Sus beneficios de SEBB para

2023

Guía de inscripción para empleados escolares

Guía de inicio rápido
página 6

Primas mensuales 2023
página 40

Elegibilidad
páginas 12–16

Cómo inscribirse
página 17

Comparación de beneficios médicos
página 40

Planes por condado
página 33

Washington State Health Care Authority
SCHOOL EMPLOYEES BENEFITS BOARD

HCA 20-0049 (11/22)

A quién contactar para obtener ayuda

Póngase en contacto con los planes directamente para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre beneficios
- Tarjetas de identificación
- Reclamaciones
- Verificar si un proveedor de servicios de salud está en la red del plan
- Elegir un proveedor de servicios de salud
- Asegurarse de que sus recetas estén cubiertas
- Revisar si su incentivo de bienestar se aplicó a su deducible.

Comuníquese con la oficina de nóminas o beneficios para obtener ayuda con:

- Elegibilidad para cobertura y preguntas o cambios en su inscripción
- Acceso a formularios impresos
- Preguntas sobre recargos a las primas
- Actualización de su información de contacto (nombre, dirección, teléfono, etc.)
- Inscripción o eliminación de dependientes
- Información sobre deducciones de nómina (incluidas las contribuciones antes o después de impuestos)
- Apelaciones (consulte también la página 76).

Ayuda con SEBB My Account

Consulte "Cómo usar SEBB My Account" en la página 10.

Planes médicos

Kaiser Permanente NW 1, 2, 3

my.kp.org/sebb
1-800-813-2000 (TRS: 711)

Kaiser Permanente WA Core 1, 2, 3, SoundChoice

kp.org/wa/sebb
1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 o TRS: 711)

Kaiser Permanente WA Options Summit PPO 1, 2, 3

kp.org/wa/sebb
1-888-901-4636 (TTY: 1-800-833-6388 o TRS: 711)

Premera HMO, High PPO, Standard PPO

premera.com/sebb
1-800-807-7310 (TRS: 711)

Uniform Medical Plan (UMP) Achieve 1, Achieve 2, Deducible alto

Administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services

Servicios médicos:
ump.regence.com/sebb
1-800-628-3481 (TRS: 711)

Medicamentos recetados:
ump.regence.com/sebb/benefits/prescriptions
1-888-361-1611 (TRS: 711)

UMP Plus–Puget Sound High Value Network

Administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services

Servicios médicos:
pugetsoundhighvaluenetwork.org
1-877-345-8760 (TRS: 711)

Medicamentos recetados:
ump.regence.com/sebb/benefits/prescriptions
1-888-361-1611 (TRS: 711)

UMP Plus–UW Medicine Accountable Care Network

Administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services

Servicios médicos:
sebb.uwmedicine.org
1-888-402-4238 (TRS: 711)

Medicamentos recetados:
ump.regence.com/sebb/benefits/prescriptions
1-888-361-1611 (TRS: 711)

1 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) ofrece planes en los condados de Clark y Cowlitz en Washington y en ciertos condados de Oregon.

Planes dentales

DeltaCare
deltadentalwa.com/sebb
1-800-650-1583

Uniform Dental Plan
deltadentalwa.com/sebb
1-800-537-3406

Willamette Dental Group
willamettedental.com/sebb
1-855-433-6825 (TRS: 711)

Planes de cuidado de la vista

Davis Vision
Suscrito por HM Life Insurance Company
davisvision.com/hcasebb
1-877-377-9353
TTY: 1-800-523-2847

EyeMed Vision Care
Suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company
eyemedvisioncare.com/hcasebb
1-800-699-0993
TTY: 1-844-230-6498

Plan de visión MetLife
Suscrito por Metropolitan Life Insurance Company
metlife.com/wshca-sebb
1-833-854-9624
TTY: 1-800-428-4833 (TRS: 711)

FSA y DCAP

Navia Benefit Solutions
sebb.naviabenefits.com
1-800-669-3539 o 425-452-3500

HSA para UMP con deducible alto

HealthEquity
learn.healthequity.com/sebb
1-844-351-6853 (TRS: 711)

Seguro de vida y AD&D

Metropolitan Life Insurance Company (MetLife)
Inscripción y administración:
mybenefits.metlife.com/wasebb

Información, documentos y más:
metlife.com/wshca-sebb
1-833-854-9624 (TRS: 711)

Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD)

Standard Insurance Company
standard.com/mybenefits/wash-state-hca-sebb
1-833-229-4177

Programa voluntario de bienestar

SmartHealth
Inicie sesión y realice actividades:
smarthealth.hca.wa.gov

Elegibilidad y fechas límite:
hca.wa.gov/sebb-smarthealth
1-855-750-8866

La HCA tiene el compromiso de ofrecer un acceso equitativo a nuestros servicios. Si necesita una adaptación o necesita documentos en otro formato, comuníquese con su oficina de nóminas o beneficios.

Bienvenido(a)

La *Guía de inscripción para empleados escolares* le proporcionará la información que necesita para inscribirse, utilizar o cambiar sus beneficios de SEBB. Por favor conserve esta guía como referencia. Hay una versión en línea disponible en la página de internet de SEBB en **hca.wa.gov/sebb-employee**.

Los empleados que sean elegibles por primera vez tienen 31 días para inscribirse en los beneficios de SEBB. Consulte "Cómo inscribirse" en la página 17.

La inscripción abierta anual en el otoño le ofrece la oportunidad de hacer cambios a sus planes, añadir o eliminar dependientes y hacer otros cambios. También puede hacer otros cambios durante una inscripción abierta especial si le ocurre un evento de vida habilitante. Consulte la sección "Cambios a su cobertura" en la página 66.

Para ver información sobre opciones para continuar su cobertura de seguro después de que termine su elegibilidad o la de un dependiente para los beneficios de SEBB, consulte "Cuándo termina la cobertura" en la página 72.

El Programa SEBB es administrado por la Health Care Authority (HCA) del Estado de Washington.

Índice

A quién contactar para obtener ayuda 2
Bienvenido 4
Guía de inicio rápido 6
Lista de verificación de inscripción 9
Cómo usar SEBB My Account 10
Elegibilidad de los empleados 12
Elegibilidad de dependientes 14
Cómo inscribirse 17
Medicare y SEBB 19
Rechazo de la inscripción 20
Pago de los beneficios 22
Recargos a las primas 24
Elección de sus beneficios 26
Selección de un plan médico 27
Plan UMP con deducible alto y una HSA 30
Cobertura de salud conductual 32
Planes médicos SEBB 2023 disponibles por condado 33
Empleadores escolares por condado 36
Comparación de beneficios médicos y primas de SEBB 2023 40
Selección de un plan dental 46
Comparación de beneficios dentales de SEBB 2023 47
Selección de un plan de cuidado de la vista 48
Comparación de beneficios de cuidado de la vista de SEBB 2023 49
Seguro de vida y AD&D 51
Seguro de incapacidad a largo plazo 55
FSA y DCAP 59
SmartHealth 62
Después de inscribirse 63
Cambios a su cobertura 66
Cuándo termina la cobertura 72
Apelaciones 76
Formularios de inscripción 80

Guía de inicio rápido

Use esta guía para ver información general sobre el proceso de inscripción. Preste atención a las referencias a los números de página en los que encontrará más información. Busque los cuadros *¡Es bueno saberlo!* en esta guía para ver consejos rápidos, definiciones e información adicional.

1. Averigüe si es elegible

Para ser elegible para los beneficios de SEBB debe cumplir los criterios descritos en las reglas del programa SEBB. Su organización de SEBB (empleador) determinará si usted es elegible para los beneficios de SEBB según sus circunstancias laborales específicas. Consulte "Elegibilidad del empleado" en la página 12.

2. Conozca sus beneficios

Hay una lista de los beneficios disponibles para los empleados elegibles en la página 9.

Pagará una prima mensual por su cobertura médica. Su empleador paga una parte de la prima del plan médico y todas las primas de cobertura dental y de cuidado de la vista, seguro básico de vida, seguro básico de muerte y desmembramiento accidental (AD&D) y seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador, si usted es elegible.

Usted pagará las primas mensuales de las coberturas suplementarias (pagadas por el empleado) en las que esté inscrito. Consulte la sección "Pago de los beneficios" en la página 22.

Quizá pueda rechazar la cobertura médica de SEBB si tiene otra cobertura colectiva. En situaciones específicas, también es posible que pueda rechazar las coberturas dental y de cuidado de la vista de SEBB. Consulte la sección "Rechazar la cobertura" en la página 20.

¡Es bueno saberlo!

Programas para ahorrar impuestos

Para inscribirse en el Acuerdo de gastos médicos flexibles (FSA), la FSA de propósito limitado y el Programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP), descargue e imprima el *formulario de inscripción en el Acuerdo de gastos médicos flexibles (FSA), la FSA de propósito limitado y el programa de asistencia para el cuidado de dependientes* del sitio de internet de Navia en **sebb.naviabenefits.com** o llame al 1-800-669-3539. Consulte "FSA y DCAP" en la página 59.

3. Prepárese para inscribir a sus dependientes elegibles

¿Planea inscribir a su cónyuge, a su pareja doméstica registrada en el estado, o a sus hijos? Inscriba a sus dependientes en los mismos planes de salud que elija para usted. Consulte "Elegibilidad de dependientes" en la página 14 para ver las reglas e información.

Para inscribir a su cónyuge, pareja doméstica registrada en el estado o hijos, necesitará proporcionar los siguientes datos de la persona:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Número de seguro social
- Documentos de verificación Asegúrese de tener a la mano los documentos correctos para demostrar su elegibilidad. Estos documentos se mencionan en la página 15. Quizá deba entregar formularios adicionales. Consulte "Formularios adicionales necesarios para dependientes" en la página 17.

4. Seleccione sus planes de salud

Planes de salud que tiene disponibles

Para ver información sobre los tipos de planes que tiene disponibles, consulte "Seleccionar un plan médico" en la página 27; "Seleccionar un plan dental" en la página 46; y "Seleccionar un plan de cuidado de la vista" en la página 48.

Consulte las secciones "Planes médicos disponibles para empleados de SEBB en 2023 por condado" que empieza en la página 33, y "Empleadores escolares por condado" que empieza en la página 36, para ver los planes que tiene disponibles. Para inscribirse en un plan de Premera, debe vivir o trabajar en uno de los condados en donde se ofrece. Para inscribirse en un plan de Kaiser Permanente debe vivir o trabajar en su área de servicio por lo menos el 50 por ciento del tiempo. Para el plan UMP Plus, debe vivir en uno de los condados en los que se ofrece. La disponibilidad de planes dentales y de cuidado de la vista depende de la red en la que participa el proveedor, y no en dónde vive o trabaja usted.

Compare los beneficios y costos de los planes de salud

La sección "Comparación de beneficios médicos y primas de SEBB 2023" empieza en la página 40. La "Comparación de beneficios dentales" está en la página 47. La "Comparación de beneficios de cuidado de la vista" está en la página 49. Esas tablas le proporcionan información básica sobre los deducibles, los costos compartidos y los límites de desembolso personal para que pueda comparar los planes.

Más información

Si necesita más detalles, consulte otras secciones de esta guía. También puede ver información en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee**.

La feria virtual de beneficios está disponible en línea 24/7 para ayudarle a obtener más información sobre sus beneficios. Visite los puestos de los planes para ver videos informativos

y recursos adicionales. La feria virtual de beneficios está disponible en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/vbf-sebb**.

¡Es bueno saberlo!

¿No es elegible?

Si no es elegible como se describe en la sección "Elegibilidad del empleado" en la página 12, puede ser elegible para algunos beneficios del Programa SEBB si su distrito escolar, escuela autónoma o distrito de servicios educativos negoció su elegibilidad, como se describe en WAC 182-30-130. Si es un empleado con representación, consulte a su sindicato o su contrato colectivo de trabajo en lo referente a su elegibilidad. De lo contrario, su oficina de nóminas o beneficios le notificará si es elegible bajo esta disposición.

5. Inscríbase utilizando SEBB My Account

Inscriba a sus dependientes en los mismos planes de salud que elija para usted. Inicie sesión en nuestro sistema de inscripción en línea, SEBB My Account, en **myaccount.hca.wa.gov.** Funciona en su computadora, tableta o teléfono inteligente, y es la mejor manera de inscribirse, así como la más fácil. Consulte "Cómo usar SEBB My Account" en la página 10 para ver instrucciones paso a paso.

Use SEBB My Account para inscribirse en cobertura médica, dental y de cuidado de la vista. También puede utilizar SEBB My Account para inscribir a dependientes elegibles y cargar los documentos de verificación para demostrar que son elegibles.

Si no puede usar SEBB My Account, comuníquese con su oficina de nóminas o beneficios. Si utiliza formularios impresos, entréguelos a su oficina de nóminas o beneficios.

Sin importar de qué manera se inscriba, los formularios y documentos deben recibirse **a más tardar 31 días** después de la fecha en que se vuelva elegible para los beneficios de SEBB.

6. Haga sus declaraciones sobre los recargos a las primas

Hay dos recargos que se pueden aplicar a sus primas.

- Cuando se inscriba en la cobertura médica, debe declarar (contestar) si usted o alguno de sus dependientes inscritos de 13 años de edad o más consumen productos de tabaco.
- Si inscribe en su cobertura médica a su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado, también debe declarar si su cónyuge o pareja doméstica pudo haberse inscrito en un plan de seguro médico colectivo de otro empleador.

Si no hace las declaraciones, o si sus declaraciones indican que los recargos son aplicables a usted, se añadirán los recargos a sus primas médicas mensuales. Vea la sección "Recargos a las primas" en la página 24 para ver más detalles y cómo declarar.

7. Conozca los beneficios adicionales

Los beneficios adicionales incluyen:

- Seguro de vida
- Seguro de muerte y desmembramiento accidental (AD&D)
- Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD)
- Acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico
- FSA de propósito limitado
- Programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP)

Inscripciones automáticas

Se le inscribirá automáticamente en un seguro básico de vida, seguro básico de AD&D y seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador. Se le inscribirá en un seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado, a menos que usted rechace la cobertura (consulte "Acerca de la cobertura de incapacidad a largo plazo pagada por el empleado" en la siguiente página). También se le inscribirá en el plan de pago de primas del estado, que le permite a su empleador deducir las primas y los recargos aplicables a las primas de su cheque de nóminas antes de impuestos.

¡Es bueno saberlo!

Inscripciones automáticas

Será inscrito automáticamente en lo siguiente, si es elegible.

- Seguro básico de vida (pagado por el empleador)
- Seguro básico de muerte y desmembramiento accidental (AD&D) (pagado por el empleador)
- Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) pagado por el empleador
- Seguro de LTD pagado por el empleado con un nivel de cobertura del 60 por ciento y con un período de espera para beneficios de 90 días, a menos que usted lo reduzca a un nivel de cobertura con menor costo o rechace la cobertura. Si más adelante decide inscribirse o aumentar la cobertura, tendrá que proporcionar una evidencia de asegurabilidad y recibir la aprobación de la aseguradora. Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.
- El plan de pago de primas del estado. Consulte la sección "Deducciones de nómina e impuestos" en la página 22.

Acerca de la cobertura de incapacidad a largo plazo pagada por el empleado

Los empleados con elegibilidad nueva serán inscritos automáticamente en un plan de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador que cubra el 60 por ciento de sus ingresos previos a la incapacidad, con un período de espera de 90 días para beneficios.

En cualquier momento, puede usar SEBB My Account para reducirlo a un nivel de cobertura de 50 por ciento con menor costo, o rechazar la cobertura. También puede usar el formulario de *Inscripción y modificación del seguro de incapacidad a largo plazo* para reducir, rechazar, inscribirse o aumentar la cobertura. El formulario está disponible en la página de incapacidad a largo plazo de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-ltd**.

Si decide inscribirse o aumentar la cobertura después del período de elegibilidad nueva de 31 días, tendrá que proporcionar una evidencia de asegurabilidad y recibir la aprobación de la aseguradora. Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.

¡Es bueno saberlo!

Será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado

Los empleados con elegibilidad nueva serán inscritos automáticamente en un plan de incapacidad a largo plazo (LTD) pagado por el empleado que cubra el 60 por ciento de sus ingresos previos a la incapacidad, con un período de espera de 90 días para beneficios. En cualquier momento puede reducirlo a un nivel de cobertura de 50 por ciento con menor costo, o rechazar la cobertura. Si más adelante decide inscribirse o aumentar la cobertura, tendrá que proporcionar una evidencia de asegurabilidad y recibir la aprobación de la aseguradora. Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.

¡Es bueno saberlo!

Beneficios adicionales que pueden agradarle

Los acuerdos de gastos flexibles médicos (FSA), los FSA de propósito limitado y el programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP) son beneficios que pueden adaptarse a sus necesidades financieras. Consulte "FSA y DCAP" en la página 59.

Considere un seguro suplementario de vida y AD&D

Puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en un seguro suplementario de vida y AD&D (pagado por el empleado). Consulte la sección "Seguro de vida y AD&D" en la página 51.

Considere dos FSA y el DCAP

Usted podría ser elegible para inscribirse en un acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico, en un FSA de propósito limitado, o en el programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP). Estas son cuentas de ahorros antes de impuestos que se usan para pagar ciertos gastos. Consulte "FSA y DCAP" en la página 59.

8. ¿Qué es lo que sigue?

Los planes de salud que seleccione le enviarán paquetes de bienvenida. Vea la sección "Después de inscribirse" en la página 63.

Lista de verificación de inscripción

- Revise su elegibilidad y sus fechas límite, página 12.
- Conozca sus beneficios, página 26
- Considere los planes de salud que tiene disponibles, página 33.
- Consulte las tablas de comparación de beneficios, página 40.
- Visite la feria virtual de beneficios, página 26.
- Aprenda a rechazar la inscripción, página 20.
- Seleccione sus planes de salud, páginas 40 a 50.
- Inicie sesión en SEBB My Account, página 10
- Inscríbase, página 17
- Inscriba a sus dependientes y cargue los documentos de verificación para demostrar su elegibilidad, así como todos los documentos adicionales necesarios, páginas 14 a 17.
- Declare si se deben aplicar recargos a sus primas, página 24.
- Considere un seguro suplementario de vida y AD&D (pagado por el empleado), página 51.
- Considere inscribirse en una FSA médica, FSA de propósito limitado y en el DCAP, página 59.
- Suscríbase a notificaciones por correo electrónico después de inscribirse, vea el cuadro de la derecha

Sus beneficios de SEBB para 2023

- Seguro médico
- Cuenta de ahorro de salud (HSA) para quienes se inscriben en el plan UMP con deducible alto
- Seguro dental
- Seguro de cuidado de la vista
- Seguro básico de vida
- Seguro básico de muerte y desmembramiento accidental (AD&D)
- Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) pagado por el empleador (si es elegible)
- Seguro suplementario de vida
- Seguro suplementario de AD&D
- Seguro de LTD pagado por el empleado (si es elegible)
- FSA médico
- FSA de propósito limitado
- Programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP)
- SmartHealth (programa voluntario de bienestar)

¡Es bueno saberlo!

Reciba sus noticias por correo electrónico

Reciba las últimas noticias y actualizaciones del Programa SEBB sin gastar papel. Recibir información general y boletines informativos por correo electrónico es más rápido para usted, y ayuda a cuidar el medio ambiente. Vaya a SEBB My Account en **myaccount.hca.wa.gov** para suscribirse.

Cómo usar SEBB My Account

Los empleados escolares elegibles pueden usar SEBB My Account, el sistema de inscripción en línea, en una computadora, tableta o teléfono inteligente para inscribirse o hacer cambios en sus beneficios.

¿Qué puedo hacer en SEBB My Account?

- Inscribirse en los beneficios de SEBB
- Rechazar la inscripción en el plan médico de SEBB
- Inscribir a sus dependientes elegibles en los beneficios de SEBB
- Cargar documentos para probar la elegibilidad de sus dependientes
- Seleccionar sus planes médicos, dentales y de cuidado de la vista
- Visitar los sitios de internet de los proveedores para inscribirse en un seguro suplementario de vida y de muerte y desmembramiento accidental (pagado por el empleado), un acuerdo de gastos flexibles médico (FSA), una FSA de propósito limitado y el programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP)
- Los empleados que estén en su período de elegibilidad nueva de 31 días pueden inscribir, reducir, aumentar o rechazar la cobertura de un seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) pagado por el empleado en SEBB My Account. Los empleados que hayan terminado su período de elegibilidad nueva de 31 días pueden reducir o rechazar la cobertura de LTD en SEBB My Account en cualquier momento.
- Declare si se deben aplicar recargos a sus primas
- Solicite un cambio debido a una inscripción abierta especial

¡Es bueno saberlo!

Google Chrome es el navegador de preferencia para SEBB My Account, pero Edge, Firefox, y Safari también funcionan. Para obtener más información, consulte la página *Ayuda con el inicio de sesión en SEBB My Account* en **myaccount.hca.wa.gov**.

¿Cómo hago para configurar una cuenta?

1. **Visite SEBB My Account** en **myaccount.hca.wa.gov** y oprima el botón *Login to SEBB My Account (Iniciar sesión en SEBB My Account)* debajo de *Employee/Subscriber login (Inicio de sesión de empleados/suscriptores)*. Será dirigido al sitio de internet de SecureAccess Washington (SAW). SAW es el inicio de sesión seguro centralizado del estado, que le brinda acceso a los servicios en línea de muchas agencias estatales. Una cuenta de SAW mantendrá segura su información confidencial.
2. **Oprima** *Sign up (Registrarse)* para crear una cuenta de SAW. Si ya tiene una cuenta de SAW, escriba su nombre de usuario y contraseña y vaya al paso 6.
3. **Escriba** su nombre, dirección de correo electrónico, un nombre de usuario y una contraseña. Guarde su nombre de usuario y contraseña en un lugar seguro para que no los olvide la próxima vez que inicie sesión.
4. **Marque la casilla** para indicar que no es un robot y oprima *Submit (Enviar)*. Siga el enlace para activar su cuenta.
5. **Revise su correo electrónico** para ver un mensaje de SAW. Haga clic en el enlace de confirmación, luego cierre la ventana *Account Activated! (¡Cuenta activada!)* que abrirá su navegador. Regrese a su ventana original. Siga las instrucciones en pantalla para terminar de crear su cuenta.
6. **Obtenga su código**. Después de iniciar sesión en SAW, se le pedirá que añada autenticación multifactorial (MFA). Seleccione cómo prefiere recibir un código: por correo electrónico o mensaje de texto. El sistema le enviará un código.
7. **Capture el código** que recibió y envíelo. Después se le ofrecerá la oportunidad de que SAW recuerde el dispositivo que está utilizando, y deberá oprimir "Submit" (Enviar).
8. **Termine.** Se le enviará de regreso a SEBB My Account. Escriba su apellido, fecha de nacimiento y los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Oprima *Verify my information (Verificar mi información)*.
   - Si ya ha iniciado sesión anteriormente en SEBB My Account, se le dirigirá a su panel de control.
   - Si es la primera vez que inicia sesión, después de oprimir *Verify my information (Verificar mi información)*, seleccione sus preguntas y respuestas de seguridad. Se le dirigirá a su panel de control.

¿Cuándo puedo acceder a SEBB My Account?

Después de que su empleador capture su información de elegibilidad en SEBB My Account, puede iniciar sesión e inscribirse en los beneficios dentro de su período de elegibilidad de 31 días. Luego, regrese en cualquier momento para verificar su cobertura o solicitar cambios por una inscripción abierta especial.

¿Cómo me inscribo con SEBB My Account?

Después de iniciar sesión en SEBB My Account, puede usar el asistente paso a paso en la parte superior de la página, que lo guiará a través del proceso de inscripción. Los cuatro pasos son:

1. **Añada a sus dependientes.** Capture la información de sus dependientes. Si no agrega dependientes, puede pasar al paso 3.
2. **Verifique sus dependientes.** Debe proporcionar comprobantes de la elegibilidad de sus dependientes.

   Cargue documentos desde su computadora o dispositivo móvil para verificar la elegibilidad de sus dependientes. Sus documentos deben ser verificados y aprobados antes de que sus dependientes se inscriban en su cobertura. Los documentos aceptables (como un certificado de nacimiento o matrimonio o una declaración de impuestos reciente) y los tipos de archivos (PDF, JPEG, JPG o PNG) se enumeran en SEBB My Account.

   Si no puede cargar documentos en línea, puede enviar documentos impresos a su oficina de nóminas o beneficios.

   Asegúrese de conservar los documentos que envió. Recibir la aprobación para verificar a sus dependientes no significa que sus dependientes estén inscritos. Debe seleccionar los mismos planes para sus dependientes que para usted.
3. **Declare si le corresponden recargos a sus primas.** Conteste una serie de preguntas para determinar si se le cobrarán el recargo mensual de $25 por cuenta por consumo de tabaco o el recargo mensual de $50 por cobertura de cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado cuando añada a un dependiente.
4. **Seleccione sus planes.** Cuando esté listo, seleccione sus planes en SEBB My Account marcando la casilla junto a los planes médicos, dentales y de cuidado de la vista que desee para usted y para los dependientes que desee inscribir.

Si tiene otra cobertura médica colectiva de su empleador, un plan TRICARE o Medicare, puede rechazar la cobertura médica de SEBB, pero no los otros beneficios. **Excepción:** Puede rechazar su inscripción en un plan médico de SEBB para inscribirse en un plan médico de la Junta de Beneficios para Empleados Públicos (PEBB, por sus siglas en inglés) solamente si también está inscrito el plan dental de PEBB. Al hacerlo, usted renuncia a su inscripción en los planes dental y de cuidado de la vista de SEBB. No puede inscribirse al mismo tiempo en los planes de salud de SEBB y PEBB. Consulte la sección "Rechazar la cobertura" en la página 20.

Elegibilidad de los empleados

Esta guía ofrece un resumen general de la elegibilidad de los empleados para los beneficios de SEBB. En esta guía, a los empleados escolares también se les denomina "suscriptores".

Su empleador determinará si usted es elegible para recibir contribuciones del empleador a los beneficios de SEBB en función de sus circunstancias laborales específicas (consulte el Código Administrativo de Washington [WAC] 182-31-040) y se lo notificará. Comuníquese con su oficina de nóminas o beneficios si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad o sobre cuándo iniciará la cobertura. Todas las determinaciones de elegibilidad se basan en las reglas de los capítulos 182-30 y 182-31 del WAC que se encuentran en la página de internet sobre *reglas y políticas* de SEBB en **hca.wa.gov/sebb-rules**. Si surgen discrepancias entre el WAC y esta guía, el WAC prevalecerá. Si no está de acuerdo con una determinación de elegibilidad, consulte "Apelaciones" en la página 76.

Por lo general usted es elegible para las contribuciones del empleador hacia los beneficios de SEBB si trabaja en un distrito escolar o escuela autónoma, o es un empleado representado de un distrito de servicios educativos (ESD), y su empleador prevé que usted trabajará al menos 630 horas durante el año escolar (del 1 de septiembre al 31 de agosto). Los días feriados remunerados y el permiso remunerado, como los permisos por enfermedad, motivos personales y duelo, cuentan para las horas requeridas.

Elegibilidad basada en su primer día de trabajo

Si su empleador determina que usted es elegible, su elegibilidad comienza en su primer día de trabajo. Su primer día de trabajo habitualmente determina cuándo inician sus beneficios de SEBB. Consulte la sección "¿Cuándo empiezan mis beneficios?" en la página 63.

Elegibilidad basada en una modificación de su patrón de trabajo previsto o sus horas trabajadas reales

Si su empleador determinó que usted no era elegible para las contribuciones del empleador hacia los beneficios de SEBB, pero su situación laboral cambia y su empleador prevé en ese momento que usted trabajará al menos 630 horas durante el año escolar, usted es elegible a partir de la fecha en que se modifica su patrón de trabajo.

Si su empleador determinó que no se prevé que usted trabaje 630 horas, pero realmente trabaja 630 horas, se vuelve elegible para las contribuciones de su empleador a los beneficios de SEBB a partir del día en que trabajó su hora número 630.

Si su empleador determinó que usted es elegible para las contribuciones del empleador hacia los beneficios de SEBB, pero su patrón de trabajo se modifica de tal manera que su empleador ya no prevé que usted trabajará 630 horas durante el año escolar, su elegibilidad para las contribuciones del empleador termina el último día del mes en que el cambio entra en vigor.

Elegibilidad basada en su regreso de un permiso aprobado

Si regresa a trabajar después de un permiso aprobado no remunerado, puede conservar o establecer su elegibilidad para las contribuciones del empleador hacia los beneficios de SEBB si el horario de trabajo al que regresa, de haber estado vigente al inicio del año escolar, hubiera hecho que se previera que usted trabajaría las horas mínimas para satisfacer la elegibilidad para SEBB. Usted recuperaría la elegibilidad para las contribuciones de su empleador hacia los beneficios de SEBB a partir del día en que regrese del permiso aprobado no remunerado. Consulte la sección "¿Cuándo empiezan mis beneficios?" en la página 63.

Elegibilidad basada en la fecha de contratación después del inicio del año escolar

Si no se prevé que usted trabaje 630 horas en el año escolar debido a la época del año en que se le contrató, pero se prevé que trabaje al menos 630 horas en el siguiente año escolar, usted puede establecer su elegibilidad para las aportaciones del empleador hacia los beneficios de SEBB si se cumplen ciertos criterios que se describen en WAC 182-31-040(4)(c). La oficina de nóminas o beneficios de su empleador le notificará si es elegible de acuerdo con esta disposición.

Elegibilidad basada en las horas trabajadas los dos años escolares anteriores

Si trabajó al menos 630 horas en cada uno de los dos años escolares anteriores y regresa al mismo tipo de puesto o combinación de puestos con el mismo distrito escolar, escuela autónoma o distrito de servicios educativos, se presume que es elegible para las contribuciones del empleador hacia los beneficios de SEBB desde el inicio del año escolar.

Si su empleador no lo considera elegible después de haber trabajado al menos 630 horas en los dos años escolares anteriores, debe notificarle, por escrito, los motivos específicos por los que no se prevé que trabaje al menos 630 horas en el año escolar en curso. Usted tiene derecho a apelar la determinación de elegibilidad. Consulte la sección "Apelaciones" en la página 76.

Elegibilidad basada en el trabajo dentro de un distrito, escuela autónoma o ESD

Todas las horas que trabaje como empleado escolar, y todas las horas por las que reciba remuneración de su empleador durante un permiso aprobado (por ejemplo, permiso por enfermedad, permiso por motivos personales, permiso por duelo) o por un día feriado remunerado se incluyen en las horas para determinar su elegibilidad. No puede "acumular" horas de diferentes distritos escolares, escuelas autónomas o ESD para alcanzar la elegibilidad.

Los empleados que regresan para el siguiente año escolar tienen cobertura sin interrupciones

Si estuvo inscrito en los beneficios de SEBB en agosto, recibirá cobertura ininterrumpida de un año escolar al siguiente cuando regrese al inicio del siguiente año escolar al mismo distrito escolar, escuela autónoma o como empleado representado del mismo ESD, siempre y cuando aún se prevea que será elegible para recibir las contribuciones del empleador en el próximo año escolar.

Elegibilidad al cambiar de trabajo entre organizaciones de SEBB

Una vez inscrito en los beneficios de SEBB, tendrá una cobertura ininterrumpida cuando se cambie de una organización de SEBB (distrito escolar, escuela chárter o ESD) a otra dentro del mismo mes o en un mes consecutivo, si es elegible para las contribuciones del empleador a los beneficios de SEBB en el puesto que deja y se prevé que será elegible para las contribuciones del empleador hacia los beneficios de SEBB en el nuevo puesto.

Las selecciones de beneficios de SEBB también permanecen iguales si tiene una interrupción en el empleo que no interrumpe las contribuciones del empleador hacia sus beneficios de SEBB, ya sea que se cambie a una nueva organización de SEBB o que regrese a la misma. Quizá tenga que cambiar de plan de salud si se muda a un nuevo condado o si su nuevo empleo es en un condado diferente, lo que se consideraría como un evento que amerita una inscripción abierta especial (vea la sección "Cambiar su cobertura" en la página 66).

Elegibilidad como suscriptor y dependiente

No puede inscribirse en cobertura médica, dental o de cuidado de la vista en dos cuentas de SEBB. Si usted es un empleado elegible y también es elegible como dependiente en la cuenta de su cónyuge, de su pareja doméstica registrada en el estado o de alguno de sus padres, consulte la sección "Rechazar la inscripción" en la página 20 para ver las opciones que tiene disponibles.

Elegibilidad simultánea en SEBB y PEBB

Si es elegible para inscribirse en los programas SEBB y de la Junta de Beneficios de Empleados Públicos (PEBB), usted y sus dependientes elegibles estarán limitados a una sola inscripción en los planes médico, dental y de cuidado de la vista (en el Programa SEBB) o en los planes médico y dental (en el Programa PEBB). Si usted o su dependiente están inscritos tanto en el programa SEBB como en el programa PEBB y no actúan para resolver la inscripción dual, el Programa SEBB o el Programa PEBB lo inscribirán o cancelarán su inscripción automáticamente, como se describe en el WAC 182-31-070(6).

Empleados elegibles para beneficios negociados a nivel local

Si no es elegible como se describe en esta sección de elegibilidad, puede ser elegible para algunos beneficios del Programa SEBB si su distrito escolar, escuela autónoma o ESD negoció su elegibilidad como se describe en WAC 182-30-130. Si tiene representación, consulte a su sindicato o su contrato colectivo de trabajo en lo referente a su elegibilidad.

¡Es bueno saberlo!

Medicare y SEBB

Si usted o alguno de sus dependientes está inscrito en Medicare o puede estarlo pronto, lea más sobre cómo funcionan juntos los beneficios de Medicare y SEBB en la página 19.

Elegibilidad de dependientes

Puede inscribir a los siguientes dependientes:

- Su cónyuge legal
- Su pareja doméstica registrada en el estado, como se define en WAC 182-30-020 y RCW 26.60.020(1). Esto incluye a las uniones legales de otras jurisdicciones que sean sustancialmente equivalentes según se define en RCW 26.60.090. Se aplican estrictos requisitos a estas sociedades, que incluyen que uno de los miembros de la pareja tenga 62 años de edad o más y que vivan en la misma residencia. Las personas en una sociedad doméstica registrada en el estado son tratadas igual que cónyuges legales, excepto cuando hacerlo contravenga las leyes federales.
- Sus hijos, según la definición de WAC 182-31-140(3), hasta el último día del mes en que cumplen 26 años de edad, sin importar su estado civil, situación de estudiantes o elegibilidad para la cobertura de otro plan. También incluye a los hijos de 26 años en adelante con una discapacidad, como se describe más adelante.

¿Cómo se definen los hijos?

Para nuestros fines, los hijos se definen de acuerdo con la descripción en WAC 182-31-140(3). Esta definición incluye a:

- Sus hijos, en base al establecimiento de una relación padre-hijo como se describe en RCW 26.26A.100, excepto cuando los derechos parentales hayan concluido
- Hijos de su cónyuge, en base al establecimiento de una relación padre-hijo como se describe en RCW 26.26A.100, excepto cuando los derechos parentales hayan sido cancelados.
- Menores que usted tiene la obligación legal de mantener antes de su adopción.
- Hijos de su pareja doméstica registrada por el estado, en base al establecimiento de una relación padre-hijo como se describe en RCW 26.26A.100, excepto cuando los derechos parentales hayan sido cancelados.
- Niños especificados en una orden judicial o en un decreto de divorcio a los que usted tiene la obligación legal de proporcionar manutención o cobertura de servicios de salud.
- Menores que sean sus dependientes extendidos que cumplan con los criterios de elegibilidad. Consulte la sección "Dependientes extendidos" a continuación.
- Hijos de cualquier edad que tengan una discapacidad del desarrollo o física. Consulte la sección "Hijos con discapacidades" en esta página.

Dependientes extendidos

Los hijos también pueden incluir a dependientes extendidos (como nietos, nietas, sobrinas, sobrinos u otros hijos) de los que usted, su cónyuge o su pareja doméstica registrada en el estado tengan la custodia legal o sean tutores legales. La responsabilidad legal por ellos se demuestra mediante una orden judicial válida y la residencia oficial del hijo con el custodio o tutor.

Los menores dependientes extendidos no incluyen a hijos de acogida excepto cuando usted, su cónyuge o su pareja registrada en el estado tengan la obligación legal de brindarles manutención antes de su adopción.

Hijos con discapacidades

Los hijos elegibles también incluyen a los hijos de cualquier edad que tengan una discapacidad física o del desarrollo que los deje incapacitados para tener un empleo autosuficiente y dependientes del empleado para recibir manutención y cuidado continuo. Su trastorno debe haber ocurrido antes de que cumplieran 26 años de edad. Usted debe entregar comprobantes de la discapacidad y dependencia de un hijo de 26 años de edad o más para inscribirlo en su cobertura del plan de salud de SEBB o para continuar la inscripción de un hijo inscrito que cumpla 26 años de edad. Los empleados recién elegibles deben entregar el formulario de *Certificación de un hijo con discapacidad* durante los 31 días del período de inscripción.

El Programa SEBB, con la participación de su plan médico (si el hijo está inscrito en la cobertura médica de SEBB), verificará la discapacidad y dependencia de los hijos con discapacidades a partir de los 26 años de edad. La primera verificación tiene una vigencia de dos años. Después de ese período, revisaremos su elegibilidad periódicamente, pero no más de una vez al año. Usted y el médico de su hijo podrían tener que proporcionar información actualizada para estas verificaciones. Si el Programa SEBB no recibe su verificación dentro del plazo permitido, el hijo dejará de estar cubierto.

Un hijo con una discapacidad que tenga 26 años de edad o más y que se vuelva autosuficiente no es elegible a partir del último día del mes en que se vuelve capaz de mantenerse a sí mismo. Si el hijo se vuelve autosuficiente y posteriormente queda incapacitado para mantenerse, no recupera su elegibilidad.

Debe notificar al Programa SEBB por escrito cuando su hijo mayor de 26 años de edad con una discapacidad ya no sea elegible. El Programa SEBB debe recibir la notificación **dentro de un plazo de 60 días** del último día del mes en que su hijo pierda la elegibilidad para la cobertura del plan de salud de SEBB.

Comprobantes de elegibilidad de los dependientes

Verificar (comprobar) la elegibilidad de los dependientes nos ayuda a asegurarnos de cubrir solamente a las personas que cumplen los requisitos para la cobertura del plan de salud. Usted puede comprobarlo entregando los documentos oficiales que se indican en la siguiente página. No inscribiremos a un dependiente si no podemos verificar su elegibilidad antes de la fecha límite para la inscripción. Nos reservamos el derecho de revisar la elegibilidad de un dependiente en cualquier momento. La HCA puede auditar las determinaciones de elegibilidad de los dependientes.

Se aplican algunas excepciones al proceso de verificación de dependientes.

- Los hijos dependientes extendidos se revisan con un proceso separado.

- Puede usarse información previa de verificación de dependientes que ha sido verificada por el programa de la Junta de Beneficios de Empleados Públicos (PEBB, por sus siglas en inglés) cuando un suscriptor se transfiera de la cobertura del programa PEBB a la cobertura del programa SEBB y solicite inscribir a un dependiente elegible que ya ha sido verificado por el programa PEBB.

Entregue los documentos en inglés cuando se inscriba dentro de los plazos de la inscripción al programa SEBB. Los documentos escritos en otro idioma deben incluir una copia traducida preparada por un traductor profesional y estar notariados. Estos documentos deben ser aprobados por el programa SEBB.

Puede cargar sus documentos para verificarlos en SEBB My Account (consulte la página 10), o entregarlos directamente a su oficina de nóminas o beneficios.

¡Es bueno saberlo!

Usted tiene derechos de apelación

Si no está de acuerdo con una decisión específica de elegibilidad o una denegación, puede apelar. Consulte la sección "Apelaciones" en la página 76.

Documentos para inscribir a un cónyuge

Entregue una copia de (elija uno):

- La declaración de impuestos federales más reciente que hayan presentado de manera conjunta y que mencione al cónyuge (tache la información financiera)
- Las declaraciones de impuestos federales del año más reciente de usted y su cónyuge, si declaran por separado (tache la información financiera)
- Un acta de matrimonio[1] y comprobantes de que el matrimonio sigue siendo válido (no es necesario que vivan juntos). Por ejemplo, una factura de servicios básicos, un documento de beneficiario del seguro de vida o un estado de cuenta bancario de los últimos seis meses que muestren su nombre y el de su cónyuge (tache la información financiera)
- Una petición de disolución, petición de separación legal (matrimonio) o petición de invalidar (anular) el matrimonio. Debe haberse tramitado en los últimos seis meses.
- Registro del Sistema de Informes de Elegibilidad de Inscripción de Defensa (DEERS, por sus siglas en inglés)
- Visa válida J-1 o J-2 expedida por el gobierno de los EE.UU.

Documentos para inscribir a una pareja doméstica registrada en el estado o a una pareja de una unión legal

Entregue una copia de (elija uno):

- Un certificado o tarjeta de sociedad doméstica registrada en el estado[1] o de unión legal, y comprobantes de que la sociedad sigue siendo válida (no es necesario que vivan juntos). Por ejemplo, una factura de servicios básicos, un documento de beneficiario del seguro de vida o un estado de cuenta bancario de los últimos seis meses que muestren su nombre y el de su pareja doméstica registrada en el estado (tache la información financiera)
- Una petición para invalidar (anular) una sociedad doméstica registrada en el estado. Debe haberse tramitado en los últimos seis meses.

Si inscribe a su pareja doméstica registrada en el estado, adjunte también una *Declaración de situación tributaria de SEBB* contestada para indicar si es elegible como dependiente para fines tributarios.

Si inscribe a su pareja de una unión legal, se requieren comprobantes de residencia en el estado de Washington del suscriptor y su pareja, además de los documentos de verificación del dependiente que se describieron anteriormente. Se requerirán documentos adicionales de verificación del dependiente dentro de un plazo de un año de la inscripción de la pareja, para que pueda continuar inscrita. Puede encontrar más información en la Política Administrativa 33-1 del Programa SEBB o en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-rules**.

Documentos para inscribir a los hijos

Entregue una copia de (elija uno):

- La declaración de impuestos federales del año más reciente que incluye al hijo como dependiente (tache la información financiera). Puede enviar una copia de su declaración de impuestos como documento de verificación para todos los miembros de la familia que requieran verificación.
- Acta de nacimiento (o, si no tiene el acta de nacimiento, certificado del hospital con las huellas de los pies del niño) en donde aparezca el nombre del padre que es el suscriptor, del cónyuge del suscriptor, o de la pareja doméstica registrada ante el estado del suscriptor. Si el dependiente es el hijastro del suscriptor, el suscriptor también debe verificar al cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado para inscribir al hijo, incluso si no está inscribiendo al cónyuge o pareja doméstica en la cobertura del plan de salud de SEBB.
- Certificado o decreto de adopción que muestre el nombre del padre que es el suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica registrada del suscriptor
- Plan de crianza ordenado por la corte
- National Medical Support Notice (Aviso de Ayuda Médica Nacional)
- Registro del Sistema de Informes de Elegibilidad de Inscripción de Defensa (DEERS, por sus siglas en inglés)
- Visa J-2 válida expedida por el gobierno de los EE.UU.

Consulte la sección "Formularios adicionales requeridos" en la pagina 17 para obtener información sobre los requisitos para un dependiente extendido, una pareja doméstica registrada en el estado o sus hijos elegibles, o un hijo con una discapacidad.

1 Si no han transcurrido seis meses desde el matrimonio o la unión en pareja, solo se requiere el acta o la tarjeta.

¿Qué sucede cuando tengo la obligación de proporcionar cobertura de plan de salud para un hijo?

Cuando un aviso nacional de manutención médica (NMSN, por sus siglas en inglés) le ordena proporcionar cobertura de un plan de salud a su hijo dependiente, puede inscribir al hijo y solicitar cambios en la cobertura de su plan de salud según lo indique el NMSN. Debe realizar el cambio en SEBB My Account y cargar el NMSN, o enviar un formulario de *Cambio de empleado escolar* y una copia del NMSN a su oficina de nóminas y beneficios.

Si no solicita la inscripción o los cambios en la cobertura del plan de salud como lo indica la NMSN, su empleador o el Programa SEBB pueden hacer los cambios a pedido del otro padre/madre o del programa de aplicación de la manutención de menores.

Se permiten las siguientes opciones:

- El hijo será inscrito en la cobertura del plan de salud de SEBB del suscriptor según lo indique el NMSN.
- Si ha rechazado previamente a la cobertura médica de SEBB, se le inscribirá en la cobertura médica según lo indique el NMSN para poder inscribir al hijo.
- El plan de salud seleccionado por el suscriptor cambiará si lo indica la NMSN.
- Si el hijo ya está inscrito en el plan de otro suscriptor de SEBB, el hijo será eliminado de la cobertura del otro plan de salud y se inscribirá según lo indique el NMSN. Si el hijo está inscrito tanto en un plan médico de la Junta de Beneficios de Empleados Públicos (PEBB) como en un plan médico de SEBB como dependiente, el hijo se inscribirá de acuerdo con lo ordenado en el NMSN.
- Si el suscriptor es elegible y elige COBRA u otra continuación de cobertura, el NMSN se aplicará y el dependiente debe ser cubierto de acuerdo con el NMSN.
- Cuando un NMSN ordena que otra persona brinde cobertura del plan de salud para su hijo dependiente inscrito, y esa cobertura se brinda de hecho, puede eliminar al hijo de su cobertura. El hijo se eliminará de manera prospectiva.

¿Qué sucede cuando mi dependiente pierde la elegibilidad?

Debe eliminar a los dependientes no elegibles cuando ya no cumplan con los criterios de elegibilidad del Programa SEBB. Elimine al dependiente de su cuenta en SEBB My Account, o envíe su formulario de *Cambio de empleado escolar* contestado a su oficina de nóminas o beneficios. El formulario debe enviarse en SEBB My Account o debe ser recibido por la oficina de nóminas o beneficios **dentro de un plazo de 60 días** del último día del mes en el que el dependiente ya no cumpla con los criterios de elegibilidad de SEBB. Si un hijo dependiente de 26 años de edad o más con una discapacidad ya no es elegible, debe enviar una notificación por escrito al Programa SEBB. Su dependiente será eliminado de la cobertura el último día del mes en que ya no cumpla con los criterios de elegibilidad.

Las consecuencias de no presentar el cambio dentro del plazo de 60 días se explican en WAC 182-31-150(2)(a). Las consecuencias pueden incluir (entre otras):

- El dependiente puede perder su elegibilidad para continuar en la cobertura médica, dental o de cuidado de la vista de SEBB mediante una de las opciones de continuación de cobertura que se describen en WAC 182-31-130. Consulte la sección "Cuando termina la cobertura" en la página 72.
- Se le pueden facturar a usted las reclamaciones pagadas por el plan de salud por los servicios prestados después de que el dependiente haya perdido la elegibilidad.
- Es posible que usted no pueda recuperar las primas de seguro pagadas por el suscriptor por los dependientes que perdieron la elegibilidad.
- Usted puede ser responsable de las primas pagadas por el estado por la cobertura del plan de salud de un dependiente después de que el dependiente perdió la elegibilidad. Consulte la sección "Cuando termina la cobertura" en la página 72.

¿Qué ocurre si fallezco, o si mi dependiente fallece?

Consulte la sección "Cuando termina la cobertura" en la página 72.

¿Cuándo me inscribo?

Debe inscribirse **dentro de un plazo de 31 días** de volverse elegible para los beneficios de SEBB. Si no se inscribe, se le inscribirá automáticamente como suscriptor individual. Consulte la sección "¿Estoy obligado a inscribirme? ¿Qué sucede si no rechazo la cobertura ni me inscribo?" más adelante. También puede tener la opción de rechazar su inscripción. Consulte la sección "Rechazar la cobertura" en la página 20.

¿Cómo me inscribo?

La forma más sencilla de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes es en nuestro sistema de inscripción en línea, SEBB My Account, en **myaccount.hca.wa.gov**. Vea los detalles en estas páginas:

- "Guía de inicio rápido" en la página 6.
- “Cómo usar SEBB My Account” en la página 10.
- "Cómo inscribirse con SEBB My Account" en la página 11.

Si no puede acceder a internet para inscribirse, use el formulario de *Inscripción de empleados escolares,* disponible en su oficina de nóminas o beneficios. Debe inscribir a su dependiente y cargar sus documentos de verificación a través de SEBB My Account (o su oficina de nóminas o beneficios debe recibirlos) **a más tardar 31 días** después de que usted sea elegible para los beneficios de SEBB. Hay una lista de los documentos que aceptaremos como comprobantes en la página 15.

Si no se inscribe en SEBB My Account o si los documentos no se reciben a tiempo, sus dependientes no podrán inscribirse y usted no podrá inscribirlos hasta la siguiente inscripción abierta anual, o hasta que haya un evento de inscripción abierta especial que le permita inscribir a un dependiente.

Si es elegible, su inscripción a seguro básico de vida, seguro básico de muerte y desmembramiento accidental (AD&D) y seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) pagado por el empleador se hará de manera automática. También será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado, a menos que usted rechace esta cobertura. Si más adelante decide inscribirse o aumentar la cobertura, tendrá que proporcionar una evidencia de asegurabilidad y recibir la aprobación de la aseguradora. Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.

También podría querer:

- Reducir, aumentar o rechazar el seguro de LTD pagado por el empleado. Puede hacer esto en cualquier momento. Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.
- Inscribirse en un seguro suplementario de vida y AD&D (consulte la página 51). Si se pasa la fecha límite para inscribirse en un seguro de vida suplementario o para solicitar una cobertura que supere el monto de la cobertura garantizada, deberá entregar una evidencia de asegurabilidad para inscribirse. Recuerde que los aumentos futuros en los montos de cobertura de seguro de vida requerirán una evidencia de asegurabilidad. No se requiere evidencia de asegurabilidad para el seguro suplementario de AD&D.
- Inscribirse en un acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico, en un FSA de propósito limitado, o en el programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP). Visite el sitio de internet de Navia en **sebb.naviabenefits.com**.

Formularios adicionales necesarios para dependientes

Cuando inscriba a uno de los dependientes que se describen a continuación, además de inscribirlo en SEBB My Account o de entregar un formulario de *Inscripción de empleado escolar,* también debe entregar los formularios correspondientes durante su inscripción.

Declaración de situación tributaria de SEBB: Entregue este formulario al inscribir a un dependiente extendido, una pareja doméstica registrada en el estado o sus hijos elegibles, sin importar su situación tributaria, y para cualquier otro dependiente que inscriba y que no se considere su dependiente para efectos de los impuestos federales.

Certificación de un hijo con discapacidad de SEBB: Después de cumplir 26 años, su hijo puede ser elegible para la inscripción en su plan de salud del Programa SEBB si la discapacidad física o de desarrollo de su hijo ocurrió antes de los 26 años, y es incapaz de un empleo autosuficiente y depende principalmente de usted para su apoyo y mantenimiento.

Certificación de dependiente extendido de SEBB: Para ser considerado para la inscripción en la cobertura del plan de salud de SEBB como dependiente extendido, se deben cumplir todas las siguientes condiciones:

- El dependiente extendido no debe ser su hijo biológico, adoptivo, por matrimonio o por una pareja doméstica registrada en el estado.
- Usted, su cónyuge o su pareja doméstica registrada en el estado son el tutor legal o tienen la custodia legal del niño.
- La residencia oficial del menor es con el tutor o custodio.
- Usted ha entregado una orden judicial válida que muestra que usted, su cónyuge o su pareja doméstica registrada en el estado tienen custodia legal o tutela.
- El menor no es un hijo de acogida, a menos que usted, su cónyuge o su pareja doméstica registrada en el estado hayan asumido una obligación legal de manutención en previsión de la adopción.

¡Es bueno saberlo!

Encuentre su formulario:

Los formularios están disponibles en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee** en la pestaña *Forms & publications (Formularios y publicaciones)*.

¿Estoy obligado a inscribirme? ¿Qué sucede si no rechazo la cobertura ni me inscribo?

Si su empleador determina que usted es elegible para los beneficios de SEBB, estará obligado a inscribirse en SEBB o a rechazarlo dentro de los plazos del Programa SEBB. Puede rechazar su inscripción en la cobertura médica de SEBB si está inscrito en el seguro médico colectivo de otro empleador, un plan TRICARE o Medicare. Si rechaza la inscripción en el plan médico de SEBB, será inscrito en el plan dental y de cuidado de la vista de SEBB.

Debe indicar su intención de inscribirse o rechazar la inscripción en SEBB My Account o enviando un formulario de *inscripción de empleado escolar* a su oficina de nóminas o beneficios. Consulte la sección "Rechazar la cobertura" en la página 20 para ver las instrucciones y los plazos.

Excepción: Puede rechazar su inscripción en la cobertura médica de SEBB para inscribirse en el plan médico de la Junta de Beneficios para Empleados Públicos (PEBB) solamente si también está inscrito en el plan dental de PEBB. Al hacerlo, también renuncia a su inscripción en los planes dental y de cuidado de la vista de SEBB.

Si no se inscribe ni rechaza la inscripción:

- Lo inscribiremos automáticamente como suscriptor individual en los planes Uniform Medical Plan (UMP) Achieve 1 de cobertura médica, Uniform Dental Plan, cuidado de la vista de MetLife, seguro básico de vida, seguro básico de AD&D y seguro de LTD pagado por el empleador (si usted es elegible).
- También será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.
- Se le cobrará una prima mensual de $42 por su cobertura médica y un recargo de $25 por consumo de tabaco. Puede cambiar su declaración sobre consumo de tabaco en cualquier momento. Consulte "Recargos de primas" en la página 24.
- Sus dependientes no serán inscritos.
- No puede cambiar de planes ni añadir a sus dependientes elegibles hasta la siguiente inscripción abierta anual, a menos que le ocurra un evento de inscripción abierta especial que le permita hacer el cambio. Consulte la sección "Cambios a su cobertura" en la página 66.
- Si está inscrito en la cobertura del plan de salud de SEBB de su cónyuge, pareja doméstica registrada en el estado, padre o madre, se le eliminará de esa cobertura.
- Si es elegible para inscribirse en los programas SEBB y PEBB, usted estará limitado a una sola inscripción en los planes médico, dental y de cuidado de la vista (en el programa SEBB) o en los planes médico y dental (en el programa PEBB). Si no actúa para resolver una inscripción dual, el Programa SEBB o el Programa PEBB lo inscribirán o cancelarán su inscripción automáticamente, como se describe en el WAC 182-31-070(6).

¿Puedo inscribirme en dos cuentas de SEBB?

No. La cobertura médica, dental y de cuidado de la vista se limita a una sola inscripción por persona en SEBB.

Sin embargo, si usted es un empleado elegible y también es elegible como dependiente bajo la cuenta de SEBB de su cónyuge, pareja doméstica registrada en el estado, padre o madre, puede elegir una de estas opciones:

- Rechazar la cobertura médica de SEBB con su propia cuenta y, en su lugar, seguir inscrito en el plan médico de SEBB en la cuenta de su cónyuge, pareja doméstica registrada por el estado, padre o madre. Deben eliminarlo de sus coberturas dental y de cuidado de la vista. Usted debe inscribirse en la cobertura dental y de la vista y en el seguro básico de vida, seguro básico de muerte accidental y desmembramiento (AD&D), y el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador de SEBB con su propia cuenta (si es elegible). También será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado (si usted es elegible) a menos que usted rechace la cobertura. Consulte la sección "Rechazar la cobertura" en la página 20.
- Inscribirse en el plan médico de SEBB, así como en las coberturas dental y de cuidado de la vista y en el seguro básico de vida, seguro básico de AD&D y seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador de SEBB, si es elegible, en su propia cuenta. También será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado (si usted es elegible), a menos que usted rechace la cobertura. Deben eliminarlo como dependiente de las otras coberturas médicas, dentales y de cuidado de la vista.

¿Puedo inscribirme al mismo tiempo en los planes de salud de SEBB y PEBB?

No, no puede inscribirse al mismo tiempo en PEBB y SEBB. Puede **rechazar** su cobertura médica de SEBB para inscribirse en el plan médico de PEBB, pero solamente si también está inscrito en el plan dental de PEBB. Al hacerlo, usted renuncia a su inscripción en los planes dental y de cuidado de la vista de SEBB.

Si está inscrito en planes de salud de SEBB y PEBB al mismo tiempo, el Programa SEBB o el Programa PEBB lo inscribirán o cancelarán su inscripción como se describe en el WAC 182-31-070(6).

En el caso de empleados y sus cónyuges inscritos en Medicare, los planes médicos de SEBB brindan cobertura primaria y la cobertura de Medicare usualmente es secundaria.

Rechazar el plan médico de SEBB o eliminar a su dependiente elegible para Medicare

Usted puede decidir rechazar a su inscripción a la cobertura médica de SEBB y tener a Medicare como su cobertura médica primaria. Sin embargo, permanecerá inscrito en las coberturas dental y de cuidado de la vista de SEBB, así como en su seguro básico de vida, seguro básico de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) y seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador, si es elegible. Seguirá inscrito en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado (si es elegible), a menos que usted lo rechace. Consulte la sección "Rechazar la cobertura" en la página 20.

También puede decidir eliminar a un dependiente que se inscriba en la Parte A y la Parte B de Medicare como un evento de inscripción abierta especial. Consulte "Cambios que puede hacer con una inscripción abierta especial" en la página 68.

Si rechaza la cobertura médica de SEBB para usted o elimina a su dependiente, usted o su dependiente solamente pueden volver a inscribirse durante la siguiente inscripción abierta anual (para una cobertura que entra en vigor el 1 de enero del año siguiente), o si a usted o su dependiente les ocurre un evento de inscripción abierta especial que permita que usted o su dependiente se inscriban. Consulte "Cambios que puede hacer con una inscripción abierta especial" en la página 68.

Diferimiento de Medicare

Cuando usted o su dependiente cubierto se vuelvan elegibles para las partes A y B de Medicare, ya sea por edad o discapacidad, el miembro elegible para Medicare debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración del Seguro Social para preguntar sobre las ventajas de la inscripción inmediata o diferida en Medicare. Encuentre la información de contacto de su oficina local en el sitio de internet de la Administración del Seguro Social en **ssa.gov/agency/contact**.

En la mayoría de los casos, los empleados y su cónyuges cubiertos por un plan médico de SEBB pueden diferir su inscripción en la Parte B de Medicare e inscribirse en la Parte B más adelante, cuando dejen su empleo, sin pagar una multa por inscripción tardía. Si es elegible para la Parte A de Medicare sin primas, puede inscribirse en la Parte A de Medicare en cualquier momento después de que sea elegible para Medicare por primera vez. Si recibe un beneficio mensual del Seguro Social, no puede diferir la Parte A de Medicare. Puede inscribirse en la Parte B de Medicare durante un período de inscripción especial cuando deje su empleo o se jubile.

Cómo decidir sobre la parte D de Medicare

La parte D de Medicare está disponible para las personas inscritas en la parte A o la parte B de Medicare. Es un programa voluntario que ofrece beneficios de medicamentos recetados a través de planes privados. Estos planes brindan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare.

Todos los planes médicos de SEBB disponibles para los empleados brindan cobertura acreditable de medicamentos recetados, lo que significa que es tan buena o mejor que la cobertura de la Parte D de Medicare.

Cuando se inscriba en la parte A o B de Medicare, puede conservar su cobertura de seguro de SEBB y no pagar una multa por inscripción tardía en la parte D de Medicare si en el futuro decide inscribirse en un plan de la parte D de Medicare. Para evitar una multa en sus primas, no puede estar sin cobertura acreditable de medicamentos recetados por más de dos meses completos. Si se inscribe en un plan de la parte D de Medicare, su plan médico de SEBB podría no coordinar sus beneficios de medicamento recetados con ese plan.

Si pierde o cancela su cobertura médica de SEBB

Para evitar pagar una prima más alta, debe inscribirse en un plan de la parte D de Medicare dentro un plazo de dos meses de que termine su cobertura médica de SEBB, a menos que tenga otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Si no se inscribe dentro del plazo de dos meses completos, podría tener que esperar para tener cobertura, y la prima mensual de su plan de la parte D de Medicare puede aumentar en un 1 por ciento de la prima nacional básica para beneficiarios por cada mes que no tenga cobertura acreditable.

Si se inscribe o finaliza (cancela) la inscripción en la Parte D de Medicare, es posible que necesite un "aviso de cobertura acreditable" para demostrar a Medicare o al plan de medicamentos recetados que ha tenido cobertura continua de medicamentos recetados para volver a inscribirse en una fecha posterior sin multas. Puede llamar al Programa SEBB al 1-800-200-1004 para solicitar un aviso de cobertura acreditable.

Cuando se jubile

Si se jubila y es elegible para la cobertura de seguro para jubilados de PEBB (consulte la sección "Cuándo termina la cobertura" en la página 72), usted y sus dependientes inscritos deben inscribirse y permanecer inscritos en las partes A y B de Medicare, si son elegibles, para poder inscribirse o seguir inscritos en un plan de salud para jubilados de PEBB. Medicare se convertirá en el asegurador principal, y la cobertura médica de PEBB se vuelve secundaria.

Tome en cuenta las fechas límite para inscripción

Asegúrese de entender los plazos de inscripción de Medicare, especialmente si dejará su empleo pocos meses después de que usted o su dependiente cubierto se vuelvan elegibles para Medicare.

Rechazo de la inscripción

¿Puedo rechazar la inscripción?

Si es elegible para beneficios de SEBB, puede renunciar a su inscripción en la cobertura médica de SEBB si está inscrito en otro seguro médico grupal por el empleador, un plan TRICARE o Medicare. Una situación específica también le permite rechazar su inscripción en los planes dental y de cuidado de la vista de SEBB. Consulte "¿Puedo rechazar a SEBB e inscribirme en PEBB?", más adelante.

Si rechaza su inscripción en la cobertura médica

- Aún debe inscribirse en la cobertura dental y de la vista y en el seguro básico de vida, seguro básico de muerte accidental y desmembramiento (AD&D), y el seguro básico de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador de SEBB. También será inscrito en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado, si es elegible, a menos que usted lo rechace.
- No puede inscribir a sus dependientes elegibles en la cobertura médica de SEBB, pero puede inscribirlos en la cobertura dental y de cuidado de la vista de SEBB.
- Los recargos a las primas no se aplicarán a usted.
- Es elegible para participar en el programa de bienestar SmartHealth, pero no puede recibir los incentivos de bienestar.
- Puede inscribirse en un seguro de vida suplementario, un seguro de AD&D suplementario, el acuerdo de gastos flexibles médicos flexibles (FSA), el FSA de propósito limitado y el Programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP).

¿Cómo rechazo la cobertura médica?

Para rechazar la cobertura médica de SEBB, use SEBB My Account o entregue el formulario de *inscripción del empleado escolar* (consulte a su oficina de nómina o beneficios para obtener el formulario) **a más tardar 31 días** después de volverse elegible para beneficios de SEBB. También puede rechazar la cobertura médica durante una inscripción abierta anual o durante una inscripción abierta especial.

Puede rechazar la inscripción en un plan médico de SEBB para inscribirse en un plan médico de PEBB solamente si también está inscrito el plan dental de PEBB. Al hacerlo, usted renuncia a su inscripción en los planes dental y de cuidado de la vista de SEBB. No puede inscribirse al mismo tiempo en los planes de salud de SEBB y PEBB. Consulte la sección "Cambios a su cobertura" en la página 66.

¡Es bueno saberlo!

¿Qué es un coaseguro?

Conozca las definiciones de términos como coaseguro, copago, deducible y desembolso propio en las páginas 28 y 29.

¿Qué ocurre si ya estoy inscrito en una cobertura de plan de salud de SEBB?

No puede inscribirse en dos cuentas SEBB. Si es un empleado que se ha vuelto elegible y que ya está inscrito en una cobertura de plan de salud como dependiente en la cuenta de SEBB de su cónyuge, su pareja doméstica registrada en el estado, su padre o su madre, puede elegir una de estas opciones:

- Rechazar la cobertura médica de SEBB y seguir inscrito en la cobertura médica de la cuenta de SEBB de su cónyuge, su pareja doméstica registrada en el estado, su padre o su madre. Usted debe inscribirse en un seguro dental y de la vista, seguro básico de vida, seguro básico de muerte accidental y desmembramiento (AD&D), y el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador de SEBB con su propia cuenta. Será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado, si es elegible. Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55. Su cónyuge, pareja doméstica registrada en el estado, padre o madre debe usar SEBB My Account o entregar el formulario de *Cambio de empleado de SEBB* para eliminarlo de su propia cobertura dental y de cuidado de la vista, para evitar que esté inscrito dos veces en la cobertura dental y de cuidado de la vista de SEBB.
- Inscríbase en la cobertura del plan de salud de SEBB con su propia cuenta. Para hacerlo, use SEBB My Account o entregue el formulario de *inscripción de empleado escolar* a su oficina de nóminas o beneficios para que el cambio se haga o se reciba **a más tardar 31 días** después de la fecha en que se vuelva elegible para los beneficios de SEBB. Su cónyuge, pareja doméstica registrada en el estado, padre o madre deben para eliminarlo de su propia cuenta de SEBB para evitar que tenga dos inscripciones en la cobertura del plan de salud de SEBB.

¿Cómo me inscribo en el futuro si rechacé la cobertura médica?

Si rechaza la inscripción en SEBB, puede inscribirse solamente durante la siguiente inscripción abierta anual (para una cobertura que entra en vigor el 1 de enero del año siguiente), o si le ocurre un evento de inscripción abierta especial que le permita hacerlo. Consulte "Cambios que puede hacer con una inscripción abierta especial" en la página 68.

¿Qué sucede si no me inscribo en la cobertura médica, o si la rechazo?

Si es elegible para recibir las contribuciones del empleador a los beneficios de SEBB pero no se inscribe o rechaza su inscripción en SEBB dentro de los plazos del programa, lo inscribiremos automáticamente como suscriptor individual en los planes Uniform Medical Plan (UMP) Achieve 1, Uniform Dental Plan, seguro de cuidado de la vista de MetLife, seguro básico de vida, seguro básico de muerte y desmembramiento accidental (AD&D) y seguro de incapacidad a largo plazo (LTD) pagado por el empleador, si es elegible.

También será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado, si es elegible, por el que usted pagará una prima, a menos que usted rechace la cobertura. Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.

Se le cobrará una prima mensual de $42 por cobertura médica, así como un recargo de $25 a su prima por consumo de tabaco (consulte la página 24).

Puede cambiar su declaración de consumo de tabaco en cualquier momento a través de SEBB My Account en **myaccount.hca.wa.gov** o enviando un formulario de *Cambio de declaración de recargos de la prima de SEBB* a su oficina de nóminas o beneficios. Consulte "Recargos de primas" en la página 24.

Si está inscrito en la cobertura del plan de salud de SEBB de su cónyuge, pareja doméstica registrada en el estado, padre o madre, se le eliminará de esa cobertura.

Si se le inscribe automáticamente, no podrá cambiar de plan ni inscribir a sus dependientes elegibles hasta la próxima inscripción abierta anual del Programa SEBB, a menos que le ocurra un evento especial de inscripción abierta que permita el cambio.

¿Puedo rechazar a SEBB e inscribirme en PEBB?

Sí, siguiendo ciertas reglas. Puede rechazar su inscripción en un plan médico de SEBB para inscribirse en un plan médico de la Junta de Beneficios para Empleados Públicos (PEBB, por sus siglas en inglés) solamente si también está inscrito el plan dental de PEBB. Al hacerlo, usted renuncia a su inscripción en los planes dental y de cuidado de la vista de SEBB.

Pago de los beneficios

¿Qué paga mi empleador?

Si es elegible para los beneficios de SEBB, su empleador paga una parte de la prima médica y la totalidad de la prima de cobertura dental y de cuidado de la vista para usted y sus dependientes.

Su empleador también paga las primas del seguro básico de vida, seguro básico de AD&D y seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador (si es elegible). Usted no paga nada por estos beneficios básicos.

¿Qué pago yo?

Primas mensuales

Usted paga una prima médica mensual por usted y por los dependientes inscritos en su cuenta. Sus primas médicas pagan un mes calendario completo de cobertura. Usted también pagará una prima mensual por cualquier seguro suplementario y pagado por el empleado que contrate, como se describió a continuación. Su prima mensual no puede prorratearse por ningún motivo, incluso cuando un miembro muere antes de fin de mes. Consulte las páginas 40 a 50 para ver las primas y otros costos.

Recargos a las primas

Además de su prima médica mensual, se le puede cobrar un recargo de $25 por cuenta por consumo de tabaco y un recargo de $50 por cobertura de su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado. Consulte "Recargos de primas" en la página 24 para ver los detalles.

Desembolsos propios

Usted es responsable de pagar los desembolsos propios por deducibles, coseguros o copagos por los servicios de los planes médicos, dentales y de cuidado de la vista que elija. Consulte la comparación de beneficios médicos, dentales y de cuidado de la vista en las páginas 40 a 50 para ver una comparación directa de muchos beneficios y costos comunes para los servicios de cada plan.

Seguro suplementario y pagado por el empleado

Puede comprar un seguro de vida suplementario y un seguro AD&D suplementario para usted y sus dependientes elegibles. Será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado, aunque usted puede reducirlo a un nivel de cobertura con menor costo o rechazarlo en cualquier momento. Si más adelante decide inscribirse o aumentar la cobertura de LTD pagado por el empleador, tendrá que proporcionar una evidencia de asegurabilidad y recibir la aprobación de la aseguradora. Consulte "Seguro de vida y AD&D" en la página 51 y "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.

¿Cuánto pagaré por mis primas médicas mensuales?

Consulte la "Comparación de beneficios médicos y primas de SEBB 2023" en la página 40. Los empleados no pagan primas por la cobertura dental o de cuidado de la vista.

Deducciones de nómina e impuestos

Las primas mensuales de su plan médico y los recargos correspondientes se deducen de su cheque de nómina antes de impuestos, de acuerdo con el plan estatal de pago de primas, a menos que usted solicite lo contrario.

Excepción: Si inscribe a un dependiente que no cumpla los requisitos de un dependiente tributario (es decir, una pareja doméstica registrada en el estado), las primas médicas mensuales y los recargos aplicables a esas primas que correspondan a esos dependientes se deducirán de su cheque de nómina después de calcular los impuestos. Sin embargo, usted podrá pagar las primas de su propia cobertura de seguro con deducciones de nómina antes de impuestos. Si inscribe a un dependiente que no cumpla los requisitos de un dependiente tributario, entregue la *Declaración de situación tributaria de SEBB*.

¿Por qué querría pagar mis primas mensuales con dinero antes de impuestos?

Pagar las primas antes de impuestos le permite conservar más dinero de su cheque de nómina, porque la prima, los recargos correspondientes y las contribuciones se deducen antes de calcular los impuestos. Esto reduce sus ingresos imponibles, lo que reduce sus impuestos.

¿Me beneficiaría que no se hagan las deducciones antes de impuestos?

Deducir las primas antes de impuestos puede afectar los siguientes beneficios:

Seguro Social: Si su salario base es menor que el máximo anual imponible federal (búsquelo en el sitio de internet de la Administración del Seguro Social en **ssa.gov/oact/cola/cbb.htm**l), pagar sus primas antes de impuestos reduce los impuestos del Seguro Social que paga ahora. Sin embargo, sus ingresos de por vida del Seguro Social se calcularían utilizando el salario más bajo, lo que reducirá su beneficio del Seguro Social cuando se jubile.

Compensación por desempleo: Pagar sus primas antes de impuestos también reduce el salario base utilizado para calcular su compensación por desempleo.

Para obtener más información sobre las leyes tributarias y sus efectos sobre otros beneficios, hable con un planificador financiero calificado o especialista en impuestos, o visite la oficina del Seguro Social de su localidad.

¡Es bueno saberlo!

Cómo cambiar sus pagos antes de impuestos

Si no desea que se paguen sus primas médicas de SEBB o los recargos de las primas aplicables con ganancias antes de impuestos, debe enviar el *Formulario de elección/cambio del plan de pago de la prima de SEBB* a su oficina de nóminas o beneficios.

¿Puedo cambiar de opinión sobre la retención de mis primas médicas antes de impuestos?

Sí. Puede excluirse o incluirse en el plan de pago de primas del estado durante la inscripción abierta anual del Programa SEBB o si le ocurre un evento de inscripción abierta especial aplicable que le permita hacer el cambio. Consulte "Cambios que puede hacer con una inscripción abierta especial" en la página 68.

Recargos a las primas

Se pueden aplicar dos recargos a sus primas si está inscrito en un plan médico de SEBB:

- Recargo a la prima por consumo de tabaco
- Recargo a la prima por la cobertura del cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado

Si no hace la declaración (contesta) sobre estos recargos dentro de los plazos del Programa SEBB que se explican a continuación, o si su declaración indica que los recargos son aplicables a usted, se pueden añadir los recargos a sus primas médicas mensuales.

Para ver más información sobre los recargos a las primas, visite la página de internet de *Recargos* en **hca.wa.gov/sebb-employee**.

Recargo a la prima por consumo de tabaco

Se le cobrará un recargo de $25 por cuenta debido al consumo de tabaco además de la prima mensual de su plan médico si usted o cualquiera de sus dependientes (de 13 años de edad o más) que esté inscrito en su cobertura médica de SEBB ha consumido un producto de tabaco en los últimos dos meses.

El recargo no se aplicará si:

- Usted y todos los dependientes inscritos mayores de 18 años que consumen productos de tabaco están inscritos en un programa para dejar el tabaco a través de nuestro plan médico, o
- Los dependientes inscritos de 13 a 17 años de edad que consumen productos de tabaco han obtenido acceso a información y recursos del sitio de internet Smokefree Teen en **teen.smokefree.gov**.

No tiene que hacer declaraciones respecto a sus dependientes inscritos de 12 años de edad o menos. No necesita declarar cuando el dependiente cumple 13 años de edad, a menos que el dependiente consuma o empiece a consumir productos de tabaco.

Si un proveedor determina que dejar el consumo de tabaco o participar en el programa para dejar de fumar de su plan médico afectaría negativamente su salud o la de su dependiente, consulte sus opciones en la Póliza Administrativa 91-1 del Programa SEBB, en la página de internet Reglas y políticas de SEBB en **hca.wa.gov/sebb-rules**.

¡Es bueno saberlo!

Si no hace su declaración, se le hará el cobro

Se le cobrará un recargo mensual de $25 por cuenta por consumo de tabaco si no hace su declaración por todos los dependientes inscritos de 13 años de edad o más, o si su declaración indica que el recargo se aplica a usted.

Se le cobrará un recargo mensual de $50 si inscribe a su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado y no declara, sobre el recargo a la prima por la cobertura de su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado, o si su declaración indica que el recargo se aplica a usted.

Cómo declarar si le corresponde este recargo

Para saber si el recargo por consumo de tabaco se aplica a su cuenta, use la *Hoja de ayuda de certificación de recargo de prima de SEBB* al final de esta guía.

Debe hacer su declaración cuando se inscriba, ya sea en línea en SEBB My Account o entregando el formulario de *Inscripción de empleado escolar* a su oficina de nóminas o beneficios. Solicite el formulario en su oficina de nóminas o beneficios.

Cómo informar un cambio en el consumo de tabaco

Puede informar un cambio en el consumo de tabaco en cualquier momento si:

- Cualquier dependiente inscrito de 13 años de edad o más empieza a consumir productos de tabaco.
- Usted o su dependiente inscrito no han consumido productos de tabaco en los últimos dos meses.
- Usted o su dependiente inscrito que tenga 18 años de edad o más y consuman productos de tabaco se inscriben en el programa gratuito para dejar de fumar a través de su plan médico del Programa SEBB.
- Su dependiente inscrito que tiene entre 13 y 17 años de edad y consume productos de tabaco accede a los recursos para dejar de fumar en el sitio de internet Smokefree Teen en **teen.smokefree.gov**.

Puede informar del cambio en el consumo de productos de tabaco en cualquier momento de dos formas:

- Vaya a SEBB My Account en **myaccount.hca.wa.gov** para cambiar su declaración.
- Entregue un formulario de *Cambio de declaración de recargos de la prima de SEBB* a su oficina de nóminas o beneficios. El formulario está disponible en la sección *Forms & publications (Formularios y publicaciones)* del sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee**.

Si el cambio en el consumo de tabaco que informe significa que el recargo se aplica a usted, el recargo entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su cambio de situación.

Si ese día es el primer día del mes, el recargo inicia en ese día.

Si el cambio en el consumo de tabaco indica que el recargo ya no se aplica a usted, el recargo se eliminará de su cuenta en el primer día del mes siguiente a que recibamos su nueva declaración. Si ese día es el primer día del mes, el cambio en su cuenta iniciará ese mismo día.

¡Es bueno saberlo!

¿Está listo para dejar el tabaco?

¡Su plan médico puede ayudarle a vivir sin tabaco! Usted y sus dependientes inscritos de 18 años de edad o más pueden inscribirse en un programa para dejar el tabaco a través de su plan médico. Visite nuestra página de internet *Vivir sin tabaco* en **hca.wa.gov/tobacco-free** para ver cómo empezar.

En el caso de dependientes inscritos de 17 años o menos, contacte a su plan médico para averiguar qué programas ofrecen. Hay recursos adicionales disponibles en **teen.smokefree.gov**.

Recargo a la prima por la cobertura del cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado

Si no inscribe a un cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado en su cobertura médica de SEBB, este recargo de la prima no se aplica a usted y no necesita declarar respecto a él.

Se le cobrará un recargo de $50 a su prima adicional a su prima médica mensual si inscribe a su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado en su cobertura médica de SEBB, y se aplica una de las siguientes condiciones:

- Esa persona eligió no inscribirse en otro seguro médico colectivo de un empleador que era comparable al plan clásico del Uniform Medical Plan (UMP) de la Junta de Beneficios de Empleados Públicos (PEBB).
- Usted no hace su declaración antes de la fecha límite establecida.
- Su respuesta a la declaración indica que le corresponde pagar el recargo.

Cómo declarar si le corresponde este recargo

Si inscribe a un cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado en su cobertura médica de SEBB, vaya a la sección *Spouse or state-registered domestic partner coverage premium surcharges (Recargos a las primas por cobertura del cónyuge o la pareja doméstica registrada en el estado)* en SEBB My Account o use la *Hoja de ayuda de declaración de recargos a las primas* que está al final de esta guía para averiguar este recargo a las primas se aplica a usted. Después, haga su declaración SEBB My Account o use el formulario de *Inscripción de empleado escolar*. Si usa este formulario, entréguelo a su oficina de nóminas o beneficios.

Si inscribe a un cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado en su cobertura médica de SEBB, pero no responde al recargo, o si su declaración indica que le corresponde paga el recargo, se le sumará un recargo de $50 a la prima médica mensual por la cobertura del cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado.

Para informar de un cambio a este recargo

Fuera de la inscripción abierta anual, solamente puede informar de un cambio a este recargo dentro de un plazo de 60 días de un cambio en el seguro médico colectivo del empleador de su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado.

Para cambiar su declaración, vaya a SEBB My Account en **myaccount.hca.wa.gov**, o entregue el formulario de *Cambio de declaración de recargos de la prima de SEBB* a su oficina de nóminas o beneficios. El formulario está disponible en la sección *Forms & publications (Formularios y publicaciones)* del sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee**. En la mayoría de los casos, debe proporcionar comprobantes del evento habilitante.

Si envía un cambio que ocasiona que se le cobre el recargo a la prima, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente al cambio de estado. Si ocurre el primer día del mes, el cambio comienza ese día.

Si el cambio resulta en la eliminación del recargo de la prima, el cambio entrará en vigor el primer día del mes posterior a la recepción de la certificación. Si ocurre el primer día del mes, el cambio comienza ese día.

¡Es bueno saberlo!

Recargos a las primas y dependientes

Cuando inscribe a dependientes (de 13 años de edad o más) en su cobertura médica de SEBB, debe declarar en SEBB My Account o en su formulario de inscripción si el recargo a la prima por consumo de tabaco se aplica a cada dependiente que inscriba.

Si inscribe a un cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado, debe declarar si se aplica el recargo a la prima por la cobertura del cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado.

Consulte la *Hoja de ayuda de certificación de recargo de prima de SEBB* al final de esta guía para ver los detalles.

Elección de sus beneficios

El Programa SEBB y nuestros proveedores de planes de beneficios tienen una variedad de herramientas para ayudarle a elegir los planes que más le convengan y decidir en qué beneficios adicionales quiere inscribirse.

Tablas de comparación de beneficios

Encontrará tablas de comparación de beneficios de los planes de salud en la guía y en las páginas de internet para *empleados escolares* en **hca.wa.gov/sebb-employee**. Estas tablas le ayudará a comparar los costos y la disponibilidad de las características más utilizadas de los planes. Consulte la "Comparación de beneficios médicos y primas de SEBB 2023" en la página 40; la "Comparación de beneficios dentales" en la página 47; y la "Comparación de beneficios de cuidado de la vista" en la página 49.

Folletos de beneficios

Los planes de salud distribuyen folletos de beneficios, también llamados certificados de cobertura (COC) o evidencias de cobertura, que contienen información detallada sobre los beneficios del plan y lo que cubre y no cubre. Puede encontrar los COC de todos los planes de salud de SEBB en la página de internet *Planes médicos y beneficios* en **hca.wa.gov/sebb-employee**.

Resumen de beneficios y cobertura

La Ley de Atención Asequible federal exige que se proporcionen resúmenes de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a entender los beneficios del plan y los términos médicos. Los SBC le ayudan a comparar cosas como:

- Si hay servicios que un plan no cubre.
- Lo que no se incluye en el límite de desembolso propio de un plan.
- Si necesita una derivación para consultar a un especialista.
- El Programa SEBB y los planes médicos entregan los SBC, o le explican cómo obtenerlos, en diferentes momentos del año (como cuando solicita cobertura o renueva su plan). Los SBC están disponibles (si los solicita) en su idioma de preferencia.

Puede obtener los SBC en la página de internet de *Planes médicos y beneficios* en **hca.wa.gov/sebb-employee**, o en los sitios de internet de los planes médicos. También puede llamar al servicio al cliente del plan o al Programa SEBB al 1-800-200-1004 para solicitar una copia sin costo. Los sitios web de los planes médicos y los números de teléfono de servicio al cliente se muestran al principio de esta guía.

Los SBC no reemplazan a las comparaciones de los planes médicos ni a los certificados de cobertura de los planes.

Feria virtual de beneficios

La feria virtual de beneficios es una forma conveniente de conocer sus opciones de beneficios a través de una experiencia en línea que está disponible en cualquier momento, de día o de noche. Use su computadora, tableta o teléfono inteligente para visitar y explorar a su propio ritmo.

En la feria virtual de beneficios cada compañía de seguros y administrador de planes tiene un puesto que muestra información sobre sus opciones de planes. Puede obtener información sobre planes médicos, dentales y de cuidado de la vista, así como seguros de vida, seguros de muerte y desmembramiento accidental (AD&D), seguros de incapacidad a largo plazo, el acuerdos de gastos flexibles médico (FSA), las FSA de propósito limitado, el programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP), y SmartHealth (nuestro programa voluntario de bienestar). Obtendrá enlaces a videos, contenido descargable y más información para ayudarlo a elegir los mejores planes para usted y sus dependientes. Visite la feria virtual de beneficios en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/vbf-sebb**.

¡Es bueno saberlo!

Información en línea, 24/7

La feria virtual de beneficios está diseñada para ayudar a contestar sus preguntas acerca de los planes y los beneficios. Visite el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/vbf-sebb.**

Ferias presenciales de beneficios

Cuando las condiciones lo permiten, el programa SEBB ofrece ferias presenciales de beneficios durante la inscripción abierta en varias partes del estado. Esté atento a los anuncios en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/erb** y en la edición de octubre del boletín informativo *Intercom*.

Seguro suplementario de vida y AD&D

Además de su seguro de vida y muerte y desmembramiento accidental (AD&D) pagado por su empleador, usted puede contratar una mayor cobertura para usted y su familia. Consulte la sección "Seguro de vida y AD&D" en la página 51.

Seguro de LTD pagado por el empleado

Si es elegible para el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador, también será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado, aunque usted puede rechazar la cobertura. Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.

Siguiente paso

En las siguientes páginas, en "Seleccionar un plan médico" verá más información que debe tomar en cuenta al hacer sus selecciones. Además, consulte "Seleccionar un plan dental" en la página 46 y "Seleccionar un plan de cuidado de la vista" en la página 48.

Seleccionar un plan médico

Al elegir su plan médico, asegúrese de reflexionar en cómo podría influir en su atención general. Esto es de especial importancia si tiene un embarazo de alto riesgo, si está recibiendo tratamiento, si tiene una afección crónica (como diabetes, enfermedad cardíaca, depresión o cáncer) o si está tomando un medicamento de alto costo. Si cubre a dependientes elegibles, deben inscribirse en los mismos planes médico, dental y de cuidado de la vista. También debe considerar la elegibilidad y disponibilidad del plan.

Elegibilidad

No todas las personas cumplen los requisitos para inscribirse en un plan UMP con deducible alto y una cuenta de ahorros de salud (HSA). Consulte "Plan UMP con deducible alto y una HSA" en la página 30.

Disponibilidad

A todos los empleados escolares se les ofrece una selección de planes de acuerdo con su condado de residencia o el condado en el que está su distrito escolar, escuela autónoma o distrito de servicios educativos. Debe vivir o trabajar en el área de servicio del plan médico para inscribirse en el plan. **Excepciones:** Para inscribirse en un plan Kaiser Permanente, debe vivir o trabajar por lo menos el 50 por ciento del tiempo en uno de los condados donde se ofrece; la dirección de su residencia, o del distrito escolar, escuela autónoma o ESD donde trabaje debe estar en el área de servicio de Kaiser Permanente. Los planes Uniform Medical Plan (UMP) están disponibles en todos los condados de Washington y a nivel nacional, excepto por UMP Plus, que exige que usted viva en uno de los condados donde se ofrece. Consulte "Planes médicos SEBB 2023 disponibles por condado" en la página 33. Asegúrese de comunicarse con los planes médicos que le interesan para preguntar por la disponibilidad de proveedores en su condado.

Si se muda fuera del área de servicio de su plan o cambia de trabajo a un distrito escolar, escuela autónoma o distrito de servicios educativos diferente, podría tener que cambiar su plan. Debe informar su nueva dirección y todas sus solicitudes de cambio de plan médico a su oficina de nóminas o beneficios **a más tardar 60 días** después de su mudanza.

¡Es bueno saberlo!

Solamente una cuenta

La cobertura médica, dental y de cuidado de la vista de SEBB se limita a una sola inscripción por persona. Consulte "¿Puedo inscribirme en dos cuentas de SEBB?" en la página 18.

¿Qué tipos de planes están disponibles?

El Programa SEBB ofrece varios tipos de planes médicos.

Planes basados en el valor

Los planes basados en el valor tienen como objetivo proporcionar atención de alta calidad a un costo menor. Los proveedores se han comprometido a seguir prácticas de tratamiento basadas en evidencias, coordinar su atención con otros proveedores en su red y cumplir con criterios específicos sobre la calidad de la atención que brindan. Esto significa que sus proveedores están dedicados a garantizar que reciba la atención adecuada en el momento adecuado, lo que generalmente resulta en desembolsos menores para usted. Los planes que se muestran abajo en negritas son planes basados en el valor.

Planes de atención administrada

Los planes de atención administrada pueden requerir que seleccione un proveedor de atención primaria dentro de la red del plan médico para satisfacer o coordinar todas sus necesidades de servicios de salud. Puede cambiar de proveedores en cualquier momento, por cualquier motivo, dentro de la red contratada. Algunos servicios especializados para pacientes ambulatorios están disponibles en los consultorios médicos participantes de la red sin una derivación. Es posible que este tipo de plan no pague beneficios si consulta a un proveedor no contratado para servicios que no son de emergencia.

Los siguientes planes médicos de SEBB son planes de atención administrada (los planes basados en el valor están en negritas).

- **Kaiser Permanente NW[1] 1**
- **Kaiser Permanente NW[1] 2**
- **Kaiser Permanente NW[1] 3**
- **Kaiser Permanente WA Core 1**
- **Kaiser Permanente WA Core 2**
- **Kaiser Permanente WA Core 3**
- **Kaiser Permanente WA SoundChoice**
- Premera HMO

1 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) ofrece planes en los condados de Clark y Cowlitz en Washington y en ciertos condados de Oregon.

Planes de Organización Proveedora Preferente (PPO).

Los planes PPO le permiten consultar directamente a cualquier proveedor aprobado en la mayoría de los casos, pero generalmente proporcionan un mayor nivel de cobertura si el proveedor tiene un contrato con el plan. Los siguientes planes médicos de SEBB son planes PPO (los planes basados en el valor se muestran en negritas).

- **Kaiser Permanente WA Options Summit PPO 1**
- **Kaiser Permanente WA Options Summit PPO 2**
- **Kaiser Permanente WA Options Summit PPO 3**
- Premera High PPO
- Premera Standard PPO
- UMP Achieve 1, administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services
- UMP Achieve 2, administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services
- **UMP Plus–Puget Sound High Value Network,** administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services
- **UMP Plus–UW Medicine Accountable Care Network,** administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services

Planes de salud con deducibles altos (HDHP)

Un HDHP le permite usar una cuenta de ahorros para gastos de salud exenta de impuestos (HSA) para ayudarle a pagar los gastos médicos por cuenta propia, tienen una prima mensual más baja que la de la mayoría de los planes, un deducible más alto, y un límite de gastos por cuenta propia más alto. Si se inscribe en un plan HDHP, también puede inscribirse en un arreglo de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) de propósito limitado, que le permite separar dinero antes de impuestos para pagar sus gastos dentales y de cuidado de la vista. Consulte "Plan UMP con deducible alto y una HSA" en la página 30.

El programa SEBB tiene un HDHP. Este es un plan PPO.

- UMP con deducible alto, administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services

¿Cómo puedo comparar los planes médicos?

Todos los planes médicos de SEBB cubren los mismos servicios de salud básicos. Varían en otras cosas, como las redes de proveedores, las primas, los desembolsos propios y los formularios de medicamentos. El Programa SEBB tiene una variedad de herramientas y recursos para ayudarle a elegir el mejor plan para usted. Consulte la sección "Elección de sus beneficios" en la página 26.

Diferencias entre los planes médicos que debe tomar en cuenta

Al elegir su plan médico de SEBB, debe tomar en cuenta estas cosas.

Sus proveedores

Si quiere consultar a proveedores específicos, comuníquese con el plan médico de SEBB (no con el proveedor) para ver quiénes participan en la red del plan antes de inscribirse. La información de contacto del plan se encuentra al principio de esta guía. Para ver enlaces a los buscadores de proveedores de los planes, visite la sección *Find a provider (Búsqueda de proveedores)* en el sitio de internet en **hca.wa.gov/sebb-employee**.

Su atención actual

Hable con sus proveedores y especialistas de atención actuales acerca de la forma en que el cambio a un nuevo plan médico puede afectar su atención. Debe averiguar cómo un nuevo plan podría afectar su capacidad o la de sus dependientes para continuar recibiendo atención del mismo equipo médico, en las mismas instituciones y con los mismos medicamentos recetados.

Idoneidad de la red

Todos los proveedores de servicios de salud en el estado de Washington deben mantener redes de proveedores que brinden a sus afiliados un acceso razonable a los servicios cubiertos. Consulte los directorios de proveedores de los planes para ver cuántos proveedores aceptan pacientes nuevos y cuál es el tiempo promedio de espera para una cita.

Tratamientos de salud mental y por abuso de sustancias

En sus sitios de internet, las compañías de seguros deben proporcionar información adicional a los consumidores sobre su capacidad para garantizar el acceso oportuno a servicios de salud mental y atención por consumo de sustancias. Consulte "Cobertura de salud conductual" en la página 32.

Coordinación con sus otros beneficios.

Todos los planes médicos de SEBB coordinan el pago de sus beneficios con otros planes colectivos y con Apple Health (Medicaid) y Medicare. Esto se llama coordinación de beneficios. Con ello se garantiza el más alto nivel de reembolso por servicios cuando una persona está cubierta por más de un plan. El pago no excederá el monto del beneficio.

Si también tiene cobertura de otro plan de salud, llame directamente a los planes médicos para preguntar cómo coordinarán sus beneficios. Esto es de especial importancia para quienes también están inscritos en Apple Health.

La cobertura médica, dental y de cuidado de la vista de SEBB se limita a una sola inscripción por persona.

No puede inscribirse al mismo tiempo en los planes de salud de SEBB y de la Junta de Beneficios para Empleados Públicos (PEBB).

Si se inscribe en planes de salud de SEBB y PEBB al mismo tiempo, el Programa SEBB o el Programa PEBB automáticamente lo inscribirán o cancelarán su inscripción como se describe en el WAC 182-31-070(6).

Primas

Una prima es la cantidad mensual que el empleado o empleador paga al plan para cubrir el costo del seguro. La prima no cubre copagos, coseguros ni deducibles. Los montos de las primas varían según el plan médico. Una prima más elevada no necesariamente significa una mayor

calidad de atención o mejores beneficios; cada plan tiene el mismo nivel básico de beneficios. Por lo general, los planes con primas más altas pueden tener costos más bajos por deducibles anuales, copagos o coaseguros. Los planes con primas más bajas pueden tener deducibles, coaseguros y copagos más altos, y redes más limitadas. Consulte la "Comparación de beneficios médicos y primas de SEBB 2023" en la página 40.

Deducibles

Un deducible es una cantidad fija de dinero que usted debe pagar en cada año calendario por gastos cubiertos de servicios de salud antes de que el plan empiece a pagar los servicios cubiertos. Los planes médicos también pueden tener un deducible anual por separado para medicamentos recetados. El deducible no se aplica a los servicios de atención preventiva cubiertos cuando consulta a un proveedor de la red. Esto significa que no tiene que pagar su deducible antes de que el plan pague el servicio preventivo cubierto.

Coaseguros o copagos.

Cuando recibe atención, algunos planes exigen que pague una cantidad fija, llamada copago. Otros planes exigen que pague un porcentaje de un importe permitido, llamado coaseguro. Estos montos varían según el plan y se basan en el tipo de atención recibida.

Límite de pago por cuenta propia

El límite anual de desembolso propio es la cantidad máxima que usted paga por beneficios cubiertos en un año calendario. Algunos planes tienen un límite de desembolso propio separado para medicamentos recetados. Una vez que haya alcanzado el límite de desembolso propio, el plan paga el 100 por ciento del importe permitido para la mayoría de los servicios cubiertos dentro de la red por el resto del año calendario. Ciertos cargos (como su deducible anual, copagos y coseguros) pueden contar para su límite de desembolsos propios. Otros, como sus primas mensuales, no cuentan para su límite de desembolso propio. Consulte los detalles en el certificado de cobertura del plan.

Procedimientos de derivación.

Algunos planes le permiten consultar directamente a proveedores de la red para recibir atención especializada. Otros requieren que tenga una derivación de su proveedor de atención primaria. Cuando se inscribe en un plan médico, puede elegir a su proveedor de atención primaria. Aunque algunos planes médicos pueden no exigir una remisión de su proveedor de atención primaria para consultar a un especialista, el especialista puede exigir que la tenga antes de prestarle servicios.

Trámites

En general, los planes médicos de SEBB no requieren que presente reclamaciones. Sin embargo, si tiene un plan de Uniform Medical Plan (UMP) puede tener que presentar una reclamación si recibe servicios de un proveedor fuera de la red. O bien, si tiene un plan de Kaiser Permanente, podría tener que presentar una reclamación en caso de que reciba servicios fuera del área, incluso fuera del país. También podría tener que presentar reclamaciones por atención de urgencia o de emergencia. Si tiene un plan UMP con deducible alto, debe conservar la documentación recibida de sus proveedores y comprobantes de los gastos de servicios de salud calificados para verificar los pagos elegibles de su cuenta de ahorros de salud.

Plan UMP con deducible alto y una HSA

El Uniform Medical Plan (UMP) con deducible alto se combina con una cuenta de ahorros de salud (HSA). Este tipo de plan generalmente tiene primas más bajas y costos más altos por desembolsos propios que otros tipos de planes médicos.

Cuando se inscribe en el plan UMP con deducible alto, se abre automáticamente a su nombre una HSA exenta de impuestos que puede utilizar para pagar sus desembolsos propios autorizados por el IRS (como deducibles, copagos y coaseguros), incluyendo algunos que sus planes de salud quizá no cubran. Para ver más detalles, consulte la *Publicación 969 – Cuentas de ahorros de salud y otros planes de salud con ventajas tributarias* en el sitio de internet del IRS en **irs.gov**.

Si tiene una HSA, también puede inscribirse en un Acuerdo de gastos flexibles (FSA) de propósito limitado y con el programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP). Consulte "FSA y DCAP" en la página 59.

La HSA es administrada por HealthEquity, Inc.

Algunos suscriptores no son elegibles.

No puede inscribirse en el plan UMP con deducible alto con una HSA en los siguientes casos:

- Está inscrito en Medicare Parte A o Parte B.
- Está inscrito en Apple Health (Medicaid).
- Está inscrito en otro plan de salud integral.
- Usted, su cónyuge o su pareja doméstica registrada en el estado están inscritos en un plan gastos médicos de una asociación voluntaria de empleados beneficiarios (por sus siglas en inglés, VEBA MEP). Sin embargo, puede inscribirse si la convierte en una cobertura limitada de cuenta de reembolsos de salud (HRA, por sus siglas en inglés).
- Tiene un plan TRICARE.
- Está inscrito en el Programa de Salud y Médico para Civiles del Departamento de Asuntos de Veteranos (CHAMPVA, por sus siglas en inglés).
- Está inscrito en un acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico. Esto también se aplica si su cónyuge tiene un FSA médico, incluso si usted no cubre a su cónyuge en su plan UMP con deducible alto. No se aplica si la FSA o HSA médica de su cónyuge es una cuenta de propósito limitado o una FSA médica posterior al deducible. Sin embargo, el FSA de propósito limitado es compatible con una HSA.
- Usted es incluido como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.

Pueden aplicarse otras exclusiones. Para confirmar si cumple los requisitos, consulte *La Guía completa de la HSA* en el sitio de internet de HealthEquity en **learn.healthequity.com/sebb/hsa** en la sección *Documentos*; lea la *Publicación 969 del IRS: Cuentas de ahorros de salud y otros planes de salud con ventajas tributarias* en el sitio de internet del IRS en **irs.gov**; comuníquese su asesor fiscal; o llame a HealthEquity a la línea sin costo 1-844-351-6853 (TRS: 711).

Contribuciones del empleador

Después de establecer su HSA automáticamente a través de HealthEquity, puede empezar a recibir contribuciones del empleador. Si es elegible, la Health Care Authority contribuirá las siguientes cantidades a su HSA:

- $31.25 al mes para un suscriptor individual, hasta $375 al año para 2023; o
- $62.50 al mes para un suscriptor con uno o más dependientes inscritos, hasta $750 al año para 2023.

La cantidad anual no se deposita en su totalidad en su HSA en enero. Las contribuciones de su empleador se depositan en su HSA en pagos parciales, el último día de cada mes. Si cumple los requisitos para el incentivo de bienestar de SmartHealth, se depositarán $125 en su HSA al final de enero del siguiente año.

Sus contribuciones

Puede decidir contribuir a su HSA de dos maneras:

- Comuníquese con su oficina de nóminas o beneficios para pedir que se hagan deducciones de nómina antes de impuestos.
- Comuníquese con HealthEquity para autorizar que se hagan depósitos directos a su HSA.

El IRS tiene un límite anual para las aportaciones de todas las fuentes a una HSA. En 2023, el límite es de $3,850 (solo el suscriptor) y $7,750 (para usted y uno o más dependientes inscritos). Si tiene 55 años de edad o más, puede contribuir un monto adicional de hasta $1,000 al año.

Para asegurarse de no superar el límite, tome en cuenta las contribuciones de su empleador, sus propias contribuciones y el incentivo de bienestar de SmartHealth en enero (si tiene derecho a él).

Otras características del plan UMP con deducible alto y una HSA

Si cubre a dependientes, debe pagar el deducible de toda la familia antes de que el plan comience a pagar los beneficios. Sus costos de medicamentos recetados cuentan para el deducible anual y el desembolso propio máximo.

El saldo de su HSA puede aumentar con el paso de los años, ganar intereses, invertirse y generar ahorros que puede usar para pagar sus servicios de salud cuando sea necesario o para pagar las primas de la parte B de Medicare.

¿Puedo inscribirme en un UMP con deducible alto y en la parte A o B de Medicare?

No. Si se inscribe en la parte A o B de Medicare y está inscrito en un plan UMP con deducible alto con una HSA, debe cambiar de plan médico o podría estar expuesto a multas fiscales del IRS.

El Programa SEBB le recomienda que envíe su solicitud de cambio de plan médico 30 días antes de la fecha de inscripción a Medicare, pero debe recibirla **a más tardar 60 días** después de la fecha de inscripción a Medicare.

¿Hay consideraciones especiales si me inscribo en plan UMP con deducible alto a mitad del año?

Sí. La inscripción en el plan UMP con deducible alto y la apertura de una HSA a mitad de año pueden limitar el monto que usted (o su empleador) pueden contribuir en el primer año. Si tiene alguna pregunta acerca de esto, hable con su asesor tributario.

¿Cómo nombro o actualizo a los beneficiarios de mi HSA?

Usted nombra a sus beneficiarios cuando se inscribe en la HSA. Para revisar y actualizar la información de beneficiarios de su HSA, use el portal para miembros en línea de HealthEquity en **learn.healthequity.com/sebb/hsa**. También puede descargar e imprimir el *Formulario de designación de beneficiarios* o llamar a HealthEquity al 1-844-351-6853 para solicitar una copia.

¿Qué ocurrirá con mi HSA cuando deje mi plan UMP con deducible alto?

Si en el futuro elige un plan médico que no sea un UMP con deducible alto, no perderá los fondos no gastados en su HSA. Puede gastar los fondos de su HSA en gastos médicos calificados en el futuro. Sin embargo, usted, su empleador, el Programa SEBB y otras personas ya no pueden contribuir a su HSA. Si autorizó deducciones de nómina automáticas para depositar en su HSA, comuníquese con su oficina de nóminas para detenerlas. Si autorizó depósitos directos a su HSA, comuníquese con HealthEquity para detenerlos.

Si deja su empleo o se jubila, HealthEquity le cobrará una cuota mensual si tiene menos de $2,500 en su HSA después del 31 de diciembre. Podrían aplicarse otras cuotas. Comuníquese con HealthEquity para conocer los detalles.

Cobertura de salud conductual

Garantizar el acceso oportuno a la atención

Su salud mental afecta a su salud física. Si usted o un ser querido necesitan acceso a servicios para trastornos de salud mental y consumo de sustancias, puede usar esta guía para investigar la red de cada plan y el acceso oportuno a servicios para consumo de sustancias, salud mental y atención para la recuperación.

Todos los proveedores de servicios de salud en el estado de Washington deben mantener redes de proveedores que brinden a los afiliados un acceso razonable a los servicios cubiertos. Para encontrar un proveedor de servicios de salud mental, salud física o consumo de sustancias, puede comenzar por consultar el directorio de proveedores de su plan. Si necesita más información, llame al número de servicio al cliente del plan. El plan sabrá qué proveedores están aceptando pacientes nuevos. Los tiempos de espera pueden variar, dependiendo de si está buscando atención de emergencia, de urgencia o de rutina. Pregunte a su plan sobre sus tiempos de espera al considerar la inscripción en su plan y asegúrese de especificar qué tan rápido necesita atención al programar citas.

Todas las compañías de seguros deben proporcionar información en sus sitios de internet sobre la capacidad de sus proveedores de tratamiento de salud mental y consumo de sustancias para garantizar el acceso oportuno a la atención. Para obtener más información, consulte RCW 48.43.765.

Si tiene problemas para recibir servicios de su plan, incluida la posibilidad de programar una cita, puede presentar una queja en el sitio de internet de la Oficina del Comisionado de Seguros en **insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status**, o llamando al 1-800-562-6900.

Compare la cobertura por plan

Cuando necesite información sobre qué trastornos de salud mental y consumo de sustancias están cubiertos, puede leer los certificados de cobertura de los planes médicos de SEBB, que están en la página de internet de *Planes médicos y beneficios* en hca.wa.gov/sebb-employee. También consulte la página de internet de *Servicios de salud conductual por plan* en **hca.wa.gov/bh-sebb**.

Las palabras clave que debe buscar en estos documentos incluyen: cobertura para pacientes hospitalizados y ambulatorios, salud mental, dependencia a sustancias químicas, centros de tratamiento residencial y trastorno por consumo de sustancias. La "Comparación de beneficios y primas médicas de SEBB 2023" que comienza en la página 40 incluye un resumen general de la cobertura por plan.

Información para casos de crisis

Si usted o un miembro de su familia sufren una crisis de salud mental o por consumo de sustancias:

Para recibir ayuda inmediata:

Llame al 911 en caso de una emergencia que ponga en peligro su vida, o al 988 en caso de una emergencia de salud mental.

Para recibir ayuda inmediata con una crisis de salud mental o por ideas de suicidio

Llame a la Línea nacional de auxilio para la prevención del suicidio al 1-800-273-8255 (TTY: 1-800-799-4889) o llame, envíe mensaje de texto o inicie un chat al número 988. La línea es gratuita, confidencial y está disponible 24/7/365. También puede llamar al 988 si le preocupa un ser querido que puede necesitar apoyo para una crisis.

Para obtener apoyo adicional:

El sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/mental-health-crisis-lines** incluye opciones de asistencia para crisis por condado.

Línea de Ayuda para la Recuperación de Washington

Llame al 1-866-789-1511 en cualquier momento, de día o de noche. Esta línea de ayuda anónima y confidencial brinda servicios de intervención para crisis y derivación a las personas del estado de Washington que sufren trastornos por consumo de sustancias, problemas con el juego o un problema de salud mental. Los voluntarios y empleados capacitados profesionalmente están disponibles para brindar apoyo emocional las 24 horas del día, los siete días de la semana. Además, pueden sugerir recursos locales de tratamiento para consumo de sustancias, problemas con el juego y la salud mental, así como otros servicios comunitarios.

Planes médicos para empleados de SEBB 2023 disponibles por condado

A todos los empleados escolares elegibles se les ofrece una selección de planes de acuerdo con su condado de residencia o el condado en el que está su distrito escolar, escuela autónoma o distrito de servicios educativos. Algunos empleados escolares pueden tener más opciones de planes si trabajan en un distrito que abarque más de un condado (puede ver más información en la lista de empleadores escolares por condado que sigue a esta parte). Asegúrese de llamar a los planes médicos que le interesan para preguntar por la disponibilidad de proveedores. Además de los lugares indicados en la siguiente tabla, los planes médicos Uniform Medical Plan Achieve 1, Achieve 2 y con deducible alto están disponibles en todo el mundo. Si se muda fuera del área de servicio de su plan médico o cambia de empleo, quizá tenga que cambiar de plan. Debe informar su nueva dirección y todas sus solicitudes de cambio de plan médico a su oficina de nóminas o beneficios a más tardar 60 días después de su mudanza.

✔ Disponible ⊘ No disponible 98541 Disponible solo en estos códigos postales

	Kaiser Permanente NW[1]	Kaiser Permanente WA				Premera Blue Cross			Uniform Medical Plan (UMP)		
	NW 1 NW 2 NW 3	Core 1, Core 2	Core 3	SoundChoice	Options Summit PPO 1, 2, & 3	High PPO	Standard PPO	Premera HMO	Achieve 1, Achieve 2, Deducible alto	UMP Plus–Puget Sound High Value Network	UMP Plus–UW Medicine Accountable Care Network
Washington											
Adams	⊘	⊘				✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Asotin	⊘	⊘				✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Benton	⊘	✔	✔	⊘	⊘	✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Chelan	⊘	⊘				✔	✔	⊘	✔	✔	⊘
Clallam	⊘	⊘				✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Clark	✔	⊘				⊘	⊘	⊘	✔	⊘	⊘
Columbia	⊘	✔	✔	⊘	⊘	✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Cowlitz	✔	⊘				✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Douglas	⊘	⊘				⊘	⊘	⊘	✔	✔	⊘
Ferry	⊘	⊘				✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Franklin	⊘	✔	✔	⊘	⊘	✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Garfield	⊘	⊘				✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Grant	⊘	⊘				✔	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Grays Harbor	⊘	⊘				⊘	✔	⊘	✔	⊘	⊘
Island	⊘	✔	✔	⊘	⊘	⊘	⊘	⊘	✔	⊘	⊘
Jefferson	⊘	⊘				⊘	✔	⊘	✔	⊘	⊘
King	⊘	✔	⊘	✔	✔	✔	✔	⊘	✔	✔	✔

1 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) ofrece planes en los condados de Clark y Cowlitz en Washington y en ciertos condados de Oregon.

	Kaiser Permanente NW[1]	Kaiser Permanente WA				Premera Blue Cross			Uniform Medical Plan (UMP)		
	NW 1 NW 2 NW 3	Core 1, Core 2	Core 3	SoundChoice	Options Summit PPO 1, 2, & 3	High PPO	Standard PPO	Premera HMO	Achieve 1, Achieve 2, Deducible alto	UMP Plus–Puget Sound High Value Network	UMP Plus–UW Medicine Accountable Care Network
Kitsap	⊘	✓	⊘	✓	✓	✓	✓	⊘	✓	✓	✓
Kittitas	⊘	⊘				✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Klickitat	⊘	⊘				⊘	⊘	⊘	✓	⊘	⊘
Lewis	⊘	✓	✓	⊘	⊘	✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Lincoln	⊘	⊘				✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Mason	⊘	✓	✓	⊘	⊘	✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Okanogan	⊘	⊘				✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Pacific	⊘	⊘				⊘	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Pend Oreille	⊘	⊘				✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Pierce	⊘	✓	⊘	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
San Juan	⊘	⊘				⊘	⊘	⊘	✓	⊘	⊘
Skagit	⊘	✓	✓	⊘	⊘	✓	✓	⊘	✓	⊘	✓
Skamania	⊘	⊘				✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Snohomish	⊘	✓	⊘	✓	✓	⊘	✓	⊘	✓	✓	✓
Spokane	⊘	✓	⊘	✓	✓	✓	✓	✓	✓	⊘	✓
Stevens	⊘	⊘				✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Thurston	⊘	✓	⊘	✓	✓	✓	✓	✓	✓	⊘	✓
Wahkiakum	⊘	⊘				✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Walla Walla	⊘	✓	✓	⊘	⊘	✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Whatcom	⊘	✓	✓	⊘	⊘	✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Whitman	⊘	✓	✓	⊘	⊘	✓	✓	⊘	✓	⊘	⊘
Yakima	⊘	✓	✓	⊘	⊘	✓	✓	⊘	✓	✓	⊘

	Kaiser Permanente NW[1]	Kaiser Permanente WA				Premera Blue Cross			Uniform Medical Plan (UMP)		
	NW 1 NW 2 NW 3	Core 1, Core 2	Core 3	SoundChoice	Options Summit PPO 1, 2, & 3	High PPO	Standard PPO	Premera HMO	Achieve 1, Achieve 2, Deducible alto	UMP Plus–Puget Sound High Value Network	UMP Plus–UW Medicine Accountable Care Network
Oregon											
Benton	97330 97331 97333 97339 97370	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Clackamas	✔	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Columbia	✔	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Hood River	97014	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Lane	✔	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Linn	97321 97322 97335 97348 97355 97358 97360 97374 97377 97389	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Marion	✔	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Multnomah	✔	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Polk	✔	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Washington	✔	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Yamhill	✔	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Todos los demás condados de Oregon	⊘	⊘				⊘			✔	⊘	⊘
Idaho											
Todos los condados	⊘	⊘				⊘			✔	⊘	⊘

Empleadores escolares por condado

Use esta tabla para buscar en qué condado está su distrito escolar, escuela autónoma o distrito de servicios educativos (ESD). Los distritos con un asterisco (*) abarcan más de un condado y aparecen en más de un condado. Asegúrese de buscar todos los condados en los que aparece su empleador para maximizar la cantidad de planes que tiene disponibles.

Adams

Benge
Endicott*
LaCrosse*
Lamont*
Lind
North Franklin*
Northeast WA ESD 101
Odessa*
Othello*
Ritzville*
Sprague*
Warden*
Washtucna*

Asotin

Asotin-Anatone
Clarkston*

Benton

Finley
Grandview*
Kennewick
Kiona-Benton City
Paterson
Prosser*
Richland

Chelan

Cascade
Cashmere
Entiat
Lake Chelan*
Manson
North Central ESD 171
Pateros*
Pinnacles Prep
Stehekin
Wenatchee

Clallam

Cape Flattery
Crescent
Port Angeles
Quillayute Valley*
Sequim*

Clark

Battle Ground
Camas
ESD 112
Evergreen
Green Mountain
Hockinson
La Center
Mt. Pleasant*
Ridgefield
Rooted School
Vancouver
Washougal*
Woodland*

Columbia

Dayton
Pomeroy*
Prescott*
Starbuck
Waitsburg*

Cowlitz

Castle Rock*
Kalama
Kelso
Longview
Toutle Lake
Woodland*

Douglas

Brewster*
Bridgeport*
Coulee-Hartline*
Eastmont
Ephrata*
Grand Coulee Dam*
Lake Chelan*
Mansfield
Orondo
Palisades
Quincy*
Waterville

Ferry

Curlew*
Inchelium
Keller
Kettle Falls*
Orient*
Republic*

Franklin

ESD 123
Kahlotus
North Franklin*
Othello*
Pasco
Star
Washtucna*

Garfield

Clarkston*
Pomeroy*

Grant

Almira*
Coulee-Hartline*
Ephrata*
Grand Coulee Dam*
Moses Lake
Odessa*
Othello*
Quincy*
Royal
Soap Lake
Wahluke*
Warden*
Wilson Creek*

Grays Harbor

Aberdeen
Cosmopolis
Elma*
Hoquiam
Lake Quinault
Mary M. Knight*
McCleary*
Montesano
North Beach
North River*
Oakville*
Ocosta*
Satsop
Taholah
Wishkah Valley

Island

Coupeville
Oak Harbor
South Whidbey
Standwood-Camano*

Jefferson

Brinnon
Chimacum
Port Townsend
Queets-Clearwater
Quilcene
Quillayute Valley*
Sequim*

King

Auburn*
Bellevue
Enumclaw
Federal Way
Fife*
Highline
Impact Public Schools*
Issaquah
Kent
Lake Washington
Mercer Island
Northshore*
Puget Sound ESD 121
Rainier Prep
Rainier Valley Leadership Academy
Renton
Riverview
Seattle
Shoreline
Skykomish
Snoqualmie Valley
Summit Public Schools*
Tahoma
Tukwila
Vashon Island
Why Not You Academy

Kitsap

Bainbridge Island
Bremerton
Catalyst Public Schools
Central Kitsap
North Kitsap
North Mason*
Olympic ESD 114
South Kitsap

Kittitas

Cle Elum-Roslyn
Damman
Easton
Ellensburg
Kittitas
Naches Valley*
Selah*
Thorp

Klickitat

Bickleton*
Centerville
Glenwood
Goldendale
Klickitat
Lyle
Prosser*
Roosevelt
Trout Lake
White Salmon Valley*
Wishram

Lewis

Adna
Boistfort
Castle Rock*
Centralia*
Chehalis
Eatonville*
Evaline
Morton
Mossyrock
Napavine
Oakville*
Onalaska
Pe Ell*
Rochester*
Toledo
White Pass
Winlock

Lincoln

Almira*
Creston
Davenport
Grand Coulee Dam*
Harrington
Odessa*
Reardan-Edwall*
Ritzville*
Sprague*
Wilbur
Wilson Creek*

Mason

Elma*
Grapeview
Hood Canal
Mary M. Knight*
McCleary*
North Mason*
Pioneer
Shelton
Southside

Okanogan

Brewster*
Bridgeport*
Curlew*
Grand Coulee Dam*
Lake Chelan*
Methow Valley
Nespelem
Okanogan
Omak
Oroville
Pateros*
Republic*
Tonasket

Pacific

Naselle-Grays
River Valley*
North River*
Ocean Beach
Ocosta*
Pe Ell*
Raymond
South Bend
Willapa Valley

Pend Oreille

Cusick
Deer Park*
Loon Lake*
Newport*
Riverside*
Selkirk

Pierce

Auburn*
Bethel
Carbonado
Clover Park
Dieringer
Eatonville*
Fife*
Franklin Pierce
Impact Public Schools*
Orting
Peninsula
Puyallup
Steilacoom Historical
Summit Public Schools*
Sumner
Tacoma
University Place
White River
Yelm*

San Juan

Lopez Island
Orcas Island
San Juan Island
Shaw Island

Skagit

Anacortes
Burlington-Edison
Concrete*
Conway
Darrington*
La Conner
Mount Vernon
Northwest ESD 189
Sedro-Woolley*

Skamania

Mill A
Mt. Pleasant*
Skamania
Stevenson-Carson
Washougal*
White Salmon Valley*
Woodland*

Snohomish

Arlington
Darrington*
Edmonds
Everett
Granite Falls
Index
Lake Stevens
Lakewood
Marysville
Monroe
Mukilteo
Northshore*
Snohomish
Stanwood-Camano*
Sultan

Spokane

Central Valley
Cheney*
Deer Park*
East Valley
Freeman
Great Northern
Liberty
Lumen Public Schools
Mead
Medical Lake
Newport*
Northeast WA ESD 101
Nine Mile Falls*
Orchard Prairie
Pride Schools
Reardan-Edwall*
Riverside*
Rosalia*
Spokane
Spokane International Academy
St. John*
Tekoa*
West Valley

Stevens

Chewelah
Columbia
Colville
Deer Park*
Evergreen
Kettle Falls*
Loon Lake*
Mary Walker
Nine Mile Falls*
Northport
Onion Creek
Orient*
Summit Valley
Valley
Wellpinit

Thurston

Centralia*
Capital Region ESD 113
Griffin
North Thurston
Olympia
Rainier
Rochester*
Tenino
Tumwater
Yelm*

Wahkiakum

Naselle-Grays
River Valley*
Wahkiakum

Walla Walla

College Place
Columbia
Dixie
Prescott*
Touchet
Waitsburg*
Walla Walla
Escuela chárter pública Willow

Whatcom

Bellingham
Blaine
Concrete*
Ferndale
Lynden
Meridian
Mount Baker
Nooksack Valley
Sedro-Woolley*
Whatcom Intergenerational School

Whitman

Cheney*
Clarkston*
Colfax
Colton
Endicott*
Garfield
LaCrosse*
Lamont*
Oakesdale
Palouse
Pullman
Pullman Community Montesori
Rosalia*
St. John*
Steptoe
Tekoa*

Yakima

Bickleton*
East Valley
ESD 105
Grandview*
Granger
Highland
Mabton
Mount Adams
Naches Valley*
Selah*
Sunnyside
Toppenish
Union Gap
Wahluke*
Wapato
West Valley
Yakima
Zillah

Comparación de beneficios médicos y primas de SEBB 2023

Use las siguientes tablas para comparar los deducibles, límites de desembolso por cuenta propia, costos por cuenta propia por consulta y costos de medicamentos recetados de los planes médicos de SEBB. La mayoría de los coaseguros (%) no se aplican hasta después de que haya cubierto su deducible anual, excepto cuando se indique que no se aplica el deducible. La mayoría de los copagos ($) se aplican sin importar su deducible, a menos que esté inscrito en el plan UMP con deducible alto. Para la mayoría de los servicios cubiertos debe pagar primero el deducible para antes de que se apliquen copagos o coaseguros al plan UMP con deducible alto.

Los beneficios y los límites de visitas que se expresan por año se basan en el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). Llame a los planes directamente para obtener información sobre beneficios específicos, incluidos los requisitos de autorización previa y las exclusiones. Si algo en estas tablas contradice al folleto de beneficios del plan (también llamado evidencia de cobertura o certificado de cobertura), el folleto de beneficios tiene prioridad y prevalece.

Lo que usted paga	Planes de atención administrada y Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)							
	Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest[1]			Kaiser Foundation Health Plan of Washington				Premera Blue Cross
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Core 1	Core 2	Core 3	SoundChoice	HMO
Costos anuales								
Deducible médico	$1,250/persona $2,500/familia	$750/persona $1,500/familia	$125/persona $250/familia	$1,250/persona $3,750/familia	$750/persona $2,250/familia	$250/persona $750/familia	$125/persona $375/familia	$750/persona $1,500/familia
Límite de desembolso personal médico	$4,500/persona $9,000/familia	$4,000/persona $8,000/familia	$2,500/persona $5,000/familia	$4,000/persona $8,000/familia	$3,000/persona $6,000/familia	$2,000/persona $4,000/familia		$3,500/persona $7,000/familia
Deducible de medicamentos recetados	Nada			Nada				Nada
Límite de desembolso propio de medicamentos recetados	Combinado con el límite médico			Combinado con el límite médico				Combinado con el límite médico
Primas mensuales								
Suscriptor	$31	$57	$89	$38	$43	$120	$74	$25
Suscriptor y cónyuge[2]	$62	$114	$178	$76	$86	$240	$148	$50
Suscriptor e hijos	$54	$100	$156	$67	$75	$210	$130	$44
Suscriptor, cónyuge[2] e hijos	$93	$171	$267	$114	$129	$ 360	$222	$75

1. *Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest ofrece planes en los condados de Clark y Cowlitz en Washington y en ciertos condados y códigos postales de Oregon.*
2. *O pareja doméstica registrada por el estado.*

Lo que usted paga	Planes de Organización Proveedora Preferente (PPO).								
	Opciones de Kaiser Foundation Health Plan of Washington[1]			Premera Blue Cross		Uniform Medical Plan[2]			
	Summit PPO 1	Summit PPO 2	Summit PPO 3	High PPO	Standard PPO	Achieve 1	Achieve 2	UMP Plus	Deducible alto
Costos anuales									
Deducible médico	$1,250/ persona $2,500/ familia	$750/ persona $1,500/ familia	$250/ persona $500/ familia	$750/ persona $1,875/ familia	$1,250/ persona $3,125/ familia	$750/ persona $2,250/ familia	$250/ persona $750/ familia	$125 persona $375/familia	$1,500/ persona $3,000/ familia
Límite de desembolso personal médico	$4,500/ persona $9,000/ familia	$3,500/ persona $7,000/ familia	$2,500/ persona $5,000/ familia	$3,500/ persona $7,000/ familia	$5,000/ persona $10,000/ familia	$3,500/ persona $7,000/ familia	$2,000/persona $4,000/familia		$4,200[3]/ persona $8,400[3]/ familia
Deducible de medicamentos recetados	Nada			$125/ persona $312/familia	$250/ persona $750/familia	$250[4]/ persona $750[4]/ familia	$100[4]/ persona $300[4]/ familia	Nada	Combinado con el deducible médico
Límite de desembolso propio de medicamentos recetados	Combinado con el límite médico			Combinado con el límite médico		$2,000/persona $4,000/familia			Combinado con el límite médico[3]
Primas mensuales									
Suscriptor	$77	$106	$142	$97	$49	$42	$105	$83	$28
Suscriptor y cónyuge[5]	$154	$212	$284	$194	$98	$84	$210	$166	$56
Suscriptor e hijos	$135	$186	$249	$170	$86	$74	$184	$145	$49
Suscriptor, cónyuge[5] e hijos	$231	$318	$426	$291	$147	$126	$315	$249	$84

1. *La parte del costo mostrada solo se aplica a los proveedores y las farmacias de nivel 1. Reemplaza a los planes Access PPO.*
2. *Administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services*
3. *Sin exceder $7,000/miembro.*
4. *Se aplica solo al nivel, 2, excepto las insulinas cubiertas.*
5. *O pareja doméstica registrada en el estado.*

Lo que usted paga	Planes de atención administrada y Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)							
	Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest[1]			Kaiser Foundation Health Plan of Washington				Premera Blue Cross
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Core 1	Core 2	Core 3	SoundChoice	HMO
Servicios de emergencia								
Ambulancia	20%			20% (sin deducible)				20%
Sala de emergencias				$150 + 20%			$150 + 15%	$150 + 20%
Servicios de audición								
Audífonos	$0; uno por oído cada 60 meses[2]			$0; uno por oído en cualquier período consecutivo de 60 meses[2]				$0; uno por oído cada 5 años[2]
Examen de audición anual de rutina	$40	$35	$30	$303 ($40[4])	$253 ($35[4])	$203 ($30[4])	$0 ($30[4])	$0
Servicios hospitalarios:								
Hospitalización Tratamiento ambulatorio	20%			20%			15%	20%
Visitas al consultorio								
Salud conductual	$30[3]	$25[3]	$20[3]	$30[3]	$25[3]	$20[3]	$0	$10
Cuidado preventivo[2]	$0			$0				$0
Atención primaria	$30[3]	$25[3]	$20[3]	$30[3]	$25[3]	$20[3]	$0	$10
Especialista	$40	$35	$30	$40	$35	$30		$40
Atención de urgencia	$50	$45	$40	$30[3] ($40[4])	$25[3] ($35[4])	$20[3] ($30[4])	$30	$25
Telemedicina / telesalud / atención virtual	$0			$0				Vea la nota[5]
Terapias (máximo de visitas/año)								
Acupuntura	$40 (20/año)	$35 (20/año)	$30 (20/año)	$30[3] (20/año)	$25[3] (20/año)	$20[3] (20/año)	$0 (20/año)	$10 (24/año)
Quiropráctica/ manipulación espinal	$40 sin límite	$35 sin límite	$30 sin límite	$30[3] ($40[4]) (20/año)	$25[3] ($35[4]) (20/año)	$20[3] ($30[4]) (20/año)		
Terapia de masajes	$25 (20/año)			$40[4] (20/año)	$35[4] (20/año)	$30[4] (20/año)		
Terapia física, ocupacional, del habla y del desarrollo neurológico	$40 (60 combinados/ año)	$35 (60 combinados/ año)	$30 (60 combinados/ año)	$40[4] (60 combinados/ año, sin límite para NDT)	$35[4] (60 combinados/ año, sin límite para NDT)	$30[4] (60 combinados/ año, sin límite para NDT)		$40 (45 combinados/ año; 45 NDT/año)

1. *Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest ofrece planes en los condados de Clark y Cowlitz en Washington y en ciertos condados y códigos postales de Oregon.*
2. *Sin deducible.*
3. *$0 para edades de 17 años o menos*
4. *Copago de especialista*
5. *Telemedicina o consulta electrónica, $10 o $40. Atención virtual: Médico/dermatológico, $5; salud conductual, $10.*

Lo que usted paga	Planes de Organización Proveedora Preferente (PPO).								
	Opciones de Kaiser Foundation Health Plan of Washington[1]			Premera Blue Cross		Uniform Medical Plan[2]			
	Summit PPO 1	Summit PPO 2	Summit PPO 3	High PPO	Standard PPO	Achieve 1	Achieve 2	UMP Plus	Deducible alto
Servicios de emergencia									
Ambulancia	10%			25%	20%	20%			
Sala de emergencias	$100 + 10%			$150 + 25%	$150 + 20%	$75 + 20%	$75 + 15%		15%
Servicios de audición									
Audífonos	$0; uno por oído en cualquier período consecutivo de 60 meses[3]			$0; uno por oído cada 5 años[3]		$0; uno por oído cada 5 años[3]			$0; uno por oído cada 5 años
Examen de audición anual de rutina	$20[4] ($40[5])	$10[4] ($20[5])		$0		$0			15%
Servicios hospitalarios:									
Hospitalización	10% (30% para hospitales de nivel 2)			25%	20%	$200/día hasta $600 + 20% por servicios profesionales[6]	$200/día hasta $600 + 15% por servicios profesionales[6]		15%
Ambulatorio						20%	15%		
Visitas al consultorio									
Salud conductual	$20[4]	$10[4]		$25		20%	15%		
Cuidado preventivo[2]	$0			$0		$0			
Atención primaria	$20[4]	$10[4]		$25		20%	15%	$0	15%
Especialista	$40	$20		$50				15%	
Atención de urgencia	$20[4] ($40[5])	$10[4] ($20[5])		25%	20%				
Telemedicina / telesalud / atención virtual	$0			Telemedicina o consulta electrónica, $25 o $50. Atención virtual: Médico/ dermatológico, $5; salud conductual, $25.		Variable, ver el COC			
Terapias (máximo de visitas/año)									
Acupuntura	$20[4] (20/ año)	$10[4] (20/año)		$25 (24/año)		$15 (24/año)[7]			
Quiropráctica/ manipulación espinal	$20[4] ($40[5]) (20/año)	$10[4] ($20[5]) (20/año)							
Terapia de masajes	$40 (20/año)	$20 (24/año)							
Terapia física, ocupacional, del habla y del desarrollo neurológico	$40 (60 combinados/ año, sin límite para NDT)	$20 (60 combinados/año, sin límite para NDT		$50 (45 combinados/ año; 45 NDT/año)		20% (80 combinados/ año)	15% (80 combinados/ año)	15% (60 combinados/ año)	15% (80 combinados/ año)

1. *La parte del costo mostrada es solo para proveedores y farmacias de nivel 1.Reemplaza a los planes Access PPO.*
2. *Administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services*
3. *Sin deducible.*
4. *$0 para edades de 17 años o menos*
5. *Copago de especialista*
6. *0% por servicios profesionales para salud conductual.*
7. *Después del deducible.*

Comparación de beneficios de medicamentos recetados

Los importes de las siguientes tablas muestran lo que pagará por medicamentos recetados. Con el beneficio de medicamentos recetados, la mayoría de los copagos y coaseguros no se aplican hasta después de que haya cubierto su deducible anual, excepto cuando se indique que no se aplica el deducible.

Nota: Todos los planes cubren los medicamentos recetados preventivos legalmente requeridos al 100 por ciento del monto permitido, sin deducible. El deducible se dispensa para las insulinas cubiertas y usted no paga más de $35 por un suministro para 30 días.

Niveles de medicamentos	Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest[1]					
	Minorista (suministro para 30 días)			**Pedido por correo** (suministro para 90 días)		
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Genéricos	$20	$15	$10	$40	$30	$20
De marca preferidos	$40	$30	$20	$80	$60	$40
De marca no preferidos	50% hasta $100			50% hasta $200		
Especialidad	50% hasta $150			No cubierto		

Niveles de medicamentos	Kaiser Foundation Health Plan of Washington							
	Minorista (suministro para 30 días)				**Pedido por correo** (suministro para 90 días)			
	Core 1	Core 2	Core 3	SoundChoice	Core 1	Core 2	Core 3	SoundChoice
Genéricos preferidos	$5	$10			$10	$20		
De marca preferidos	$25				$50			
Genéricos y de marca no preferidos	$50				$100			
Especialidad	50% hasta $150				50% hasta $300			

Niveles de medicamentos	Premera Blue Cross					
	Minorista (suministro para 30 días)			**Pedido por correo** (suministro para 90 días)		
	HMO	High PPO	Standard PPO	HMO	High PPO	Standard PPO
Genéricos preferidos	$9	$9 (no se aplica deducible)		$18	$18 (no se aplica deducible)	
De marca preferidos	$40	$40	30%	$80	$80	30%
Genéricos y de marca no preferidos	50%	50%		50%	50%	
Especialidad (Limitado a un suministro para 30 días mediante la farmacia de especialidad con entrega por correo, Premera).	No cubierto	No cubierto		$75 (suministro para 30 días)	$75 (suministro para 30 días)	40% (suministro para 30 días)

1. *Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest ofrece planes en los condados de Clark y Cowlitz en Washington y en ciertos condados y códigos postales de Oregon.*

Niveles de medicamentos	Opciones de Kaiser Foundation Health Plan of Washington[1]					
	Minorista (suministro para 30 días)			**Pedido por correo** (suministro para 90 días)		
	Summit PPO 1	Summit PPO 2	Summit PPO 3	Summit PPO 1	Summit PPO 2	Summit PPO 3
Genérico preferido	$10	$5		$20	$10	
De marca preferidos	$20	$30		$40	$60	
Genéricos y de marca no preferidos	$30	$65		$60	$130	
Especialidad no preferidos	30%			No cubiertos		
Especialidad	$150					

Niveles de medicamentos	Uniform Medical Plan[2]							
	Minorista y pedido por correo (suministro para 30 días)				**Minorista y pedido por correo** (suministro para 90 días)			
	Achieve 1	Achieve 2	UMP Plus	Deducible alto	Achieve 1	Achieve 2	UMP Plus	Deducible alto
Value	5% hasta $10			15%; insulinas cubiertas 5% hasta $10	5% hasta $30			15%; insulinas cubiertas 5% hasta $30
Nivel 1 (principalmente genéricos de bajo costo)	10% hasta $25			15%; insulinas cubiertas 10% hasta $25	10% hasta $75			15%; insulinas cubiertas 10% hasta $75
Nivel 2 (de marca preferidos, genéricos de alto costo y especializados)	30% hasta $75; insulinas cubiertas 30% hasta $35			15%; insulinas cubiertas 30% hasta $35	30% hasta $225; insulinas cubiertas 30% hasta $105			15%; insulinas cubiertas 30% hasta $105

1. *La parte del costo mostrada solo se aplica a los proveedores y las farmacias de nivel 1. Reemplaza a los planes Access PPO*
2. *Administrado por Regence BlueShield y Washington State Rx Services*

Selección de un plan dental

Si es elegible para los beneficios del Programa SEBB, se incluye cobertura dental para usted y sus dependientes elegibles. Su empleador paga la prima. Usted y todos sus dependientes inscritos deben inscribirse en el mismo plan dental de SEBB. Si no selecciona un plan dental, se le inscribirá automáticamente en el Uniform Dental Plan.

Hay tres planes dentales del Programa SEBB para elegir: dos planes de atención administrada y un plan de proveedores preferidos. Consulte la "Comparación de beneficios dentales" en la siguiente página.

Consulte al plan para ver si su proveedor dental forma parte de la red del plan.

Revise cuidadosamente su selección antes de inscribirse. Asegúrese de consultar al plan (no a su dentista) para ver si el proveedor de servicios dentales que desea está en la red del plan. También asegúrese de identificar correctamente la red y el número de grupo de su plan dental (consulte la tabla siguiente). Esto es de especial importancia porque DeltaCare y Uniform Dental Plan en ocasiones pueden confundirse. Puede llamar al número de servicio al cliente del plan dental (que figura al principio de esta guía) o utilizar el directorio en línea de la red del plan dental.

¿Cómo funcionan los planes DeltaCare y Willamette Dental Group?

DeltaCare y Willamette Dental Group son planes de atención administrada. Usted elige y recibe atención de un proveedor de atención primario dental en la red de ese plan. Su proveedor de atención dental debe darle una remisión para consultar a un especialista. Puede cambiar su proveedor de la red en cualquier momento. Si recibe servicios de un proveedor de atención dental que no está en la red del plan, estos planes no pagarán sus reclamaciones.

Ninguno de los planes tiene un deducible anual. Usted no necesita dar seguimiento a cuánto ha pagado por cuenta propia antes de que el plan empiece a cubrir sus beneficios. Usted paga una cantidad fija (copago) cuando recibe servicios dentales. Ninguno de los planes tiene un máximo anual que paga por beneficios cubiertos (con algunas excepciones).

DeltaCare es administrado por Delta Dental of Washington. Su red es DeltaCare (Grupo 09601).

Willamette Dental Group está suscrito por Willamette Dental of Washington, Inc. Su red es Willamette Dental Group, P.C., con consultorios dentales en Washington, Oregon y Idaho. Willamette Dental Group administra su propia red dental (WA733).

¿Cómo funciona el Uniform Dental Plan (UDP)?

UDP es un plan de organizaciones proveedoras preferidas (PPO). Usted puede elegir a cualquier proveedor dental, y cambiar de proveedor en cualquier momento. Más de tres de cada cuatro dentistas en el Estado de Washington participan en esta PPO.

Cuando consulte a un proveedor preferido en la red, sus gastos por cuenta propia generalmente son más bajos que si eligiera a un proveedor que no forma parte de esta red. Dentro del UDP, usted paga un porcentaje del monto permitido del plan (coaseguro) por los servicios dentales, después de cubrir el deducible anual. UDP paga hasta un máximo anual de $1,750 por los beneficios cubiertos para cada dependiente inscrito, incluidas las visitas preventivas.

La red de UDP es Delta Dental PPO (Grupo 9600).

Opciones de planes dentales

Asegúrese de confirmar con su proveedor dental que acepta la red de su plan y su grupo específico del plan.

Nombre del plan	Tipo de plan	Red del plan	Número de grupo del plan
DeltaCare	Plan de atención administrada	DeltaCare	Grupo 09601
Uniform Dental Plan (UDP)	Plan de proveedores preferidos	Delta Dental PPO	Grupo 09600
Willamette Dental Group Plan	Plan de atención administrada	Willamette Dental Group, P.C.	WA733

Comparación de beneficios dentales de SEBB 2023

La siguiente tabla muestra lo que usted paga por los servicios dentales. Antes de seleccionar un plan o proveedor, compare los planes dentales para determinar qué servicios cubren, cuáles proveedores están en la red y los costos de su atención. Para obtener información sobre beneficios y exclusiones específicos, consulte el certificado de cobertura (COC) del plan o comuníquese directamente con el plan. Si algo en estas tablas entra en conflicto con el COC del plan, el COC tiene prioridad y prevalece.

DeltaCare y Willamette Dental Group son planes de atención administrada. Usted debe seleccionar y recibir atención de un proveedor primario de atención dental en la red de ese plan.

Uniform Dental Plan es un plan de organizaciones proveedoras preferidas (PPO). Usted puede elegir a cualquier proveedor dental, y cambiar de proveedor en cualquier momento. Debe cubrir el deducible antes de que el plan pague la mayoría de los servicios de este plan.

Todos los planes dentales incluyen una cláusula de no duplicación de beneficios, que se aplica cuando usted tiene cobertura dental en más de una cuenta.

Costo de los beneficios (Lo que usted paga)	**Planes de atención administrada**		**Organización de proveedores preferentes (PPO)**	
	DeltaCare (Grupo 09601)	**Willamette Dental Group** (Grupo WA733)[1]	**Uniform Dental Plan** (Grupo 09600 Delta Dental PPO)	
			PPO y fuera del estado	**No PPO**
Costos anuales				
Deducible	Nada		Usted paga $50/persona, $150/familia	
Máximo anual	Nada		Usted paga las cantidades por encima de $1,750	
Servicios				
Coronas	$100 a $175		50%	60%
Dentaduras postizas	$140 por superiores o inferiores completas		50%	60%
Rellenos	$10 a $50		20%	30%
Tratamiento no quirúrgico de articulación temporo-mandibular	30% del costo, después, cualquier cantidad después de que el plan haya pagado $1,000 por año, después cualquier cantidad por encima de $5,000 en la vida del miembro	Cualquier cantidad después de que el plan haya pagado $1,000 por año, después cualquier cantidad por encima de $5,000 en la vida del miembro	30% del costo hasta que el plan haya pagado $500, después, cualquier cantidad por encima de $500 en la vida del miembro	
Cirugía bucal	$10 a $50 para extraer un diente		20%	30%
Ortodoncia	Copago de hasta $1,500 por caso		50% del costo hasta que el plan haya pagado $1,750; luego cualquier cantidad por encima de $1,750 en la vida del miembro (no se aplica el deducible)	
Cirugía ortognática	30% del costo hasta que el plan haya pagado $5,000; luego cualquier cantidad por encima de $5,000 en la vida del miembro		30% del costo hasta que el plan haya pagado $5,000; luego cualquier cantidad por encima de $5,000 en la vida del miembro	
Servicios periodontales (tratamiento de enfermedades de las encías)	$15 a $100		20%	30%
Servicios preventivos	$0		$0 (no aplica el deducible)	20%
Endodoncia (tratamiento de canal)	$100 a $150		20%	30%

La HCA tiene el compromiso de ofrecer un acceso equitativo a nuestros servicios. Si necesita una adaptación o necesita documentos en otro formato, comuníquese con: **Empleados:** Su oficina de nóminas o beneficios. **Miembros de la continuación de la cobertura de SEBB:** Llámenos al 1-800-200-1004 (TRS: 711).

1 Suscrito por el plan de atención administrada de Willamette Dental of Washington, Inc.

Selección de un plan de cuidado de la vista

Si es elegible para los beneficios del Programa SEBB, se incluye cobertura de cuidado de la vista para usted y sus dependientes elegibles; su empleador paga la prima. Si no selecciona un plan de cuidado de la vista, se le inscribirá automáticamente en MetLife Vision. Usted y cualquier dependiente inscrito deben inscribirse en el mismo plan de visión SEBB. Consulte la "Comparación de beneficios de cuidado de la vista" que inicia en la siguiente página, o vea los detalles en los certificados de cobertura de los planes.

Antes de seleccionar un plan de cuidado de la vista, verifi que con el plan (no con el proveedor) para ver si el proveedor de cuidado de la vista que desea está en la red del plan. Puede llamar al número de servicio al cliente del plan de cuidado de la vista (que figura al principio de esta guía) o utilizar el directorio en línea de la red del plan de cuidado de la vista.

Opciones de planes de cuidado de la vista

Hay tres planes de cuidado de la vista del Programa SEBB para elegir.

- Davis Vision, suscrito por HM Life Insurance Company
- EyeMed Vision Care, suscrito por Fidelity Security Life Insurance Company
- MetLife Vision, suscrito por Metropolitan Life Insurance Company

Comparación de beneficios de cuidado de la vista de SEBB 2023

Las cifras que figuran a continuación muestran lo que usted paga por los servicios dentro de la red. **Las cantidades entre paréntesis muestran lo que el plan le reembolsaría por servicios fuera de la red.** Si algo en estas tablas entra en conflicto con el certificado de cobertura (COC) del plan de cuidado de la vista, el COC tiene prioridad y prevalece. Para obtener información sobre beneficios y exclusiones específicos, consulte el COC del plan o comuníquese directamente con el plan.

Adultos de 19 años o más (lo que usted paga)	**Davis Vision**	**EyeMed**	**MetLife**
Servicio de cuidado de la vista			
Examen de la vista de rutina (una vez por año calendario, a partir del 1 de enero)	$0 ($40)	$0 ($84)	$0 ($45)
Monturas (se renueva cada 1 de enero en años pares)	$0 hasta $150, luego el 80% del saldo ($50); $0 en Visionworks; o por cualquiera de la colección Davis Vision Frame	$0 hasta $150, luego 80% del saldo ($75)	$0 hasta $150, luego el 80% del saldo ($70); o asignación de $85 en Costco, Walmart o Sam's Club
Lentes (se renueva cada 1 de enero en años pares)	$0 (monofocal $40; bifocal $60; trifocal $80; lenticular $100)	$0 (monofocal $25; bifocal $40; trifocal $55; lenticular $55)	$0 (monofocal $30; bifocal $50; trifocal $65; lenticular $100)
Lentes progresivas (se renueva cada 1 de enero en años pares)	$50 a $175 ($60)	$55 a $175 ($55)	$0 a $175 ($50)
Mejoras de lentes[1]			
Recubrimiento antirreflejos	$35 a $85	$45 a $85 ($5)	$41 a $85
Resistente a rayaduras	$0	$0 ($5)	$17 a $33
Policarbonato	$30	$40	$31 a $35
Fotocrómicas/de transición	$65	$75	$47 a $82
Polarizados	$75	80% del precio minorista	80% del precio minorista
Con color	$0	$15	$17 a $44
Tratamiento UV	$12	$15	$0
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)[2]			
Convencionales	$0 hasta $150, luego el 85% del saldo ($105); o 4 cajas de lentes Collection	$0 hasta $150, luego 85% del saldo ($150)	$0 hasta $150, luego 100% del saldo ($105)
Desechables	$0 hasta $150, luego el 85% del saldo ($105); o 8 cajas de lentes Collection	$0 hasta $150, luego 100% del saldo ($150)	$0 hasta $150, luego 100% del saldo ($105)
Médicamente necesario	$0 ($225)	$0 ($300)	$0 ($210)
Tratamientos adicionales para miembros			
Anteojos de prescripción adicionales	30% de descuento (se aplican algunas limitaciones)	Hasta 40% de descuento en pares completos	20% de descuento (se aplican algunas limitaciones)
Cirugía LASIK	40% a 50% de descuento del precio nacional promedio de LASIK tradicional	15% de descuento del precio minorista o 5% de descuento en una oferta promocional	15% de descuento del precio minorista o 5% de descuento en una oferta promocional

1 Para Davis Vision y EyeMed, no hay disponibles reembolsos por mejoras a lentes fuera de la red, a menos que se indiquen entre paréntesis. Para MetLife, el reembolso por mejoras a lentes fuera de la red se aplica al monto del reembolso fuera de la red por cada lente (monofocal, $30; bifocal, $50; trifocal, $65; lenticular, $100; progresiva, $50)

2 Los miembros de EyeMed pueden usar tanto su asignación de $150 para lentes de contacto como su asignación de $150 para monturas en la misma visita. Su proveedor le ofrecerá un 20% de descuento en las lentes para sus monturas.

Hijos menores de 19 años (lo que usted paga)	**Davis Vision**	**EyeMed**	**MetLife**
Servicio de cuidado de la vista (una vez por año calendario)			
Examen de rutina de la vista	$0 ($40)	$0 ($90)	$0 ($45)
Marcos	$0 hasta $150, luego el 80% del saldo ($50); $0 en Visionworks; o por cualquiera de la colección Davis Vision Frame	$0 hasta $150, luego 80% del saldo ($75)	$0 hasta $150, luego el 80% del saldo ($70); o asignación de $85 en Costco, Walmart o Sam's Club
Lentes	$0 (monofocal $40; bifocal $60; trifocal $80; lenticular $100)	$0 (monofocal, $25; bifocal, $35; trifocal, $53; lenticular, $53)	$0 (monofocal $30; bifocal $50; trifocal $65; lenticular $100)
Lentes progresivos	$50 a $175	$0 a $175 ($40)	$0 a $175 ($50)
Mejoras de lentes			
Revestimiento antirreflejante (depende del nivel de revestimiento)	$35 a $85	$45 a $85 ($5)	$41 a $85
Resistente a rayaduras	$0	$0 ($8)	$0
Policarbonato	$0	$0 ($20)	$0
Fotocrómicas/de transición	$0	$75	$47 a $82
Polarizados	$75	$0	$0
Con color	$0	$15	$17 a $44
Tratamiento UV	$0	$15	$0
Lentes de contacto (en lugar de anteojos)[1]			
Convencionales	$0 hasta $300, luego el 85% del saldo ($105); o 4 cajas de lentes Collection	Cualquier cantidad superior a $300 (50% del cargo hasta $300)	Cualquier cantidad sobre $300 ($105)
Desechables	$0 hasta $300, luego el 85% del saldo ($105); o 8 cajas de lentes Collection		
Médicamente necesario	$0 ($225)		$0 ($210)
Tratamientos adicionales para miembros			
Anteojos de prescripción adicionales	30% de descuento (se aplican algunas limitaciones)	Hasta 40% de descuento en pares completos	20% de descuento (se aplican algunas limitaciones)
Cirugía LASIK	40% a 50% de descuento del precio nacional promedio de LASIK tradicional	15% de descuento del precio minorista o 5% de descuento en una oferta promocional	15% de descuento del precio minorista o 5% de descuento en una oferta promocional

1 Los miembros de EyeMed pueden usar tanto su asignación de $150 para lentes de contacto como su asignación de $150 para monturas en la misma visita. Su proveedor le ofrecerá un 20% de descuento en las lentes para sus monturas.

Seguro de vida y AD&D

El Programa SEBB proporciona un seguro básico de vida y seguro básico de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) sin costo alguno para los empleados escolares que son elegibles para las contribuciones del empleador a los beneficios de SEBB. Se le inscribirá automáticamente en un seguro básico de vida y en un seguro básico de AD&D, incluso si rechaza la cobertura médica. También puede inscribirse en un seguro suplementario de vida y un seguro suplementario de AD&D para usted y sus dependientes elegibles.

El seguro de vida suplementario no está disponible para los empleados escolares cuya elegibilidad se negoció localmente según el Código Administrativo de Washington (WAC) 182-30-130. Consulte "Elegibilidad del empleado" en la página 12.

El seguro de vida y AD&D es provisto por Metropolitan Life Insurance Company (MetLife), número de plan 219743. La siguiente información es solamente un resumen de los beneficios. Si algo entra en conflicto con el certificado de cobertura (COC), el COC prevalece. Para ver el COC, visite *Forms & publications (Formularios y publicaciones)* en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee** o llame a MetLife al 1-833-854-9624. También puede encontrar el certificado de cobertura en el sitio de internet de MetLife en **metlife.com/wshca-sebb**.

¿Qué es el seguro básico de vida (pagado por el empleador)?

Como empleado, usted es inscrito automáticamente en un seguro básico de vida que lo cubre a usted y les paga a sus beneficiarios designados en caso de su fallecimiento. Este beneficio es pagado por su empleador, y no tiene que proporcionar evidencia de asegurabilidad (comprobantes de buena salud). La cobertura del seguro básico de vida es de $35,000 por su fallecimiento por cualquier causa.

¿Qué es el seguro suplementario de vida (pagado por el empleado)?

Puede contratar los siguientes tipos de seguros de vida suplementarios.

Para empleados

Puede inscribirse en un seguro suplementario de vida para usted en múltiplos de $10,000, hasta $1 millón. Puede contratar una cobertura hasta por $500,000 (el monto de la cobertura garantizada) sin evidencia de asegurabilidad si la selecciona **a más tardar 31 días** después de ser elegible para la contribución del empleador para los beneficios de SEBB. Siempre se requiere evidencia de asegurabilidad para coberturas superiores a $500,000, hasta un máximo de $1 millón.

Para su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado

Si se inscribe en un seguro suplementario de vida, puede inscribir también a su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado en múltiplos de $5,000 hasta $500,000, sin exceder la mitad del monto suplementario que contrate para usted como empleado. Puede contratar para ellos una cobertura hasta por $100,000 (el monto de la cobertura garantizada) sin evidencia de asegurabilidad si la selecciona **a más tardar 31 días** después de ser elegible para la contribución del empleador para los beneficios de SEBB. Siempre se requiere evidencia de asegurabilidad para coberturas superiores a $100,000, hasta un máximo de $500,000.

Para los hijos

Si se inscribe en un seguro de vida suplementario para usted, puede inscribir a sus hijos en incrementos de $5,000 hasta $20,000 (el monto de la cobertura garantizada) sin evidencia de asegurabilidad. Una prima cubre a todos sus hijos inscritos.

Evidencia de asegurabilidad

MetLife debe aprobar su evidencia de asegurabilidad si solicita:

- Más de $500,000 en seguro suplementario de vida para el empleado **a más tardar 31 días** después de ser elegible para los beneficios de SEBB.
- Más de $100,000 en seguro suplementario de vida para su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado **a más tardar 31 días** después de ser elegible para los beneficios de SEBB.
- Cualquier cantidad de seguro de vida suplementario para usted, su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado **después de 31 días** de que se vuelva elegible para los beneficios de SEBB.

¿Cuánto cuesta el seguro suplementario de vida?

La tabla que está en la siguiente página muestra el costo mensual de $1,000 de cobertura, con base en su edad (del empleado) al 31 de diciembre de 2022, y el consumo de tabaco de la persona asegurada.

Tarifas mensuales del seguro suplementario de vida

Edad del empleado	Costo mensual por $1,000	
	No consumidor de tabaco	Consumidor de tabaco
Menos de 25	$0.038	$0.050
25–29	$0.042	$0.060
30–34	$0.046	$0.080
35–39	$0.058	$0.090
40–44	$0.088	$0.100
45–49	$0.128	$0.150
50–54	$0.188	$0.230
55–59	$0.346	$0.400
60–64	$0.534	$0.630
65–69	$0.962	$1.220
70 o más	$1.438	$1.988
Costo por sus hijos	$0.124	N/A

¡Es bueno saberlo!

Ejemplo de seguro suplementario de vida

Para contratar una cobertura para usted, la tarifa mensual para una persona de 40 a 44 años de edad que no consume tabaco es de $0.088 por $1,000 de cobertura. Para $10,000 de cobertura de seguro suplementario de vida, el costo mensual es de $0.88.

$10,000 de cobertura:	10
Rango de edad de 40–44 años:	x 0.088
Costo mensual:	$0.88

¿Cuándo puedo inscribirme en un seguro suplementario de vida?

Puede inscribirse en un seguro suplementario de vida para usted o sus dependientes en cualquier momento. Los montos de cobertura garantizada de la página anterior están disponibles sin entregar evidencias de asegurabilidad cuando su inscripción sea a más tardar:

- **31 días** después de la fecha en que se vuelva elegible para los beneficios de SEBB.
- **60 días** después de la fecha del matrimonio o del registro de una sociedad doméstica registrada en el estado.
- **60 días** después del nacimiento o la adopción de un hijo. Un hijo recién nacido debe tener por lo menos 14 días de edad antes de que entre en vigor la cobertura de seguro suplementario de vida para dependiente.
- **60 días** después de que un hijo se vuelva elegible como dependiente extendido a través de la custodia legal o la tutela legal.

Después de inscribir a un hijo en el seguro de vida para dependientes, todos los demás hijos que inscriba estarán cubiertos por la misma cantidad desde la fecha en que cada uno se vuelva elegible, de acuerdo con el certificado de cobertura de MetLife. Si solicita o cambia la cobertura de seguro suplementario de vida del empleado, el cónyuge o la pareja doméstica registrada en el estado después de la fecha límite, deberá entregar evidencias de asegurabilidad a MetLife para su aprobación, sin importar la cantidad de cobertura solicitada.

Las solicitudes que se entreguen dentro de las fechas límite anteriores para recibir coberturas superiores al monto de la cobertura garantizada (como se describe en "¿Qué es el seguro suplementario de vida (pagado por el empleado)?" en la página 51) solamente requerirán evidencias de asegurabilidad por las cantidades que excedan a la cobertura garantizada. Si la cantidad excedente es denegada, el empleado o familiar será inscrito con el monto de la cobertura garantizada.

¿Cómo me inscribo en un seguro suplementario de vida?

Inscríbase en línea usando el portal *MyBenefits* de MetLife en **mybenefits.metlife.com/wasebb a más tardar 31 días** después de volverse elegible para los beneficios de SEBB o a más tardar 60 días después de adquirir un nuevo dependiente debido a un matrimonio, un registro como pareja doméstica, el nacimiento o la adopción de un niño, o un dependiente extendido por custodia legal o tutela legal. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción o necesita formularios impresos, llame a MetLife al 1-833-854-9624.

¿Cómo cancelo un seguro suplementario de vida (pagado por el empleado)?

Puede cancelar su seguro de vida suplementario en cualquier momento, entregando el formulario de *cancelación del seguro suplementario de vida y AD&D de SEBB* a MetLife, o llamando directamente a MetLife al teléfono 1-833-854-9624. En el caso de dependientes que ya no sean elegibles debido a eventos tales como un divorcio o a que un hijo cumplió 26 años de edad, debe darse aviso lo antes posible para evitar el sobrepago de primas y la pérdida de elegibilidad para la portabilidad o la conversión de la cobertura.

¿Cómo creo una cuenta en línea con MetLife?

1. Visite el portal *MyBenefits* de MetLife en **mybenefits.metlife.com/wasebb**. Aparecerá una pantalla Welcome to MyBenefits (Bienvenido a MyBenefits).
2. Debe ver "WA State Health Care Authority SEBB" en el cuadro *Account Sign-in (Registro de cuenta)*.
3. Seleccione el botón *Register now (Registrarse ahora)*.
4. Llene el formulario de registro y siga el proceso de verificación.
5. Seleccione *Go to Accounts (Ir a cuentas)* en la ventana emergente de confirmación del registro.

Si tiene preguntas sobre la inscripción o el sitio de internet de MetLife o necesita formularios impresos, llame a MetLife al 1-833-854-9624, de lunes a viernes, de 5 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico) excepto por los principales días feriados.

¡Es bueno saberlo!

Designe beneficiarios para su seguro de vida y AD&D

Debe nombrar a un beneficiario para su seguro de vida y AD&D, incluso si no se inscribe en una cobertura suplementaria. Para nombrar o modificar a sus beneficiarios, use el portal *MyBenefits* de MetLife en **mybenefits.metlife.com/wasebb**. También puede llamar a MetLife al 1-833-854-9624 para solicitar un formulario de *Designación de beneficiario del seguro de vida a término colectivo* o puede descargar el formulario en la sección *Forms & publications (Formularios y publicaciones)* del sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee**. También puede designar a un beneficiario por teléfono, llamando a servicio al cliente de MetLife al 1-833-854-9624.

¿Puedo rechazar el seguro básico de vida y AD&D?

Si es elegible para los beneficios de SEBB, no puede rechazar el seguro básico de vida y AD&D. Sin embargo, si tiene alguna objeción a esta cobertura tiene dos opciones:

- Puede nombrar a una organización de caridad como su beneficiaria.
- En su formulario de inscripción, puede dejar en blanco la información del beneficiario. Avise a su familia y a las personas que se encarguen de su herencia que no presenten una reclamación después de su fallecimiento. Si decide no identificar a un beneficiario, el monto del beneficio será entregado al estado como bienes abandonados.

Si dejo el empleo, ¿puedo continuar con la cobertura del seguro de vida?

Si es elegible para la portabilidad o conversión debido a que ya no trabaja o por otras razones, MetLife le enviará información y una solicitud. Llame al equipo de servicio al cliente de MetLife al teléfono 1-833-854-9624 después de dejar su empleo si no recibe una solicitud de portabilidad o conversión por correo. Al transferir o convertir su cobertura de seguro de vida de empleado, su cobertura se convertirá en una póliza individual que no está vinculada al Programa SEBB.

Disposición de portabilidad

Según la disposición de portabilidad, usted puede solicitar la continuación parcial o total de sus seguros básico de vida y suplementario de vida, así como de los seguros suplementarios de vida de sus dependientes. Debe estar inscrito activamente y presentar su solicitud **dentro de un plazo de 60 días** desde que finalizó su cobertura para tener la oportunidad de continuar su cobertura a través de la portabilidad. El seguro de vida para dependientes puede continuarse incluso si decide no continuar con su seguro de vida.

Para continuar con el seguro de vida según la disposición de portabilidad, debe presentar una solicitud a MetLife **dentro de un plazo de 60 días** de la fecha en que termine su seguro de vida del Programa SEBB, incluso si se cambia a un seguro de vida a término para jubilados de PEBB. Se puede convertir cualquier cantidad de seguro de vida no transferido.

Disposición de conversión

Puede solicitar que se convierta su seguro básico de vida, su seguro suplementario de vida o los seguros de vida de sus dependientes a una póliza individual. El monto de la póliza individual será igual (o si lo elige, menor que) el monto del seguro de vida que usted o sus dependientes asegurados tenían en la fecha de terminación de la póliza que está convirtiendo.

Tiene **60 días** para solicitar la cobertura de conversión después de que finalice su seguro de vida de empleado con SEBB. Llame a MetLife al 1-833-854-9624 si tiene alguna pregunta.

¿Hay un beneficio acelerado en la cobertura de seguro de vida del Programa SEBB?

Sí, nuestros planes de seguro de vida básico y suplementario tienen una opción de beneficios acelerados. Si un suscriptor sufre una enfermedad terminal y se prevé que fallecerá en menos de 24 meses, puede solicitar recibir una parte del beneficio de su seguro de vida antes de su fallecimiento.

Los suscriptores pueden recibir hasta el 80 por ciento del monto de su beneficio básico de vida, sin exceder $28,000. Los suscriptores pueden recibir hasta el 80 por ciento del monto combinado de sus beneficios básico de vida y suplementario de vida, sin exceder $500,000. Esta opción también está disponible para los seguros de vida de cónyuges o parejas domésticas registradas en el estado

dependientes. Recuerde que el máximo beneficio acelerado para un cónyuge o una pareja doméstica registrada en el estado es el 80 por ciento del monto del seguro de vida del dependiente, sin exceder $400,000.

¿Qué es el seguro básico de AD&D (pagado por el empleador)?

Se le inscribirá automáticamente en el seguro básico de muerte y desmembramiento accidental (AD&D), que provee beneficios por ciertas lesiones o la muerte debido a un accidente cubierto. Este beneficio es pagado por su empleador. La cobertura básica de AD&D es de $5,000.

¿Qué es el seguro suplementario de AD&D (pagado por el empleado)?

Puede contratar los siguientes tipos de seguros suplementarios de AD&D.

Para empleados

Puede inscribirse en la cobertura suplementaria de AD&D en múltiplos de $10,000 hasta $250,000. El seguro suplementario de AD&D no cubre la muerte y el desmembramiento por causas no accidentales y nunca requiere evidencia de asegurabilidad.

Para su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado

Si se inscribe en un seguro suplementario de AD&D para usted, puede elegir cubrir a su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado en múltiplos de $10,000 hasta $250,000. No se requiere evidencia de asegurabilidad.

Para los hijos

Si se inscribe en un seguro de vida suplementario de AD&D para usted, puede inscribir a sus hijos en múltiplos de $5,000 hasta $25,000. Una prima cubre a todos sus hijos inscritos. No se requiere evidencia de asegurabilidad.

Tarifas mensuales del seguro suplementario de AD&D

Costo mensual por $1,000	
Empleado	$0.019
Cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado	$0.019
Todos los hijos dependientes	$0.016

¡Es bueno saberlo!

Ejemplo de seguro suplementario de AD&D

Para cubrirse a sí mismo, la tarifa mensual es de $0.019 por cada $1,000 de cobertura. Para $10,000 de cobertura de seguro suplementario de AD&D, el costo mensual es de $0.19.

$10,000 de cobertura:	10
Tarifa mensual:	x 0.019
Costo mensual:	$ 0.19

¿Cuándo puedo inscribirme en un seguro suplementario de AD&D?

Puede inscribirse en un seguro suplementario de AD&D en cualquier momento. El seguro suplementario de AD&D nunca requiere evidencia de asegurabilidad.

¿Cómo me inscribo en un seguro suplementario de AD&D?

Inscríbase en línea utilizando el portal *MyBenefits* de MetLife en **mybenefits.metlife.com/wasebb**. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción o necesita solicitar un formulario, llame a MetLife al 1-833-854-9624.

¿Cómo cancelo un seguro suplementario de AD&D (pagado por el empleado)?

Puede cancelar su seguro suplementario de AD&D en cualquier momento, entregando el formulario de *cancelación del seguro suplementario de vida y AD&D de SEBB* a MetLife, o llamando directamente a MetLife al teléfono 1-833-854-9624. En el caso de dependientes que ya no sean elegibles debido a eventos tales como un divorcio o a que un hijo cumplió 26 años de edad, debe darse aviso lo antes posible para evitar el sobrepago de primas y la pérdida de elegibilidad para la portabilidad o la conversión de la cobertura.

Seguro de incapacidad a largo plazo

El seguro de incapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) le paga una parte de su salario mensual si usted no puede trabajar a causa de una lesión o enfermedad grave. El Programa SEBB ofrece dos tipos de seguro de LTD:

- Pagado por el empleador
- Pagado por el empleado

El seguro de LTD no está disponible para los empleados escolares cuya elegibilidad se negoció a nivel local de acuerdo con el WAC 182-30-130 (consulte la sección "Elegibilidad del empleado" en la página 12).

Estos beneficios se prestan a través de Standard Insurance Company a tarifas colectivas competitivas. La siguiente información es solamente un resumen de los beneficios. Si algo entra en conflicto con el folleto del plan de LTD, el folleto del plan de LTD tiene prioridad y prevalece. Para ver el folleto del plan de LTD u obtener formularios, vaya a la página de internet del *seguro de incapacidad a largo plazo* en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-ltd** o comuníquese con su oficina de nóminas o beneficios.

¿Qué se considera incapacidad?

La incapacidad se define no poder desempeñar con una continuidad razonable los deberes de su propia ocupación debido a una enfermedad, lesión o embarazo durante el período de espera de beneficios y los primeros 24 meses por los cuales se pagan beneficios por LTD. Durante este período, usted es considerado como parcialmente incapacitado si está trabajando pero no puede ganar más del 80 por ciento de sus ingresos indizados previos a la incapacidad.

Después de los primeros 24 meses, la incapacidad debida a una enfermedad, lesión o embarazo significa no poder desempeñar con una continuidad razonable las funciones esenciales de cualquier ocupación remunerada para la cual usted pueda razonablemente obtener preparación, capacitación o experiencia. Durante este período, usted es considerado como parcialmente incapacitado si está trabajando pero no puede ganar más del 60 por ciento de sus ingresos indizados previos a la incapacidad en esa ocupación o en cualquier otra ocupación que sea razonablemente capaz de desempeñar.

¿Qué es el seguro de LTD pagado por el empleador?

El seguro de LTD pagado por el empleador ofrece cobertura sin costo a los empleados escolares que son elegibles para recibir las aportaciones del empleador a los beneficios de SEBB. En caso de ocurrir una incapacidad, el seguro de LTD pagado por el empleador le provee un beneficio mensual, con un mínimo de $100 o del 10 por ciento del beneficio de LTD antes de los ingresos deducibles, lo que sea mayor. **El beneficio mensual máximo es de $400 al mes.** El importe que usted recibe se basa en el 60 por ciento de los primeros $667 de sus ingresos previos a la incapacidad.

¡Es bueno saberlo!

Será inscrito automáticamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado

Si es elegible, será inscrito automáticamente en un plan de LTD pagado por el empleado que cubre el 60 por ciento de sus ingresos asegurados, con un período de espera para beneficios de 90 días.

En cualquier momento puede reducirlo a una cobertura de 50 por ciento con menor costo, o rechazar la cobertura. Si más adelante decide inscribirse o aumentar la cobertura, tendrá que proporcionar una evidencia de asegurabilidad y recibir la aprobación de la aseguradora.

¿Qué es el seguro de LTD pagado por el empleado?

Si es elegible para el seguro de LTD pagado por el empleador, también se le inscribirá automáticamente en el seguro de LTD pagado por el empleado que cubre el 60 por ciento de sus ingresos mensuales previos a la incapacidad (hasta $16,667).

En cualquier momento puede reducir su LTD pagado por el empleado a un nivel de cobertura de 50 por ciento con menor costo, o rechazar la cobertura. Si más adelante decide inscribirse o aumentar la cobertura, tendrá que proporcionar una evidencia de asegurabilidad y recibir la aprobación de la aseguradora.

En caso de sufrir una incapacidad, el seguro de LTD pagado por el empleado le pagará un beneficio mensual que se basa en el 60 por ciento o el 50 por ciento (dependiendo del nivel de cobertura que eligió) de sus ingresos mensuales previos a la incapacidad (hasta $16,667) menos los ingresos deducibles. El mínimo es de $100 al mes o del 10 por ciento del beneficio de LTD antes de los ingresos deducibles, lo que sea mayor. El beneficio máximo es de $10,000 al mes para el nivel de 60 por ciento de cobertura, o $8,333 para el nivel de 50 por ciento de cobertura.

¿Cuánto cuesta el seguro de LTD pagado por el empleado?

Su prima mensual de LTD pagado por el empleado se basa en su nivel de cobertura deseada (ya sea 60 por ciento o 50 por ciento), su edad y sus ingresos mensuales previos a la incapacidad (sueldo base). Para encontrar su prima con rapidez, use la calculadora de primas en el sitio de internet de Standard en **standard.com/calculator-wasebb**.

Tarifas del seguro de LTD pagado por el empleado

Estas tarifas se basan en la edad del empleado el 1 de enero de 2023, excepto en el caso de empleados que se vuelven elegibles por primera vez. En el caso de los empleados que se vuelven elegibles, las tarifas se basarán en su edad en la fecha de su inscripción para el primer año calendario de cobertura.

Edad	Tasa del 60%	Tasa del 50%
Menos de 30	0.0011	0.0007
30-34	0.0015	0.0009
35-39	0.0023	0.0014
40-44	0.0032	0.0019
45-49	0.0044	0.0026
50-54	0.0060	0.0036
55-59	0.0072	0.0044
60-64	0.0075	0.0045
65 o más	0.0076	0.0046

Ejemplos de primas pagadas por el empleado

Su prima exacta depende de su edad, sus ingresos mensuales previos a la incapacidad, y el nivel de cobertura que elija. Aquí hay algunos ejemplos.

Ejemplos de primas, por ingresos mensuales previos a la incapacidad y edad, al nivel de cobertura de 60%

Ingresos mensuales	0-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 o más
$3,000	$3.30	$4.50	$6.90	$9.60	$13.20	$18.00	$21.60	$22.50	$22.80
$4,000	$4.40	$6.00	$9.20	$12.80	$17.60	$24.00	$28.80	$30.00	$30.40
$5,000	$5.50	$7.50	$11.50	$16.00	$22.00	$30.00	$36.00	$37.50	$38.00
$6,000	$6.60	$9.00	$13.80	$19.20	$26.40	$36.00	$43.20	$45.00	$45.60
$7,000	$7.70	$10.50	$16.10	$22.40	$30.80	$42.00	$50.40	$52.50	$53.20
$8,000	$8.80	$12.00	$18.40	$25.60	$35.20	$48.00	$57.60	$60.00	$60.80
$9,000	$9.90	$13.50	$20.70	$28.80	$39.60	$54.00	$64.80	$67.50	$68.40
$10,000	$11.00	$15.00	$23.00	$32.00	$44.00	$60.00	$72.00	$75.00	$76.00
$11,000	$12.10	$16.50	$25.30	$35.20	$48.40	$66.00	$79.20	$82.50	$83.60
$16,667 (máx.)	$18.33	$25.00	$38.33	$53.33	$73.33	$100.00	$120.00	$125.00	$126.67

Ejemplos de primas, por ingresos mensuales previos a la incapacidad y edad, al nivel de cobertura de 50%

Ingresos mensuales	0-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 o más
$3,000	$2.10	$2.70	$4.20	$5.70	$7.80	$10.80	$13.20	$13.50	$13.80
$4,000	$2.80	$3.60	$5.60	$7.60	$10.40	$14.40	$17.60	$18.00	$18.40
$5,000	$3.50	$4.50	$7.00	$9.50	$13.00	$18.00	$22.00	$22.50	$23.00
$6,000	$4.20	$5.40	$8.40	$11.40	$15.60	$21.60	$26.40	$27.00	$27.60
$7,000	$4.90	$6.30	$9.80	$13.30	$18.20	$25.20	$30.80	$31.50	$32.20
$8,000	$5.60	$7.20	$11.20	$15.20	$20.80	$28.80	$35.20	$36.00	$36.80
$9,000	$6.30	$8.10	$12.60	$17.10	$23.40	$32.40	$39.60	$40.50	$41.40
$10,000	$7.00	$9.00	$14.00	$19.00	$26.00	$36.00	$44.00	$45.00	$46.00
$11,000	$7.70	$9.90	$15.40	$20.90	$28.60	$39.60	$48.40	$49.50	$50.60
$16,667 (máx.)	$11.67	$15.00	$23.33	$31.67	$43.33	$60.00	$73.33	$75.00	$76.67

¿Cuándo me inscribirán automátlcamente en el seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado?

Será inscrito automáticamente en un seguro de incapacidad a largo plazo pagado por el empleado durante su período inicial de 31 días desde la inscripción. No necesitará entregar una evidencia de asegurabilidad. La cobertura comenzará cuando comiencen sus otros beneficios de SEBB. **Excepción:** La fecha de inicio puede ser diferente para un empleado escolar que recupera su elegibilidad al regresar del servicio activo en los servicios uniformados de acuerdo con la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo para los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés).

¿Cómo reduzco o rechazo mi seguro de LTD pagado por el empleado?

Puede reducir o rechazar el seguro de LTD pagado por el empleado en cualquier momento.

Puede usar SEBB My Account para reducirlo a un nivel de cobertura de 50 por ciento con menor costo, o rechazar la cobertura. Para reducir, rechazar, inscribirse o aumentar la cobertura, use el formulario de *Inscripción y modificación del seguro de incapacidad a largo plazo 2023*. El formulario está disponible en la página de incapacidad a largo plazo de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-ltd**.

Si rechaza la LTD pagada por el empleado **dentro de un plazo de 31 días de su período de elegibilidad nueva**, no tendrá que pagar primas.

Si reduce o rechaza la LTD pagada por el empleado **después del período de 31 días de su elegibilidad nueva,** la fecha del cambio en la cobertura será el primer día del mes en que el empleador reciba la selección requerida. Si rechaza el seguro de LTD pagado por el empleado, se cobrarán las primas hasta que la cobertura haya terminado.

Si más adelante decide inscribirse o aumentar la cobertura, tendrá que proporcionar una evidencia de asegurabilidad. Un aumento en la cobertura entra en vigor el día en que se aprueba la evidencia de asegurabilidad.

Período de espera para beneficios de LTD pagado por el empleador y pagado por el empleado

Los beneficios comenzarán después del período de espera para beneficios, que es el período más prolongado entre los siguientes:

- 90 días
- El período completo de permiso por enfermedad (excluyendo permisos compartidos) para el que sea elegible;
- El "período fraccionado" de tiempo libre remunerado (PTO, por sus siglas en inglés) para el que es elegible, si su empleador tiene un plan de PTO, conforme se definan esos términos en la política;
- El período completo de otro permiso no vacacional con continuación del sueldo para el que usted sea elegible;
- El final del permiso familiar y médico remunerado de Washington por el cual recibe beneficios.

Los beneficios continúan durante su incapacidad hasta el período máximo de beneficios. Consulte la sección "¿Cuál es el período máximo de beneficios?" en la siguiente página.

¿Cuál es el período máximo de beneficios?

Tanto para el seguro de LTD pagado por el empleador como para el pagado por el empleado, el período máximo de beneficios significa la duración del beneficio, que se basa en su edad cuando comienza la incapacidad.

Edad	Período máximo de beneficios
Hasta 61 años	Hasta los 65 años o la SSNRA[1] o por 42 meses, lo que dure más.
62 años	Hasta la SSNRA o por 42 meses, lo que dure más
63 años	Hasta la SSNRA o por 36 meses, lo que dure más
64 años	Hasta la SSNRA o por 30 meses, lo que dure más
65 años	24 meses
66 años	21 meses
67 años	18 meses
68 años	15 meses
69 años o más	12 meses

Se aplican ciertos términos y condiciones.

El seguro de LTD tiene limitaciones, que incluyen una exclusión por condiciones preexistentes. Lea detenidamente su certificado de cobertura para entender este beneficio.

¿Preguntas?

Para recibir ayuda con su inscripción y el pago de sus primas, comuníquese con su oficina de beneficios o nóminas.

Para recibir ayuda con los detalles del plan, llame a Standard Insurance Company al 1-833-229-4177.

1 Edad normal de la jubilación del Seguro Social

FSA y DCAP

El Programa SEBB tiene varios beneficios que le permiten separar dinero antes de impuestos para pagar sus gastos por cuenta propia para servicios de salud y cuidado de dependientes:

- Acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico
- FSA de propósito limitado, para quienes están inscritos en un plan UMP con deducible alto
- Programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP)

Los tres están disponibles para los empleados escolares que son elegibles para los beneficios de SEBB. Puede inscribirse en el DCAP y en una de las siguientes dos opciones: FSA médica o FSA de propósito limitado. Debe inscribirse en un FSA médico, una FSA de propósito limitado o en el DCAP en cada año en el que desee participar. La inscripción no continúa automáticamente de un año del plan al siguiente. Puede elegir importes distintos para cada uno. Consulte la página de internet *Beneficios de vida, LTD, FSA y DCAP* en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee** para ver más información.

Estos beneficios no están disponibles para los empleados escolares cuya elegibilidad se negoció a nivel local de acuerdo con el WAC 182-30-130 (consulte la sección "Elegibilidad del empleado" en la página 12).

Estos beneficios son administrados por Navia Benefit Solutions, Inc. Para ver más detalles y los formularios, visite el sitio de internet de Navia en **sebb.naviabenefits.com** o llame al 1-800-669-3539. Envíe sus preguntas por correo electrónico a **customerservice@naviabenefits.com**.

¿Que es un acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico?

Un FSA médico y un FSA de propósito limitado le permiten reservar dinero de su cheque de nómina antes de impuestos para pagar ciertos costos que le correspondan por servicios de salud para usted y sus dependientes tributarios calificados. El importe que seleccione se deduce de su sueldo, dividido entre el número de cheques de nómina que recibirá durante el año calendario. El importe que seleccione se deducirá antes de impuestos, lo que reduce sus ingresos imponibles, por lo que no pagará impuestos federales sobre el dinero que destine a su FSA médico o su FSA de propósito limitado.

¿Cómo funciona una FSA?

No puede inscribirse en un FSA médico y en un FSA de propósito limitado en el mismo año. Si no está inscrito en un plan UMP con deducible alto y con una cuenta de ahorros de salud (HSA) y selecciona un FSA médico y una FSA de propósito limitado, solamente se le inscribirá en el FSA médico.

Puede aportar desde $120 hasta $2,850 por año calendario.

Para determinar cuánto le conviene contribuir, calcule sus gastos propios por médicos del año calendario e inscríbase en un FSA médico por ese monto. Para la FSA de propósito limitado, estime sus gastos dentales y de cuidado de la vista. Cuanto más preciso sea en la estimación de sus gastos, mejor uso podrá hacer de este beneficio.

El importe completo que decida separar para su FSA médico o su FSA de propósito limitado está disponible desde el primer día en que sus beneficios entren en vigor. **Excepción:** A diferencia de otros gastos calificados, los costos de ortodoncia se reembolsan solamente después de que usted le haya pagado al proveedor.

El importe que establezca como su selección anual no puede modificarse, a menos que durante el año le ocurra un evento habilitante que genere una inscripción abierta especial. Algunos eventos habilitantes comunes son nacimientos, adopciones, matrimonios y muertes. El cambio en su monto seleccionado debe ser congruente con el evento habilitante.

Si no ha agotado todos los fondos de su FSA médico o su FSA de propósito limitado el 31 de diciembre y aún está empleado y es elegible para este beneficio, quizá pueda aprovechar la característica de reinversión.

Debe entregar todas sus reclamaciones de reembolso de los servicios incurridos durante el año del plan 2023 a Navia Benefit Solutions, a más tardar el 31 de marzo de 2024.

¿Qué es la reinversión?

Tanto el FSA médico como la FSA de propósito limitado le permiten reinvertir los fondos restantes. La reinversión ayuda a reducir la cantidad de dinero que perderán los empleados, al permitirles conservarlo para años futuros. El IRS establece el importe máximo que los empleados pueden reinvertir cada año. Para 2023, el importe máximo de reinversión será por lo menos de $570. (Debido a las fechas en las que el IRS hace actualizaciones a este límite, no podemos incluir todas las actualizaciones en esta guía. Este importe de reinversión puede aumentar ligeramente. No disminuirá).

Si tiene por lo menos $120 en su cuenta de FSA médico o su FSA de propósito limitado al 31 de diciembre de 2023 y sigue empleado y es elegible para este beneficio, o si se inscribió en una FSA para el próximo plan con al menos $120, puede reinvertir hasta $570 de los fondos no utilizados en el siguiente año del plan, sin afectar los máximos anuales. Los fondos elegibles se transferirán a fines de enero de 2024. Los importes que excedan $570 se perderán y serán entregados a la Health Care Authority.

¿Qué es un FSA médico?

Su FSA médico lo ayuda a pagar los deducibles, copagos, coaseguros y muchos otros gastos. Puede usar este beneficio para sus gastos de servicios de salud o los de su cónyuge o sus dependientes tributarios calificados, incluso si no están inscritos en su plan médico, dental o de cuidado la vista de SEBB.

No puede inscribirse tanto en un FSA médico como en un plan UMP con deducible alto y una cuenta de ahorros de salud (HSA) en el mismo año del plan. Si lo hace, se le inscribirá solamente en la FSA de propósito limitado, consulte los detalles en la siguiente página.

¿Qué es una FSA de propósito limitado?

Los fondos de su FSA de propósito limitado pueden gastarse solamente en gastos dentales y de cuidado de la vista. Reembolsa esos gastos hechos para usted y para sus dependientes tributarios calificados. Este beneficio está destinado a suscriptores inscritos en un plan UMP con deducible alto con una HSA y permite que los afiliados ahorren los fondos de su HSA para gastos médicos. Su FSA de propósito limitado es compatible con su HSA, así que puede gastar fondos de ambas cuentas en el mismo año del plan.

¿Qué es el programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP)?

El DCAP le permite separar dinero de su cheque de nómina, antes de impuestos, para ayudarle a cubrir los gastos de cuidado de niños o adultos mayores calificados mientras usted y su cónyuge asisten a la escuela de tiempo completo, trabajan, o buscan trabajo.

Los dependientes calificados deben vivir con usted y tener 12 años de edad o menos. Un dependiente de 13 años o más solo es elegible si es física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo y regularmente pasa al menos ocho horas cada día en su hogar. El cuidado debe brindarse durante las horas en las que los padres o cuidadores trabajan, buscan trabajo o asisten a la escuela.

Puede reservar hasta $5,000 al año (para una persona soltera o una pareja casada que declara sus impuestos de manera conjunta) o $2,500 al año (por cada persona casada que declare sus impuestos por separado). La aportación anual mínima al DCAP es de $120.

El monto total de su aportación no puede ser mayor a sus ingresos o los ingresos de su cónyuge, los que sean menores. Sus ingresos para este fin son sus sueldos, salarios, propinas y otras formas de remuneración para empleados, así como los ingresos netos por trabajos por cuenta propia.

¿Cómo funciona el DCAP?

El DCAP le ayuda a pagar los gastos elegibles, que incluyen el cuidado de adultos mayores, servicios de niñeras, guardería, preescolar y cuotas de inscripción.

Estime sus gastos por cuidado de sus niños o adultos mayores para el año calendario e inscríbase en el DCAP por ese importe. El importe que seleccione se deduce de su sueldo, dividido entre el número de cheques de nómina que recibirá durante el año calendario. El importe que seleccione se deducirá de sus cheques de nóminas antes de impuestos, lo que reduce sus ingresos imponibles.

Debe incurrir todos los gastos a más tardar el 31 de diciembre de 2023 El DCAP no ofrece la posibilidad de reinversión. Entregue todas las reclamaciones de gastos del DCAP a Navia Benefit Solutions para su reembolso a más tardar el 31 de marzo de 2024. El dinero restante en su cuenta después de esa fecha será entregado a la Health Care Authority.

El DCAP funciona como una cuenta bancaria. El reembolso no puede exceder el saldo de la cuenta al momento de presentar su reclamación, y usted no recibirá reembolso alguno hasta después de que se preste el servicio.

¿Cuándo puedo inscribirme?

Puede inscribirse en el FSA médico, la FSA de propósito limitado y en el DCAP en los siguientes períodos:

- Durante la inscripción abierta anual **del Programa SEBB**
- **A más tardar 31 días** después de la fecha en que se vuelva elegible para los beneficios de SEBB
- **A más tardar 60 días** después de que usted o un dependiente elegible viva un evento habilitante que le conceda una inscripción abierta especial

¿Cómo me inscribo?

Antes de inscribirse, asegúrese de revisar lo siguiente en el sitio de internet de Navia en **sebb.naviabenefits.com**:

- *Guía de inscripción al FSA médico de SEBB*
- *Guía de inscripción a la FSA de propósito limitado de SEBB*
- *Guía de inscripción al DCAP de SEBB*

Durante la inscripción abierta anual del Programa SEBB, inscríbase en el FSA médico, la FSA de propósito limitado o el DCAP en el portal para miembros de Navia, o bien descargue el formulario de *inscripción abierta de SEBB* en **sebb.naviabenefits.com**. La inscripción en línea solamente está disponible durante el período de inscripción abierta anual. Para inscribirse en estos beneficios cuando tiene elegibilidad nueva para los beneficios de SEBB, descargue e imprima el *Formulario de Inscripción en el transcurso del año al Acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico, FSA de propósito limitado y programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP)* en el portal para miembros de Navia en **sebb.naviabenefits.com**. Debe entregar el formulario a su oficina de nóminas o beneficios **a más tardar 31 días** después de volverse elegible para los beneficios de SEBB.

Si se inscribe en plan UMP con deducible alto con una cuenta de ahorros de salud (HSA), tampoco puede inscribirse en un FSA médico en el mismo año del plan. Si lo hace, se le inscribirá solamente en la FSA de propósito limitado. Tampoco puede inscribirse en el FSA médico y en la FSA de propósito limitado en el mismo año del plan. Si no está inscrito en un plan UMP con deducible alto y con una HSA y selecciona un FSA médico y una FSA de propósito limitado, se le inscribirá en el FSA médico. Sin embargo, sí puede inscribirse en un FSA médico o en una FSA de propósito limitado y en el DCAP en el mismo año del plan.

Llame a Navia Benefit Solutions al 1-800-669-3539 si tiene preguntas.

¿Cuándo puedo cambiar mis selecciones?

Puede inscribirse o cambiar sus selecciones en un FSA médico, una FSA de propósito limitado o en el DCAP si le ocurre un evento de vida habilitante que le conceda una inscripción abierta especial. Su cambio de selección debe ser congruente con el evento habilitante. Por ejemplo, no puede reducir su selección anual si se casa; solamente puede aumentarla.

Si le ocurre un evento habilitante y desea cambiar sus selecciones, su oficina de nóminas o beneficios debe recibir su formulario *Cambio de estado de SEBB* y comprobantes del evento habilitante que le concedió la inscripción abierta especial **a más tardar 60 días** después de la fecha del evento.

SmartHealth

SmartHealth está incluido en sus beneficios y es un programa voluntario de bienestar que lo respalda en sus esfuerzos para vivir mejor.

Participe en actividades para apoyar su bienestar como persona integral, incluyendo el control del estrés, el desarrollo de resiliencia y la adaptación al cambio. A medida que avanza en su viaje al bienestar, puede conseguir el incentivo de bienestar de SmartHealth todos los años.

¿Quiénes son elegibles?

Usted (el suscriptor) y su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado inscritos en la cobertura médica de SEBB pueden utilizar SmartHealth. Si rechaza la cobertura médica de SEBB, aún puede obtener acceso a SmartHealth, pero no puede recibir el incentivo de bienestar de SmartHealth. Sólo los suscriptores inscritos en la cobertura médica de SEBB pueden calificar para el incentivo de bienestar SmartHealth.

¿Qué es el incentivo de bienestar?

Cada año, los suscriptores pueden calificar para un incentivo de bienestar de $125. La forma en que reciba el incentivo dependerá del tipo de plan médico en el que se inscriba.

- **Para UMP con deducible alto:** Un depósito único por $125 en la cuenta de ahorros de salud del suscriptor (HSA).
- **Para todos los demás planes médicos de SEBB:** Los suscriptores reciben un descuento de $125 en su deducible del plan médico de SEBB.

¿Cuándo recibo el incentivo de bienestar?

El incentivo de bienestar de $125 para el que usted es elegible en 2023 se aplicará antes de que termine enero de 2024 si usted aún está inscrito en la cobertura médica de SEBB como su cobertura primaria el 1 de enero de 2024. Si está inscrito en las partes A y B de Medicare como su cobertura primaria el 1 de enero de 2024, no recibirá el incentivo incluso si lo ganó el año anterior.

¿Cómo puedo recibir el incentivo de bienestar cada año?

Cumpla los tres pasos dentro de los plazos descritos a continuación para ser elegible todos los años.

1. Inicie sesión en SmartHealth en **smarthealth.hca.wa.gov**.
2. Llene la evaluación de bienestar de SmartHealth. Le tomará unos 15 minutos y vale 800 puntos.
3. Únase y dé seguimiento a más actividades para ganar al menos 2,000 puntos totales antes de su fecha límite.

¿Cuándo es mi fecha límite?

Su fecha límite para cumplir los requisitos para el incentivo de bienestar de $125 depende de la fecha en que su cobertura médica SEBB entra en vigor:

- Si ya está inscrito en un plan médico de SEBB, su fecha límite es el 30 de noviembre de 2023.
- Si es un suscriptor nuevo con una fecha de entrada en vigencia de la cobertura médica de SEBB entre enero y septiembre de 2023, su fecha límite es el 30 de noviembre de 2023.
- Si es un suscriptor nuevo con una fecha de entrada en vigencia de la cobertura médica de SEBB entre octubre y diciembre de 2022, su fecha límite es el 31 de diciembre de 2023.

¿Qué pasa si no puedo hacer las actividades?

Cualquier suscriptor para el que no sea médicamente recomendable intentar satisfacer el requisito del Programa de Incentivos de Bienestar de SEBB, o a quien por un trastorno médico le resulte excesivamente difícil hacerlo, puede solicitar un requisito alternativo que le permita ser elegible para el incentivo de bienestar de SEBB o puede solicitar una exención del requisito.

Para solicitar un requisito alternativo, llame a servicio al cliente de SmartHealth al 1-855-750-8866. Para obtener más información, incluyendo cómo apelar si se deniega su solicitud, consulte las *preguntas frecuentes sobre alternativas razonables de SmartHealth* en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-smarthealth**.

¿Qué hago si no tengo acceso a internet?

Llame a servicio al cliente de SmartHealth al 1-855-750-8866 de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. (hora del Pacífico) para averiguar cómo participar.

¿A quién puedo contactar para obtener más ayuda?

Para preguntas técnicas sobre el uso de SmartHealth, llame a servicio al cliente de SmartHealth:

- Llame al 1-855-750-8866, de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. (hora del Pacífico)
- Envíe correo electrónico a **support@limeade.com**

Para obtener más información sobre SmartHealth, visite el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-smarthealth**.

Qué esperar a continuación

Después de hacer sus selecciones del plan de salud, puede descargar una copia de su *declaración de seguro* (una lista de los planes que eligió) en SEBB My Account. En ella se muestran sus selecciones, sin importar si sus dependientes están aprobados. Después de inscribirse en la cobertura, se muestra su cobertura actual en la pestaña *Coverage Summary (Resumen de la cobertura)*.

Debe recibir un paquete de bienvenida o una carta de sus nuevos planes de salud.

Si tiene preguntas que no pueda contestar con la información en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee** o en esta guía, comuníquese con su oficina de nóminas o beneficios.

¡Es bueno saberlo!

Inscripción abierta especial

Consulte "Cambios que puede hacer con una inscripción abierta especial" en la página 68. Cuando ocurre un evento de inscripción abierta especial, la cobertura comenzará como se indica en la tabla que comienza en esa página.

¿Cuándo empiezan mis beneficios?

Para los empleados que se vuelven elegibles por primera vez, sus coberturas médica, dental y de cuidado de la vista y sus seguros básico de vida, básico de muerte y desmembramiento accidental (AD&D), de incapacidad a largo plazo (LTD) pagado por el empleador y de LTD pagado por el empleado (a menos que usted rechace este seguro) empiezan como se describe a continuación,

Los seguros suplementarios de vida y AD&D empiezan el primer día del mes siguiente a la fecha en que el proveedor contratado reciba el formulario requerido o apruebe la inscripción.

Si solicita su inscripción o un aumento en la cobertura de su seguro de LTD pagado por el empleado, entra en vigor el día en que la aseguradora apruebe la evidencia de asegurabilidad. Una disminución en la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que su organización de SEBB reciba el formulario requerido.

Comuníquese con su oficina de nóminas o beneficios si tiene preguntas acerca de su elegibilidad y de cuándo comienzan sus beneficios.

Elegibilidad a partir de agosto

Si es un empleado escolar que estableció su elegibilidad para las contribuciones del empleador hacia los beneficios de SEBB en cualquier momento del mes de agosto, los beneficios de SEBB comienzan el 1 de septiembre solamente si se determina que usted también es elegible para las contribuciones del empleador hacia los beneficios de SEBB para el año escolar que comienza el 1 de septiembre. Se aplicará la misma fecha de entrada en vigor a su inscripción en el acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico, la FSA de propósito limitado y al programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP) si es elegible para esos beneficios y los selecciona.

Fechas de inicio del trabajo a principios de septiembre

Si su primer día de trabajo es el 1 de septiembre o después, pero no más tarde del primer día de clases del año escolar, sus beneficios empiezan el primer día de trabajo. Se aplicará la misma fecha de entrada en vigor a su inscripción en el FSA médico, la FSA de propósito limitado o el DCAP si es elegible para esos beneficios y los selecciona.

Otras fechas de inicio del trabajo

Si su primer día de trabajo es en cualquier otro momento del año escolar, los beneficios comienzan el primer día del mes siguiente a la fecha en que usted es elegible para recibir las contribuciones del empleador a los beneficios de SEBB. Se aplicará la misma fecha de entrada en vigor a su inscripción en el FSA médico, la FSA de propósito limitado o el DCAP si es elegible para esos beneficios y los selecciona.

Varias otras circunstancias, como una modificación en su patrón de trabajo o su regreso de un permiso aprobado no remunerado, tienen fechas específicas de inicio para su elegibilidad y sus beneficios.

Empleados que regresan

Si tiene beneficios SEBB durante el año escolar 2022–23 y regresa a la misma organización SEBB u otra organización SEBB y se espera que trabaje al menos 630 horas en el año escolar 2023–24, recibirá una cobertura ininterrumpida de un año escolar a la siguiente

¿Cuándo empiezan mis beneficios cuando recupero mi elegibilidad después de un permiso no remunerado?

Si regresa de un permiso no remunerado que no duró más de 29 meses después de perder las contribuciones del empleador, sus coberturas médica, dental y de cuidado de la vista empezarán el primer día del mes siguiente a que regrese al trabajo y se espere que sea elegible para recibir las contribuciones del empleador.

Si usted continuó su seguro suplementario de vida o su seguro suplementario de AD&D mientras estaba en un permiso, su cobertura empezaría el primer día del mes siguiente a su regreso al trabajo, si se prevé que será elegible para recibir contribuciones de su empleador. Si era elegible para continuar su seguro suplementario de vida y su seguro suplementario de AD&D y decidió no hacerlo, su seguro empezaría el primer día del mes siguiente a la fecha en que el proveedor contratado reciba el formulario requerido o apruebe la inscripción.

El seguro de incapacidad a largo plazo empezará el primer día del mes siguiente a la fecha en que recupere su elegibilidad para recibir las contribuciones del empleador para los beneficios de SEBB.

Nota: Cuando un empleado escolar que es llamado al servicio activo en los servicios uniformados de acuerdo con la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo para los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés), pierde su elegibilidad para recibir aportaciones del empleador para los beneficios de SEBB, recuperará su elegibilidad para recibir aportaciones del empleador para los beneficios de SEBB el día en que regrese del servicio activo. Los seguros médico, dental, de cuidado de la vista, básico de vida, básico de AD&D y de incapacidad a largo plazo pagado por el empleador iniciarán el primer día del mes en que regrese del servicio activo.

¿Qué pasa si cambio de empleo?

Tendrá una cobertura ininterrumpida cuando se cambie de una organización de SEBB a otra dentro del mismo mes o en un mes consecutivo, si es elegible para las contribuciones del empleador a los beneficios de SEBB en el puesto que deja y se prevé que será elegible para las contribuciones del empleador en el nuevo puesto. Esto incluye cuando se transfiere a una organización SEBB diferente al principio del año escolar.

Si se muda y su nueva residencia está fuera del área de servicio de su plan médico, es posible que deba cambiar de plan. Consulte "¿Qué es una inscripción abierta especial?" en la página 67. Si tiene un acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico, una FSA de propósito limitado o un programa de asistencia para cuidado de dependientes (DCAP), entregue un *Formulario de transferencia de empleo escolar*, disponible en el sitio de internet de Navia en **sebb.naviabenefits.com.**

¡Es bueno saberlo!

Tarjetas de identificación

Después de inscribirse, su plan médico le enviará una tarjeta de identificación que deberá mostrar a sus proveedores cuando reciba atención. Si tiene preguntas acerca de su tarjeta de identificación, comuníquese directamente con su plan.

El plan Uniform Dental Plan (UDP) no envía tarjetas de identificación por correo, pero usted puede descargar una del sitio de internet del UDP en **deltadentalwa.com/sebb**.

Cuándo inicia la cobertura

Si se inscribe o hace cambios durante la inscripción abierta anual 1 de enero del año siguiente

Si acaba de volverse elegible (fuera del período entre el 1 de septiembre y el primer día de clases): Habitualmente, el primer día del mes siguiente a la fecha en que se vuelve elegible. Si se vuelve elegible el primer día hábil del mes, los beneficios de SEBB inician ese día. Consulte "Cuándo empiezan mis beneficios?" o "¿Cuándo empiezan mis beneficios cuando recupero mi elegibilidad?"

Si es elegible entre el 1 de septiembre y el primer día de clases: El primer día de trabajo

Si se casa o registra una sociedad doméstica en el estado: El primer día del mes posterior la fecha del evento o la fecha en que su oficina de nóminas o beneficios recibe su formulario de inscripción contestado con comprobantes de la elegibilidad de su dependiente, lo que ocurra más tarde. Si ese día es el primer día del mes, la cobertura de su dependiente comienza el mismo día. Puede enviar el comprobante de elegibilidad después de hacer su inscripción en línea o entregar el formulario, siempre que sea dentro de un plazo de 60 días de la fecha del evento.

En caso de un nacimiento o adopción, o de asumir la obligación legal de manutención en previsión de la adopción:

- **Para un hijo recién nacido:** La fecha de nacimiento
- **Para un hijo recién adoptado:** La fecha de colocación o la fecha en que se asume una obligación legal antes de la adopción, la que sea anterior.

Si usted se inscribe para poder inscribir a un hijo recién nacido o recién adoptado, la cobertura médica comenzará el primer día del mes en que ocurre el evento.

Si inscribe a su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado elegible en su cobertura del plan de salud de SEBB debido al nacimiento o la adopción de su hijo, su cobertura médica comienza el primer día del mes en que ocurre el nacimiento o la adopción.

Si añadir al hijo aumenta la prima, y la fecha de nacimiento o adopción de su hijo es antes del día 16 del mes, usted pagará la prima más alta por todo ese mes. Si la fecha de nacimiento o adopción es el día 16 o después, la prima más alta comenzará el mes siguiente.

Un hijo recién nacido debe tener por lo menos 14 días de edad antes de que entre en vigor la cobertura de seguro suplementario de vida y del seguro suplementario de AD&D para dependientes contratado por el empleado.

Puede enviar el comprobante de elegibilidad después de entregar el formulario de inscripción, siempre que sea dentro de un plazo de 60 días del evento.

Si un hijo se vuelve elegible como dependiente extendido: El primer día del mes siguiente a la fecha del evento o la certificación de elegibilidad, lo que ocurra después.

Cuando un empleado regresa del servicio activo en los servicios uniformados: Sus beneficios de SEBB pagados por el empleador iniciarán el primer día del mes en que regrese del servicio activo.

Otros eventos que crean una inscripción abierta especial: El primer día del mes posterior a la fecha del evento o la fecha en que su oficina de nóminas o beneficios recibe su inscripción en línea o su formulario (y comprobantes del evento que provocó la inscripción abierta especial) junto con todos los demás documentos necesarios, lo que ocurra más tarde. Si ese día es el primer día del mes, la cobertura comienza el mismo día. Puede enviar el comprobante de elegibilidad después de hacer su inscripción en línea o entregar el formulario, siempre que sea dentro de un plazo de 60 días del evento.

Cambios a su cobertura

¿Cómo hago cambios a la cobertura de mi plan de salud?

Puede hacer cambios a su inscripción o a sus selecciones del plan de salud de una de estas maneras:

- Inicie sesión en SEBB My Account o entregue los formularios necesarios a su oficina de nómina o beneficios para cambiar sus selecciones durante la **inscripción abierta anual**. Los cambios entran en vigor el 1 de enero del año siguiente.
- Inicie sesión en SEBB My Account o envíe los formularios requeridos a su oficina de nóminas o beneficios dentro de los plazos del Programa SEBB cuando ocurra un evento de inscripción abierta especial. La fecha de entrada en vigor depende del cambio solicitado y de la fecha en que se recibe.

Cambios que puede hacer en cualquier momento

- Cambiar su nombre o dirección mediante un aviso a su oficina de nóminas o beneficios. No puede hacer estos cambios en SEBB My Account.
- Solicitar o cancelar coberturas, cambiar los importes de las coberturas y actualizar la información de los beneficiarios de sus seguros básico y suplementario de vida, así como de sus seguros básico y suplementario de muerte y desmembramiento accidental (AD&D). Se puede requerir evidencia de asegurabilidad. Consulte la sección "Seguro de vida y AD&D" en la página 51.
- Eliminar a dependientes de su cobertura debido a la pérdida de elegibilidad (esto es obligatorio). Haga este cambio en SEBB My Account o entregue el formulario de *Cambio de empleado escolar* a su oficina de nóminas o beneficios **dentro de un plazo de 60 días** del último día del mes en el que el dependiente pierda su elegibilidad para la cobertura del plan de salud de SEBB. Si envía el formulario, deben recibirse antes de la fecha límite. También es posible que deba proporcionar comprobantes del evento antes de que pueda eliminar al dependiente.
- Use SEBB My Account para reducirlo a un nivel de cobertura de 50 por ciento con menor costo, o rechazar la cobertura. También puede usar el formulario de *Inscripción y modificación del seguro de incapacidad a largo plazo* para reducir, rechazar, inscribirse o aumentar la cobertura. El formulario está disponible en la página de incapacidad a largo plazo de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-ltd**. Para inscribirse o aumentar la cobertura, tendrá que proporcionar una evidencia de asegurabilidad. Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55.
- Hacer cambios en su declaración sobre el recargo a la prima por consumo de tabaco. Puede hacerlo en SEBB My Account en **myaccount.hca.wa.gov** o utilizar el *Formulario de declaración de recargo de primas de SEBB* en la sección *Forms & publications (Formularios y publicaciones)* del sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee**.
- Iniciar, detener o cambiar su aportación a su cuenta de ahorros de salud (HSA). Use el formulario de *Autorización del empleado para la deducción de nómina a la cuenta de ahorros de salud* en la sección *Forms & publications (Formularios y publicaciones)* del sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee**.
- Cambiar la información del beneficiario de su HSA. Use el formulario de *designación de beneficiario de la cuenta de ahorros de salud* disponible en el sitio de internet de HealthEquity en **learn.healthequity.com/sebb/hsa**.

¡Es bueno saberlo!

Reinscríbase en la FSA médica, FSA de propósito limitado y en el DCAP

Su participación en el FSA médico, la FSA de propósito limitado y el DCAP no continúa automáticamente de un año del plan al siguiente. Si desea participar, debe inscribirse en estos beneficios cada año.

Cambios que puede hacer durante la inscripción abierta anual

Los cambios en su inscripción deben quedar terminados a más tardar el último día de la inscripción abierta anual. Entran en vigor el 1 de enero del año siguiente.

Cambios utilizando SEBB My Account

Los cambios de la lista siguiente pueden hacerse usando SEBB My Account en **myaccount.hca.wa.gov**.

- Cambiar sus planes médico, dental y de cuidado de la vista.
- Inscribir o eliminar a dependientes elegibles.
- Inscribirse en un plan médico, si antes rechazó el plan médico de SEBB.
- Rechazar la cobertura médica de SEBB. Consulte la sección "Rechazar la cobertura" en la página 20.
- Declarar si le corresponde pagar el recargo a las primas por la cobertura de su cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado.
- Reducir, rechazar o inscribirse en cobertura de LTD pagada por el empleado Consulte "Seguro de incapacidad a largo plazo" en la página 55. (En cualquier momento después de la inscripción abierta, use el formulario *Inscripción y cambio en incapacidad a largo plazo*).

Cambios que no pueden hacerse en SEBB My Account

Los cambios deben quedar terminados a más tardar el último día de la inscripción abierta anual.

- Inscribirse o excluirse de la participación en el plan de pago de primas. Envíe el *Formulario de elección/cambio del plan de pago de la prima de SEBB* a su oficina de nóminas o beneficios. Consulte la sección "Pago de los beneficios" en la página 22.
- Puede inscribirse o reinscribirse en la el arreglo de gastos flexibles (FSA) médico, la FSA de propósito limitado y el programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP) en el sitio de internet de Navia Benefit Solutions en **sebb.naviabenefits.com** (también hay un enlace al sitio disponible en SEBB My Account). Si no puede usar el sitio de internet de Navia, su oficina de nóminas o beneficios debe recibir los formularios de inscripción en el FSA y el DCAP a más tardar el último día de la inscripción abierta.

¿Qué es una inscripción abierta especial?

Ciertos eventos habilitantes le permiten realizar cambios en la cuenta (como cambiar de planes o inscribir a un dependiente) fuera de la inscripción abierta anual. Estos se conocen como "eventos de inscripción abierta especial".

El cambio en la inscripción debe estar permitido por el Código de Impuestos Internos y los Reglamentos de la Tesorería, y debe corresponder y ser congruente con el evento que provocó la inscripción abierta especial para el empleado, los dependientes del empleado, o ambos. Un evento de inscripción abierta especial debe ser un evento distinto a la elegibilidad inicial o la recuperación de elegibilidad de un empleado para los beneficios de SEBB.

Los cambios que se muestran de la siguiente página a la página 71 pueden permitirse en una inscripción abierta especial.

¿Cómo hago cambios durante una inscripción abierta especial?

Debe entregar comprobantes del evento que provocó la inscripción abierta especial (por ejemplo, un certificado de matrimonio o de nacimiento) por medio de SEBB My Account o mediante la entrega del *Formulario de cambio de empleado escolar* (y otros formularios requeridos) a su oficina de nóminas o beneficios **a más tardar 60 días** después del evento. En muchos casos, la fecha en que se recibe su cambio afecta la fecha de entrada en vigor del cambio en la inscripción.

Quizá le convenga enviar su solicitud antes para evitar una demora en la inscripción o el cambio. Cuando la inscripción abierta especial se deba a un nacimiento o una adopción, entregue los formularios requeridos y los comprobantes de elegibilidad de su dependiente y/o del evento lo antes posible para garantizar el pago oportuno de las reclamaciones. Si añadir al hijo aumenta la prima, su oficina de nóminas o beneficios debe recibir el formulario de inscripción y el comprobante de elegibilidad de su dependiente y/o del evento **a más tardar 60 días** después de la fecha de nacimiento o adopción, o de la fecha en que usted asuma la obligación legal de la manutención en previsión de la adopción.

¡Es bueno saberlo!

Más información

Para ver más información sobre los cambios que puede hacer durante estos eventos, consulte el Anexo 45-2A a la Política Administrativa del Programa SEBB en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-rules**.

Cambios que puede hacer con una inscripción abierta especial

Los íconos que se muestran aquí indican cuáles cambios puede tener disponibles en su situación. Los íconos en gris indican que el cambio no se permite en esa situación.

Añadir dependiente | Eliminar dependiente | Cambiar plan médico o plan dental de SEBB | Rechazar el plan médico de SEBB | Inscribirse después de rechazar el plan médico de SEBB

Matrimonio o registro de una sociedad doméstica registrada en el estado.

Entregue estos documentos

Certificado de matrimonio; certificado de sociedad doméstica o unión legal registrada en el estado.

Para una pareja doméstica registrada en el estado, o una unión legal entregue también el formulario *Declaración de situación tributaria de SEBB*. Un empleado no puede cambiar su plan de salud su la pareja doméstica registrada en el estado o el hijo de la pareja doméstica registrada en el estado no es un dependiente tributario.

Recuerde: El empleado sólo puede agregar al nuevo cónyuge, la pareja doméstica registrada en el estado o los hijos del cónyuge o la pareja. Los dependientes ya existentes no pueden añadirse.

El empleado puede eliminar a un dependiente de la cobertura del plan de salud de SEBB solamente si el dependiente se inscribe en el plan del nuevo cónyuge o pareja doméstica registrada ante el estado.

El empleado solamente puede cambiar su plan si el empleado inscribe al nuevo cónyuge o a la nueva pareja doméstica registrada en el estado o al hijo de la pareja doméstica registrada en el estado que también es un nuevo dependiente elegible para fines tributarios.

Solo se permite el rechazo en este evento si el empleado se inscribe en un plan médico del plan de salud del empleador del nuevo cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado.

Nacimiento, adopción, o asumir una obligación legal de manutención en previsión de la adopción.

Entregue estos documentos

Acta de nacimiento (o, si no tiene el acta de nacimiento, certificado del hospital con las huellas de los pies del niño); certificado o decreto de adopción; carta de colocación de la agencia de adopciones.

Todos los documentos válidos como comprobantes de este evento deben mostrar el nombre del padre/madre que es el suscriptor, el cónyuge del suscriptor o la pareja doméstica registrada en el estado del suscriptor; y se requiere un formulario de *Declaración de situación tributaria de SEBB* si inscribe a un hijo de la pareja doméstica registrada en el estado.

Recuerde: Solo se permite el rechazo en este evento si el empleado se inscribe en un plan médico del plan de salud del empleador del nuevo cónyuge o pareja doméstica registrada en el estado debido a un nacimiento o una adopción.

El hijo se vuelve elegible como dependiente extendido a través de la custodia o tutela legal.

Entregue estos documentos

Orden judicial válida que muestre la custodia legal, tutela o tutela temporal, firmada por un juez o funcionario judicial; un formulario firmado de *Certificación de dependiente extendido de SEBB* y un formulario de *Declaración de situación tributaria de SEBB*.

El empleado o un dependiente pierde otra cobertura de un plan de salud colectivo o de un seguro de salud, según se definen en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Entregue estos documentos
Certificado de cobertura acreditable; carta de terminación de cobertura del plan de salud o la oficina de nóminas o beneficios; aviso de selección de COBRA.

Ocurre un cambio en la situación laboral del empleado que afecta su elegibilidad para recibir contribuciones de su empleador para su plan de salud colectivo del empleador.

Entregue estos documentos
Carta de contratación del empleado expedida por el empleador que contenga información sobre la elegibilidad para beneficios; contrato de empleo; carta de despido; carta de renuncia; estado de cuenta del seguro; certificado de cobertura

Recuerde: Solo se permite el rechazo en este evento si el empleado se inscribe en un plan médico del plan de salud colectivo de otro empleador debido a un cambio en la situación laboral que afecte la elegibilidad para las aportaciones del empleador.

El dependiente del empleado tiene un cambio en su situación laboral que afecta su elegibilidad o la elegibilidad de su dependiente para las contribuciones del empleador bajo el plan de salud colectivo de su empleador "Contribuciones del empleador" se refiere a las contribuciones hechas por el empleador o ex-empleador del dependiente para su cobertura de salud, como se describe en la Regla de la Tesorería 26 C.F.R. 54.9801-6.

Entregue estos documentos
Carta de contratación del empleado expedida por su empleador que contenga información sobre la elegibilidad para beneficios; contrato de empleo; carta de despido; carta de renuncia; estado de cuenta del seguro; certificado de cobertura

Recuerde: Solo se permite el rechazo en este evento si el empleado se inscribe en un plan médico del plan de salud colectivo del empleador del dependiente en el que se volvió elegible para las aportaciones del empleador.

El empleado cambia su empleo de una organización de SEBB a un distrito de escuelas públicas y como consecuencia tiene disponibles planes médicos distintos.

Entregue estos documentos
Carta de contratación del empleado expedida por el empleador que contenga información sobre la elegibilidad para beneficios; contrato de empleo

Añadir dependiente | Eliminar dependiente | Cambiar plan médico o plan dental de SEBB
Rechazar el plan médico de SEBB | Inscribirse después de rechazar el plan médico de SEBB

El empleado o dependiente tiene un cambio en su inscripción al plan de salud colectivo de otro empleador durante su inscripción abierta anual que no coincide con la inscripción abierta anual del Programa SEBB.

Entregue estos documentos
Certificado de cobertura acreditable; carta de inscripción o cancelación de la cobertura del plan de salud; carta de inscripción o cancelación de la cobertura de la oficina de nóminas o beneficios del empleador; comprobante de exención

Recuerde: Solo se permite el rechazo en este evento si el empleado se inscribe en un plan médico durante la inscripción abierta del plan de salud colectivo de otro empleador.

Un dependiente del empleado se muda de otro país para vivir en Estados Unidos, o de Estados Unidos a otro país, y por ese cambio de residencia el dependiente pierde su seguro de salud.

Entregue estos documentos
Visa o pasaporte con fecha de entrada al país; comprobante de residencia anterior y actual (por ejemplo, factura de servicios básicos); carta o documento que muestre que se perdió la cobertura (por ejemplo, certificado de cobertura acreditable)

El empleado o dependiente tiene un cambio de residencia que afecta la disponibilidad del plan de salud.

Entregue estos documentos
Comprobante de residencia anterior y actual (por ejemplo, factura de servicios básicos); certificado de cobertura acreditable

Una orden judicial exige que el empleado o cualquier otra persona proporcione cobertura de seguro a un hijo elegible del empleado.

Entregue estos documentos
Orden judicial válida

El empleado o dependiente se inscribe en, o pierde la elegibilidad para, Apple Health (Medicaid) o un Programa de Seguro de Salud Infantil estatal (CHIP, por sus siglas en inglés).

Entregue estos documentos
Carta de inscripción o cancelación de Medicaid (Apple Health en Washington) o CHIP que incluya la fecha en que el suscriptor o su dependiente se inscribieron en Medicaid o CHIP o la fecha en que el suscriptor o su dependiente perdieron su elegibilidad para Medicaid o CHIP

El empleado o el dependiente se vuelve elegible para un subsidio estatal de asistencia para primas para una cobertura de plan médico de SEBB con Medicaid o CHIP.

Entregue estos documentos
Carta de elegibilidad de Medicaid o CHIP

El empleado o un dependiente se inscribe en, o pierde su elegibilidad para, Medicare Si rechaza el plan médico de SEBB, solo se permite si se inscribe en Medicare. Si se inscribe después de rechazar el plan médico de SEBB, solo se permite si perdió su elegibilidad para Medicare.

Carta de verificación de beneficios de Medicare; copia de la tarjeta de Medicare; aviso de denegación de cobertura de Medicare; carta de denegación del Seguro Social; formulario de derecho a Medicare o de terminación de incapacidad

Recuerde: No se permiten cambios en los planes dentales o de cuidado de la vista.

El plan médico actual del empleado o dependiente deja de estar disponible porque el empleado o dependiente inscrito ya no es elegible para una cuenta de ahorros de salud (HSA).

Entregue estos documentos

Carta de cancelación del plan de salud con deducible alto; confirmación de la cobertura en un nuevo plan de salud; carta de derecho a Medicare; copia de la declaración de impuestos vigente que incluya al empleado como dependiente

El empleado o dependiente experimenta una interrupción de la atención para su tratamiento activo y en curso que podría funcionar como una reducción de los beneficios para el empleado o su dependiente (requiere la aprobación del Programa SEBB).

El cambio de planes médicos, dentales o de cuidado de la vista de SEBB solamente puede ser aprobado por el Programa SEBB.

Envíe una solicitud de cambio de plan a:
Health Care Authority
SEBB Program
PO Box 42684
Olympia, WA 98504-2684

El empleado o dependiente se vuelve elegible y se inscribe en un plan TRICARE, o pierde la elegibilidad para un plan TRICARE.

Entregue estos documentos

Certificado de cobertura acreditable; comprobante de inscripción o cancelación de la cobertura de un plan TRICARE

Además, los empleados pueden hacer cambios a sus seguros suplementario de vida y suplementario de AD&D durante una inscripción abierta especial. Consulte la sección "Seguro de vida y AD&D" en la página 51.

Más información

Para ver más información sobre los cambios que puede hacer durante estos eventos (como cambios a FSA/DCAP y a los planes de pago de primas), consulte el Anexo 45-2A a la Política Administrativa del Programa SEBB en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-rules**.

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro SEBB para usted o sus dependientes finaliza como se describe a continuación. La cobertura de seguro de sus dependientes terminará si usted no cumple con los requisitos procedimentales del Programa SEBB, lo que incluye el incumplimiento de entregar información o documentación dentro de los plazos especificados en peticiones por escrito del Programa SEBB.

Cuando el distrito escolar, escuela chárter o ESD termina su relación laboral. La elegibilidad para recibir las contribuciones del empleador finaliza el último día del mes en que entra en vigor la notificación de cancelación iniciada por el empleador.

Cuando usted termina la relación laboral. La elegibilidad para recibir las contribuciones del empleador termina el último día del mes en que la renuncia del empleado escolar entra en vigor.

Cuando se modifica su patrón de trabajo de tal manera que ya no se prevé que usted trabaje 630 horas durante el año escolar. La elegibilidad para recibir las contribuciones del empleador termina a partir del último día del mes en que el cambio entra en vigor.

Cuando usted regresa de un permiso no remunerado aprobado como se describe en WAC 182-31-040 (4)(d) y posteriormente hay un cambio en su patrón laboral que, de haber estado vigente al inicio del año escolar, hubiera hecho que no se previera que usted trabajaría las horas mínimas para satisfacer la elegibilidad para que el empleador hiciera contribuciones a SEBB. La elegibilidad para recibir las contribuciones del empleador termina a partir del último día del mes en que el cambio entra en vigor.

Cuando es empleado de una escuela de 9 o 10 meses contratado después de inicio del año escolar y fue elegible para recibir beneficios de SEBB de conformidad con WAC 182-31-040(4)(c)(i), pero tuvo un cambio en su patrón laboral y ya no se prevé que sea remunerado por lo menos durante 17.5 horas a la semana en seis de las ocho semanas previas a la semana que contiene al último día de clases. La elegibilidad para recibir las contribuciones del empleador termina a partir del último día del mes en que el cambio entra en vigor.

Cuando es empleado de una escuela de 12 meses contratado después de inicio del año escolar y fue elegible para recibir beneficios de SEBB de conformidad con WAC 182-31-040 (4)(c)(ii), pero tuvo un cambio en su patrón laboral y ya no se prevé que sea remunerado por lo menos durante 17.5 horas a la semana en seis de las ocho semanas previas a la semana que contiene al 31 de agosto La elegibilidad para recibir las contribuciones del empleador termina a partir del último día del mes en que el cambio entra en vigor.

Cuando es empleado de una escuela contratado después de inicio del año escolar y fue elegible para recibir beneficios de SEBB de conformidad con WAC 182-31-040 (4)(c), pero ya no se prevé que trabaje 630 horas el próximo año escolar. La elegibilidad para recibir las contribuciones del empleador termina a partir del último día del mes en que ocurra el cambio en la previsión.

Nota: Si su distrito escolar, escuela autónoma o ESD dedujeron de su sueldo su parte de la prima de la cobertura de seguro de SEBB cuando usted ya no era elegible para recibir aportaciones del empleador, la cobertura de seguro de SEBB termina el último día del mes en el que se dedujeron las primas.

¡Es bueno saberlo!

Sus opciones cuando termina la cobertura

Usted puede ser elegible para inscribirse como dependiente en la cobertura de seguro de SEBB de su cónyuge, pareja doméstica registrada en el estado, padre o madre.

Usted, sus dependientes o ambos pueden continuar temporalmente su cobertura de seguro de SEBB pagando las primas y los recargos de las primas aplicables después de impuestos. Su empleador no hará aportaciones para las primas.

Hay tres opciones administradas por la HCA para las que usted y sus dependientes elegibles puedan ser elegibles cuando termine su cobertura como empleado:

- Continuación de cobertura de SEBB (COBRA)
- Continuación de cobertura de SEBB (Permiso no remunerado)
- Cobertura de seguro para jubilados de PEBB

¿Qué ocurre si yo o alguno de mis dependientes perdemos la elegibilidad?

Si pierde la elegibilidad, su empleador le notificará y le dará la oportunidad de apelar la decisión. Puede encontrar información sobre cómo apelar en la página 76.

Si su dependiente pierde la elegibilidad, debe eliminar de su cuenta al dependiente inelegible. Su oficina de nóminas o beneficios debe recibir su solicitud de eliminación del empleado a través de SEBB My Account o con el formulario de *cambio del empleado escolar* **dentro de un plazo de 60 días** del último día del mes en el que su dependiente ya no sea elegible.

El Programa SEBB cobra las primas completas por la cobertura del último mes calendario y no las prorrateará por ningún motivo.

¿Cómo funciona la continuación de cobertura de SEBB?

La continuación de cobertura de SEBB (COBRA y el permiso no remunerado) extienden temporalmente la cobertura del plan de salud de SEBB cuando la cobertura del plan de salud SEBB de usted o de su dependiente finaliza debido a un evento habilitante. Solamente puede inscribirse en una de estas opciones a la vez.

Le enviaremos por correo un *Aviso de selección de continuación de la cobertura de SEBB* a usted o a su dependiente, a la dirección que tenemos registrada, cuando termine su cobertura pagada por el empleador. El aviso explica sus opciones de continuación de cobertura e incluye los formularios de inscripción para solicitarla.

Usted o sus dependientes elegibles deben enviar el formulario de selección apropiado al Programa SEBB **a más tardar 60 días** desde la fecha en que finalizó la cobertura del plan de salud de SEBB o de la fecha del matasellos en el *Aviso de selección de continuación de cobertura de SEBB*, lo que ocurra después. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite, perderá todos los derechos para continuar con la cobertura del seguro de SEBB.

Para obtener información sobre sus derechos y obligaciones dentro de las reglas del Programa SEBB y las leyes federales, consulte su folleto *Aviso inicial de SEBB sobre COBRA y los derechos de continuación de cobertura* (que se le envió por correo después de inscribirse en la cobertura de seguro de SEBB), el folleto *Aviso de selección de continuación de cobertura de SEBB* (que se le envió por correo cuando se cancelaron sus beneficios de SEBB), o la *Guía de inscripción para jubilados de PEBB*. Puede encontrarlos en la sección *Forms & publications (Formularios y publicaciones)* del sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-employee**.

Continuación de cobertura de SEBB (COBRA)

La continuación de cobertura de SEBB (COBRA) es para empleados y exempleados escolares y sus dependientes que sean beneficiarios calificados de acuerdo con la ley federal de continuación de cobertura COBRA. La elegibilidad para COBRA está definida en las leyes federales y se rige por las leyes federales. La continuación de cobertura de SEBB (COBRA) también incluye cobertura para algunos miembros que no son beneficiarios calificados bajo la continuación de la cobertura federal COBRA. Sus dependientes podrían tener derechos de selección independiente de la continuación de cobertura de SEBB (COBRA).

Continuación de cobertura de SEBB (permiso no remunerado)

La continuación de cobertura de SEBB (permiso no remunerado) es una alternativa creada por el Programa SEBB con criterios de elegibilidad más amplios y más tipos de eventos habilitantes, como un despido, un permiso de ausencia aprobado o un llamado al servicio activo en las fuerzas armadas. Esta opción le permite continuar con el seguro de vida. Si no elige esta cobertura, sus dependientes no tienen un derecho independiente a seleccionar la continuación de cobertura de SEBB (permiso no remunerado).

Cobertura de seguro para jubilados de PEBB

El Programa SEBB no ofrece cobertura de seguro para jubilados. Sin embargo, se ofrece cobertura de seguro para jubilados a los miembros elegibles de SEBB a través del Programa de la Junta de Beneficios para Empleados Públicos (PEBB).

El seguro para jubilados de PEBB solamente está disponible para quienes cumplen los requisitos de elegibilidad y procedimiento. Puede encontrar información en el sitio de internet de la HCA en **www.hca.wa.gov/pebb-retirees**.

Cuando planee dejar su empleo y desee inscribirse en la cobertura del seguro para jubilados de PEBB, descargue una *Guía de inscripción de jubilados de PEBB* del sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/pebb-retirees**. También puede solicitarla llamando al Programa PEBB al 1-800-200-1004. (Esta línea telefónica es sólo para empleados que van a jubilarse y miembros con continuación de cobertura. Los empleados deben comunicarse con su oficina de nóminas o beneficios si tienen preguntas sobre el Programa SEBB o preguntas relacionadas con su cuenta). También ofrecemos un tutorial en línea que le explica cómo llenar el formulario A de jubilado a su propio paso. Si necesita ayuda con el formulario, el tutorial está disponible en el sitio de internet de la HCA en **hca.wa.gov/forma-tutorial**.

Le sugerimos que solicite o revise esta información unos tres meses antes de que termine su empleo si quiere inscribirse en la cobertura de seguro para jubilados de PEBB. En general, tiene **60 días** a partir de la fecha en que termina su cobertura de SEBB pagada por su empleador, cobertura de COBRA o continuación de cobertura para hacer llegar su solicitud de cobertura de seguro para jubilados al Programa PEBB.

Nota: Si opta por inscribirse en un plan de medicamento recetados Medicare Advantage y el Programa PEBB recibe los formularios necesarios después de la fecha en que debe iniciar la cobertura de seguro para jubilados de PEBB, usted será inscrito en el plan UMP Classic Medicare durante los meses de transición previos al inicio de la cobertura de medicamentos recetados Medicare Advantage.

Cuando recibamos su formulario, el personal del Programa PEBB analizará su elegibilidad y se comunicará con usted si necesita más información. Su oportunidad para inscribirse en la cobertura de seguro de jubilado de PEBB puede verse afectada si no cumple con la fecha límite de 60 días.

Cuando se vuelva elegible para Medicare, debe inscribirse y seguir inscrito en las partes A y B de Medicare para inscribirse o seguir siendo elegible para la cobertura del seguro para jubilados de PEBB. Asegúrese de comprender los plazos de inscripción de Medicare, especialmente si deja su empleo pocos meses después de ser elegible para Medicare o si está en su Período de inscripción inicial (IEP) de Medicare y desea inscribirse en la cobertura de seguro para jubilados de PEBB. Consulte "Medicare y SEBB" en la página 19.

Si tiene preguntas generales sobre elegibilidad e inscripciones para la continuación de cobertura o la cobertura de seguro para jubilado, también puede llamar al programa PEBB al 1-800-200-1004 (TRS: 711). Esta línea telefónica es sólo para empleados que van a jubilarse y miembros de continuación de cobertura. O puede enviar un mensaje seguro a asistencia técnica de la HCA en **support.hca.wa.gov**. Debe configurar una cuenta segura para usar esta opción. Eso ayuda a proteger su seguridad y su información médica delicada. Los empleados deben comunicarse con su oficina de nóminas o beneficios si tienen preguntas sobre el Programa SEBB o preguntas relacionadas con su cuenta.

¿Qué sucede con mis fondos del FSA médico o la FSA de propósito limitado cuando termine la cobertura?

Cuando termine su cobertura de seguro de SEBB o inicie un permiso no remunerado que no sea aprobado de acuerdo con la Ley de Permisos Familiares y Médicos (FMLA) federal, por el programa de Permisos Familiares y Médicos Remunerados de Washington y no sea un permiso militar, ya no es elegible para contribuir a su acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico o su FSA de propósito limitado.

La elegibilidad termina el último día del mes en que se pierde la cobertura o del permiso no aprobado. Usted solamente podrá reclamar los gastos incurridos mientras está empleado, hasta su beneficio restante, a menos que sea elegible para continuar su cobertura del FSA médico o la FSA de propósito limitado bajo la continuación de cobertura de SEBB (COBRA) o la continuación de cobertura de SEBB (permiso no remunerado), a través de Navia Benefit Solutions. Puede presentar reclamaciones hasta por el saldo de su cuenta, y debe entregarlas a Navia Benefit Solutions a más tardar el 31 de marzo del siguiente año del plan.

¡Es bueno saberlo!

Para obtener más información sobre cuándo termina la cobertura del FSA o el DCAP, consulte la Guía de inscripción al FSA médico en el portal para

Consulte la *Guía de inscripción al FSA médico de SEBB, la Guía de inscripción a la FSA de propósito limitado de SEBB y la Guía del Programa de asistencia para cuidado de dependientes de SEBB* en el portal para miembros de Navia en **sebb.naviabenefits.com**. También puede llamar a Navia Benefit Solutions al 1-800-669-3539 o enviar un correo electrónico a **customerservice@naviabenefits.com**.

¿Qué sucede con mis fondos de DCAP cuando termina la cobertura?

Si termina el empleo y no ha gastado fondos del Programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP), puede continuar presentando reclamos por gastos elegibles siempre que los gastos le permitan asistir a la escuela de tiempo completo, buscar trabajo o trabajar tiempo completo. Puede presentar reclamaciones hasta por el saldo de su cuenta, y debe entregarlas a Navia Benefit Solutions a más tardar el 31 de marzo del siguiente año del plan. No puede incurrir gastos después del 31 de diciembre del año del plan. No hay derechos de continuación de cobertura para el DCAP.

¿Qué sucede con mi HSA cuando termina la cobertura?

Si se inscribe en plan UMP con deducible alto con una cuenta de ahorros de salud (HSA), y luego se cambia a otro tipo de plan, deja su empleo o se jubila, los fondos no utilizados en su HSA permanecerán a su disposición, a menos que cierre su cuenta. Se cobra una comisión por saldos de cuentas debajo de cierto umbral. Comuníquese con HealthEquity para pedir información sobre las comisiones.

Puede usar los fondos de su HSA para gastos médicos calificados, o puede guardarlos para el futuro. Sin embargo, usted, su empleador, el Programa SEBB y otros ya no pueden contribuir a su HSA.

Comuníquese con HealthEquity si tiene preguntas acerca de cómo funciona su HSA cuando cambie de plan, se inscriba en continuación de cobertura, o se jubile. Si autorizó deducciones de nómina automáticas para depositar en su HSA, comuníquese con su oficina de nóminas para detenerlas. Si autorizó depósitos directos a su HSA, llame a HealthEquity para detenerlos. Consulte "A quién contactar para obtener ayuda" al principio de esta guía y "Plan UMP con deducible alto y una HSA" en la página 30.

¿Qué sucede con mi seguro de vida y AD&D cuando termina la cobertura?

Cuando termina su seguro de vida para empleados de SEBB, usted puede tener la oportunidad de continuar la totalidad o una parte de su cobertura mediante una opción de portabilidad o conversión. Si es elegible para estas opciones, MetLife le enviará información y una solicitud. El seguro de muerte y desmembramiento accidental (AD&D) no es elegible para portabilidad o conversión. Para obtener más información, consulte la sección "Seguro de vida y AD&D" en la página 51 o llame a MetLife al teléfono 1-833-854-9624.

Si muero, ¿mis dependientes sobrevivientes son elegibles?

Si muere, sus dependientes perderán su elegibilidad para recibir contribuciones del empleador para los beneficios del Programa SEBB. Sus dependientes (cónyuge, pareja doméstica registrada en el estado o hijos dependientes) pueden ser elegibles para inscribirse o diferir (posponer) su inscripción como sobrevivientes en la cobertura de seguro para jubilados de PEBB. Para hacerlo, deben cumplir los requisitos de procedimiento y elegibilidad descritos en WAC 182-12-265.

El Programa PEBB debe recibir todos los formularios requeridos **a más tardar 60 días** después de la fecha de la muerte del empleado o de la fecha en que termine la cobertura de seguro de SEBB del sobreviviente, lo que ocurra después.

Si su cónyuge, pareja doméstica registrada en el estado o hijo dependiente sobreviviente no cumple los requisitos de elegibilidad descritos en WAC 182-12-265, pueden ser elegibles para continuar su inscripción en el plan de salud con la continuación de cobertura de SEBB (COBRA) como se describe en WAC 182-31-090. Consulte la sección "¿Cuáles son mis opciones cuando termine la cobertura?" en la página 72.

¿Qué hago si un dependiente muere?

Si su dependiente cubierto muere, entregue el formulario de *Cambio de empleado escolar* a su oficina de nóminas o beneficios para eliminar al dependiente fallecido de su cobertura **a más tardar 60 días** después del fallecimiento.

Al entregar este formulario, su prima podría reducirse para reflejar el cambio en la cobertura. Por ejemplo, si la persona fallecida era el único dependiente en su cuenta, entonces la prima retenida de su cheque de nómina será menor.

El Programa SEBB cobra las primas para todo el mes calendario y no las prorrateará por ningún motivo, incluso cuando un miembro muera antes de fin de mes. La cobertura del dependiente fallecido terminará el último día del mes en el que falleció. Cualquier cambio en su prima entrará en vigor el primer día del mes siguiente.

Si tiene un seguro suplementario de vida o seguro suplementario de AD&D para su dependiente, o si no está seguro, llame a MetLife al 1-833-854-9624. También considere la posibilidad de actualizar sus beneficiarios designados para beneficios tales como su seguro de vida o AD&D, los beneficios de pensión administrados por el Departamento de Sistemas de Retiro u otras cuentas del programa de remuneración diferida administrada.

Apelaciones

¿Cómo apelo una decisión tomada por un plan de salud?

Si desea que se revise una decisión de un plan médico, dental o de cuidado de la vista o una compañía de seguros del Programa SEBB, comuníquese con el plan o con su aseguradora para solicitar información sobre cómo apelar su decisión. Por ejemplo, se comunicaría con su plan médico para apelar una denegación de una reclamación médica. La información de contacto se encuentra al principio de esta guía.

¿Cómo apelo una decisión tomada por mi empleador o por el Programa SEBB?

Si usted o su dependiente no están de acuerdo con una decisión o denegación específica, tanto usted como su dependiente pueden presentar una apelación. Tiene **30 días** para solicitar una apelación. Puede encontrar orientación sobre cómo presentar una apelación en el capítulo 182-32 del WAC y en las páginas de internet de la HCA en **hca.wa.gov/sebb-appeals**, o puede ver la sección "Instrucciones y plazos de apelación" que inicia en la siguiente página.

¿Cómo solicito una revisión de una orden inicial?

Puede presentar una solicitud por escrito o llamar a Apelaciones de SEBB para solicitar una revisión.

La información que detalla su derecho a solicitar una revisión se incluye en la orden inicial del funcionario que preside.

Envíe su solicitud por escrito a:

Health Care Authority
SEBB Appeals Unit
PO Box 45504
Olympia, WA 98504-5504

Envíe un fax al 360-763-4709

Para solicitar una revisión llame al: 1-800-351-6827

Fecha límite para solicitar una revisión de la orden inicial

La Unidad de Apelaciones de SEBB debe recibir su solicitud de revisión **a más tardar 21 días calendario** después de la fecha de notificación de la orden inicial. Una vez que se reciba su solicitud de revisión, generalmente se le enviará por correo una orden definitiva en un plazo de 20 días.

¿Cómo puedo asegurarme de que mi representante personal tenga acceso a mi información médica?

Envíe al Programa SEBB un *formulario de Autorización para la divulgación de información* o una copia de un poder legal válido donde nombre a su representante y lo autorice para obtener acceso a sus registros médicos y la información de su cuenta del Programa SEBB, así como a ejercer sus derechos de acuerdo con la regla de privacidad de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). El formulario está disponible en la página de apelaciones de SEBB en **hca.wa.gov/sebb-apeals**. Si tiene alguna pregunta, llame a la Unidad de Apelaciones de SEBB al 1-800-351-6827.

Instrucciones y plazos de apelación

Si su situación es:

No está de acuerdo con una decisión tomada por su empleador y solicita la revisión de su empleador sobre los recargos a su prima o su elegibilidad para, o inscripción en:

- Cobertura médica
- Cobertura dental
- Cobertura de cuidado de la vista
- Seguro de vida
- Seguro de muerte y desmembramiento accidental (AD&D)
- Seguro de incapacidad a largo plazo (LTD)
- Acuerdo de gastos flexibles (FSA) médico
- FSA de propósito limitado
- Programa de asistencia para el cuidado de dependientes (DCAP)

Instrucciones: Llene las secciones 1 a 3 del formulario de *Solicitud de revisión del empleado/aviso de apelación de SEBB* (disponible en la página de internet de apelaciones de SEBB en **hca.wa.gov/sebb-appeals**) y entréguelo a su oficina de nóminas o beneficios.

Fecha límite: Su empleador debe recibir el formulario **a más tardar 30 días calendario** después de la fecha del aviso de denegación inicial o de la decisión que está apelando.

Si su situación es:

No está de acuerdo con una decisión de revisión tomada por su empleador y ahora usted solicita que la Unidad de Apelaciones de SEBB revise la decisión de su empleador.

Instrucciones: Llene la sección 7 del formulario de *Solicitud de revisión del empleado/aviso de apelación de SEBB* (disponible en la página de internet de apelaciones de SEBB en **hca.wa.gov/SEBB-appeals**) y entréguelo a la Unidad de Apelaciones de SEBB como se indica en el formulario.

Fecha límite: La Unidad de Apelaciones de SEBB debe recibir el formulario **a más tardar 30 días calendario** después de la fecha de la decisión por escrito de su empleador sobre la revisión que aparece en la sección 4 del formulario.

Si su situación es:

No está de acuerdo con una decisión del Programa SEBB acerca de:

- Elegibilidad para, o inscripción en:
  - Seguro de vida
  - Seguro de AD&D
  - Seguro de incapacidad a largo plazo
  - FSA médico
  - FSA de propósito limitado
  - DCAP
- Elegibilidad para participar en SmartHealth o para recibir un incentivo de bienestar
- Elegibilidad e inscripción de un dependiente, dependiente extendido o hijo dependiente de 26 años de edad o más con una discapacidad
- Recargos a las primas
- Pagos de primas
- Plan de pago de primas

Instrucciones: Siga las instrucciones de apelación que aparecen en la carta de decisión que recibió del Programa SEBB.

Si su situación es:

Solicita una revisión de una decisión tomada por un plan médico, dental o de cuidado de la vista o una compañía de seguros de SEBB acerca de:

- Un beneficio o una reclamación
- Pagos de primas del seguro de vida

Instrucciones: Comuníquese con el plan médico, dental o de cuidado de la vista o con la compañía de seguros para solicitar información acerca de cómo apelar la decisión.

Formularios de inscripción

Formulario de inscripción/cambio de incapacidad a largo plazo (LTD)

standard.com/eforms/7533_377661b.pdf

Hoja de ayuda de declaración de recargos a las primas

hca.wa.gov/assets/pebb/20-0040-sebb-premium-surcharge-help-sheet-2023.pdf

Washington State Health Care Authority
SCHOOL EMPLOYEES BENEFITS BOARD

Actualice su dirección postal

Mantenga actualizada su dirección para que podamos enviarle información importante sobre su cuenta que no se puede enviar por correo electrónico, incluyendo fechas límite para elegibilidad y pagos. Así también garantiza que los planes de salud en los que está inscrito le envíen información a la dirección correcta. Informe a su oficina de nóminas o beneficios de todos sus cambios de dirección. (No puede actualizar su dirección postal en SEBB My Account.)