901-4636	KP.org/wa
VSP	800-877-7195	vsp.com Haga clic en "Miembros"
Delta Dental of Washington (DDWA)	206-522-2300 o 800-554-1907	DeltaDentalWa.com
Dental Health Services	206-788-3444 877-495-4455	DentalHealthServices.com/cityofseattle
Representante local de Nationwide Retirement	855-550-1757 206-447-1924	www.cityofseattledeferredcomp.com
Programa de Asistencia a los Empleados	888-272-7252 TTY: 888-879-8274	ResourcesForLiving.com Nombre de usuario: city of seattle Contraseña: city of seattle
Seguro de vida, AD&D, LTD		Representante de beneficios de su departamento
Cuentas de gastos flexibles para atención médica/asistencia diurna	800-669-3539	naviabenefits.com
Benefits Unit de la Ciudad	206-615-1340	seattle.gov/human-resources/benefits
Autoservicio para empleados		seattle.gov/ess/