

Tu Guía de Selección de Beneficios 2027 del Departamento de Personal

El periodo de Inscripción abierta obligatoria es desde el
5 de octubre al 26 de octubre de 2026

Esta inscripción abierta es OBLIGATORIA.

Compromiso de LivingWell para 2027:

Todos los titulares del plan deben hacer la Evaluación de la salud de Castlight.

Esta Guía de Selección de Beneficios se publica cada año, antes de la Inscripción abierta, para ayudarte a elegir tus beneficios. Esta guía puede usarse durante todo el 2027 para nuevos empleados y cuando ocurra un Evento calificado que permita un cambio de beneficios.

TEAM KENTUCKY® PERSONNEL CABINET | Kentucky Employees' Health Plan

1042540KYMSPPCL Rev. 07/26

Índice

Bienvenido 3
Aspectos destacados de la Inscripción abierta 4
Novedades y cambios para 2027 6
Seguro médico 7
Cuadro de beneficios 9
Contribuciones de la prima mensual para no fumadores 11
Contribuciones de la prima mensual para fumadores 12
Cobertura de medicamentos recetados 13
Beneficio de medicamentos para terapia preventiva — Evita tu deducible 13
Regístrate en Caremark.com 13
Beneficio adicional para diabetes, EPOC, asma e hipertensión 14
HRA de propósito general con exención 15
HRA de propósito limitado con exención 16
Cuenta FSA de cuidado médico 17
Cuenta FSA de cuidado de dependientes 18
Compromiso de LivingWell 19
Programas de beneficios 20
Cuidado y apoyo quirúrgico 20
Carrum Health 20
Telesalud y apoyo telefónico 20
Telesalud a través de LiveHealth Online 20
Clínicas de salud de LivingWell 20
Telesalud a través de las Clínicas de salud de LivingWell 20
Telesalud través de proveedores distintos de los mencionados arriba 21
Línea de Enfermería 24/7 (24/7 NurseLine) 21
Programas para dejar de fumar 21
Medicamentos recetados y de venta libre 21
Freedom from Smoking 21
Quit Now Kentucky 21
Beneficios para la diabetes 21
Teladoc 21
Educación y apoyo para el autocontrol de la diabetes (DSMES) 22
Atención de maternidad 22
Cómo Promover Familias Saludables 22
Apoyo para la lactancia a través de LiveHealth Online 22
Dolor de articulaciones y espalda 23
Hinge Health 23
Acupuntura de UK Healthcare 23
Salud mental y conductual 23
RethinkCare 23
Salud Conductual de LiveHealth Online 23
Learn to Live 24
Centro de Recursos de Salud Conductual y Línea de Recursos para Trastornos por Abuso de Sustancias 24
¡Gana dinero y descuentos en tu prima! 24
SmartShopper 24
Recompensas por bienestar 24
Términos que deberías conocer 25
Plazos para nuevos empleados 26
Eventos calificados 27
Seguro dental opcional de Anthem 28
Seguro de visión opcional de Anthem 29
Seguro de vida con MetLife 30
Compensación diferida 31
Información de contacto 32
Avisos legales 35
Declaración de uso de tabaco de KEHP 37
Términos y condiciones 38



Bienvenido a tu Guía de Selección de Beneficios 2027

Esta Guía de Selección de Beneficios (BSG) está disponible para que la revises al momento de elegir los beneficios para ti y tu familia.

Se publica cada año para ayudarte a elegir tus beneficios durante la Inscripción abierta. También puedes utilizar esta guía para elegir beneficios como nuevo empleado o si tienes un Evento calificado durante el año. Es muy importante que leas esta guía detenidamente, para que conozcas los muchos beneficios que están disponibles para ti.

Presta mucha atención a la información importante que necesitarás revisar al elegir tus beneficios:

- Opciones de planes de seguro médico, dental, de visión y de vida
- Primas
- Cuadros de beneficios
- Cuentas de gastos flexibles (FSA)
- Renuncia al seguro médico

Tú decides qué beneficios son los que mejor se adaptan a ti. Ni el Plan Médico de Empleados de Kentucky (KEHP) ni tu empleador pueden tomar esta decisión por ti. Si tienes preguntas, consulta la Información de contacto en la **página 32** para saber quién puede responderlas mejor.

Aspectos destacados de la Inscripción abierta

Inscripción abierta obligatoria

Todos deben iniciar sesión en KHRIS o en el portal de su empleador y elegir o rechazar la cobertura para 2027. Si no lo haces, no tendrás cobertura ni un Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA) por exención para 2027.

DEBES iniciar sesión si quieres:

- Elegir un plan de seguro médico.
- Renunciar a la cobertura del seguro médico seleccionando un HRA de propósito general con exención o un HRA de propósito limitado con exención (si eres elegible).
- Una Cuenta de gastos flexibles (FSA) de cuidado médico.
- Una cuenta FSA de cuidado de dependientes, anteriormente denominada FSA para cuidado infantil y de adultos durante el día.
- Seguro dental o de visión de Anthem.
- Cambiar tus planes de seguro de vida opcionales. Debes designar a los beneficiarios de tu seguro de vida y asignar el 100% de la distribución entre los beneficiarios que hayas seleccionado.

Primas y beneficios del seguro médico

- En 2027, las contribuciones de los empleados a las primas del seguro médico aumentarán un 3%. Esta es la primera vez desde 2022 que aumentan tus primas del seguro médico.
- El plan LivingWell PPO tendrá un aumento en los copagos médicos y de medicamentos con receta, y ahora también tendrá un deducible para medicamentos con receta.
- Los planes LivingWell CDHP y LivingWell Basic CDHP ahora tendrán un Deducible y un Máximo de gastos de bolsillo separados para medicamentos con receta.

Planes dentales y de visión de Anthem

- En 2027 se producirá un aumento del 4% en las primas del seguro dental, pero no habrá ningún aumento en las primas del seguro de visión.

Seguro de vida de MetLife

- No habrá cambios en las primas del seguro de vida opcional en 2027.
- Durante la Inscripción abierta puedes agregar o aumentar el seguro de vida opcional para ti o tu cónyuge sin necesidad de presentar una Declaración de Salud.

Aunque puedes hacer cambios en el seguro de vida de tus hijos dependientes (menores de 26 años) en cualquier momento del año, la Inscripción abierta es un buen momento para evaluar tus necesidades de seguro y decidir si necesitas agregar o aumentar el seguro de vida de tus dependientes.

También puedes inscribirte en el seguro de vida si eres un empleado nuevo o si tienes un evento de cambio de vida, como tener un hijo, casarte o divorciarte.



Aspectos destacados de la Inscripción abierta

Ferias de beneficios

Puedes elegir asistir a una de las 14 ferias de beneficios que se indican a continuación.

TEN EN CUENTA: no todos los proveedores estarán presentes en cada sede de la feria.

Escanea el código QR para acceder al sitio de información sobre la Inscripción abierta.

CONDADO	FECHA	HORA	UBICACIÓN
Boyd	Lunes 09/28/2026	4:00 p.m. a 6:30 p.m. hora del Este	Boyd County High School 14375 Lions Lane Ashland, KY 41102
Pike	Martes 09/29/2026	2:00 p.m. a 6:00 p.m. hora del Este	Pike Co. Central High School Cafeteria 100 Winners Circle Dr. Pikeville, KY 41501
Franklin	Miércoles 09/30/2026	9:00 a.m. a 6:00 p.m. hora del Este	State Office Bldg. Auditorium 501 High Street Frankfort, KY 40601
Hardin	Jueves 10/01/2026	3:30 p.m. a 7:30 p.m. hora del Este	Bluegrass Middle School 170 W A Jenkins Rd. Elizabethtown, KY 42701
McCracken	Lunes 10/5/2026	2:00 p.m. a 6:00 p.m. hora del Centro	Paducah Innovation Hub 500 South 25th St. Paducah, KY 42003
Hopkins	Martes 10/6/2026	2:00 p.m. a 6:00 p.m. hora del Centro	Hopkins Career & Tech Center 1775 Patriot Dr. Madisonville, KY 42431
Daviess	Miércoles 10/7/2026	2:00 p.m. a 6:00 p.m. hora del Centro	Daviess Co. Public Schools Central Office, Rooms 323, 331, 335 4801 Frederica St. Owensboro, KY 42301

CONDADO	FECHA	HORA	UBICACIÓN
Jefferson	Miércoles 10/7/2026	2:00 p.m. a 7:00 p.m. hora del Este	Kentucky Exposition Center East Hall A 937 Phillips Lane Louisville, KY 40209
Pulaski	Jueves 10/8/2026	2:00 p.m. a 6:00 p.m. hora del Este	Somerset Community College Meece Hall Auditorium, Room 120 808 Monticello St. Somerset, KY 42501
Boone	Lunes 10/12/2026	2:00 p.m. a 6:00 p.m. hora del Este	Gateway Community & Technical College Convening Center, Room B123 500 Technology Way Florence, KY 41042
Fayette	Martes 10/13/2026 & Miércoles 10/14/2026	3:30 p.m. a 7:30 p.m. hora del Este	Steam Academy 1555 Georgetown Rd. Lexington, KY 40511
Warren	Jueves 10/15/2026	2:00 p.m. a 6:00 p.m. hora del Centro	Warren County Public Schools Central Office 303 Lovers Lane Bowling Green, KY 42103
Russell	Jueves 10/15/2026	2:00 p.m. a 6:00 p.m. hora del Centro	Russell County Complex Auditorium Natatorium 2167 South Hwy 127 Russell Springs, KY 42642

Novedades y cambios para 2027

Consulta la Guía de Selección de Beneficios (BSG) en **kehp.ky.gov** para más detalles.

Nuevo deducible para medicamentos con receta

LivingWell CDHP

- Anterior: Combinado con el deducible médico.
- Nuevo: Dentro de la red
  Deducible para medicamentos con receta de $500 para una persona.
  Deducible para medicamentos con receta de $900 para una familia.

LivingWell PPO

- Anterior: Copago para todos los medicamentos, excepto los medicamentos GLP-1 para bajar de peso (deducible y luego 25% de coseguro, combinado con el deducible médico).
- Nuevo: Dentro de la red
  Copago para la mayoría de los medicamentos (consulta la siguiente columna para ver los cambios).
  Deducible para medicamentos con receta de $500 para una persona (para medicamentos especializados y medicamentos GLP-1 para bajar de peso).
  Deducible para medicamentos con receta de $1,000 para una familia (para medicamentos especializados y medicamentos GLP-1 para bajar de peso).

LivingWell Basic CDHP

- Anterior: Combinado con el deducible médico.
- Nuevo: Dentro de la red
  Deducible para medicamentos con receta de $500 para una persona.
  Deducible para medicamentos con receta de $1,000 para una familia.

Revisa detenidamente el cuadro de beneficios para conocer los cambios en los Deducibles y los montos Máximos de gastos de bolsillo fuera de la red.

Nuevo máximo de gastos de bolsillo para medicamentos con receta

LivingWell CDHP

- Anterior: Combinado con el máximo de gastos de bolsillo médico.
- Nuevo: Dentro de la red
  Máximo de gastos de bolsillo de $1,000 para medicamentos con receta para una persona.
  Máximo de gastos de bolsillo de $2,000 para medicamentos con receta para una familia.

LivingWell Basic CDHP

- Anterior: Combinado con el máximo de gastos de bolsillo médico.
- Nuevo: Dentro de la red
  Máximo de gastos de bolsillo de $1,000 para medicamentos con receta para una persona.
  Máximo de gastos de bolsillo de $2,000 para medicamentos con receta para una familia.

Revisa detenidamente el cuadro de beneficios para conocer los cambios en los Deducibles y los montos Máximos de gastos de bolsillo fuera de la red.

Cambios en los montos de los copagos

LivingWell PPO

- Anterior: Copago médico
  Copago de $25 por atención con el médico de atención primaria (PCP).
  $50 por especialista.
- Nuevo: Copago médico
  Copago de $30 por atención con el PCP.
  $55 por especialista.
- Anterior: Copago para medicamentos con receta
  Genéricos: $20 para un suministro para 30 días; $40 para un suministro para 90 días.
  Medicamentos del formulario: $40 para un suministro para 30 días; $80 para un suministro para 90 días.
- Nuevo: Copago para medicamentos con receta
  Genéricos: $30 para un suministro para 30 días; $50 para un suministro para 90 días.
  Medicamentos del formulario: $50 para un suministro para 30 días; $100 para un suministro para 90 días.
  Medicamentos especializados: Deducible, luego 30%

Otros cambios

El monto que aportas a una cuenta de gastos flexibles (FSA) para cuidado médico y el máximo que puedes transferir al año siguiente han aumentado. Los montos máximos de aporte para una cuenta FSA de cuidado de dependientes no cambian para 2027.

- Anterior:
  El aporte máximo es de $3,300 al año.
  El máximo que puedes transferir de 2026 a 2027 es de $660.
- Ahora:
  El aporte máximo es de $3,400 al año.
  El máximo que puedes transferir de 2027 a 2028 es de $680.

La **Cuenta de gastos flexibles (FSA) para el cuidado infantil y de adultos durante el día** ahora se llamará **Cuenta FSA de cuidado de dependientes**.

El **Beneficio adicional para diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma e hipertensión** (consulta la **página 14**).

Recordatorio: Cada miembro es responsable de confirmar que solo se procesen reclamaciones legítimas en sus cuentas FSA y HRA. Debes notificar a KEHP o HealthEquity dentro de los 60 días posteriores a cualquier actividad sospechosa de fraude registrada en tu cuenta de HealthEquity.

Seguro médico

El Plan Médico de Empleados de Kentucky (KEHP) ofrece cuatro opciones de planes de seguro médico. Revisa los detalles a continuación para ver qué opción de plan es la mejor para ti y tu familia. Hay más especificaciones sobre el plan en esta guía y en el Folleto de Beneficios Médicos de cada plan.

LivingWell CDHP

¿Quieres pagar primas más bajas y recibir dinero en un HRA para ayudar a reducir tu Deducible? El plan LivingWell CDHP podría ser el indicado para ti.

- Es la opción con mejor relación valor-precio de los planes que ofrece KEHP.
- Se recomienda para quienes tienen pocos o muchos gastos médicos.
- Todos los Servicios cubiertos, excepto algunos artículos como el cuidado preventivo y ciertos medicamentos recetados específicos, están sujetos al Deducible.
- Para la mayoría de los servicios, una vez que alcances el Deducible, el plan pagará el 80% de los gastos cubiertos y tú pagarás un 20% de Coseguro.
- Este plan tiene dos Deducibles y dos Montos máximos de bolsillo: uno para gastos médicos y otro para gastos de medicamentos recetados. Se acumulan por separado.
- Tus gastos médicos se aplican al Deducible médico y al Máximo de gastos de bolsillo médico.
- Una vez que alcances el Máximo de gasto de bolsillo médico, tus reclamaciones médicas cubiertas se pagarán al 100%.
- Tus gastos de medicamentos con receta se aplican al Deducible para medicamentos con receta y al Máximo de gastos de bolsillo para medicamentos con receta.
- Una vez que alcances el Máximo de gasto de bolsillo por medicamentos recetados, tus reclamaciones de medicamentos recetados cubiertas se pagarán al 100%.

Recibirás los fondos de la cuenta HRA a través de una tarjeta VISA de HealthEquity para cuidado médico.

- La tarjeta viene precargada con $500 si tienes cobertura individual o $1,000 si tienes cobertura para pareja, padre más hijo o familiar.
- Utiliza los fondos de la cuenta HRA para ayudar a pagar tu Coseguro, lo que reduce el impacto de tu Deducible.
- Utiliza esta tarjeta en el consultorio de tu médico, en el hospital o en la farmacia. Simplemente desliza la tarjeta para pagar tus gastos elegibles, los cuales se deducirán del saldo de tu tarjeta.
- También puedes usar esta tarjeta para pagar gastos dentales y de la vista elegibles. Estos gastos no reducen tu Deducible.
- Los fondos de tu cuenta HRA pueden acumularse para el año siguiente, hasta un máximo de $7,500.

LivingWell PPO

¿Estás dispuesto a pagar más en primas para limitar tus gastos de bolsillo a un Copago en ciertos servicios? El plan LivingWell PPO podría ser el indicado para ti.

- Los Copagos aplican a las visitas al consultorio del médico, sueros y vacunas para alergias, centros de atención de urgencia y medicamentos recetados.
- Tus Copagos no cuentan para tu Deducible.
- Tus Copagos sí cuentan para tu Máximo de gasto de bolsillo. Una vez que alcances tu Máximo de gasto de bolsillo, no se aplicarán más Copagos.
- Este plan tiene dos Deducibles y dos Montos máximos de bolsillo: uno para gastos médicos y otro para gastos de medicamentos recetados. Se acumulan por separado.
- La mayoría de los gastos están sujetos al Deducible y luego se cubren al 75%.
- Tus gastos médicos se aplican al Deducible médico y al Máximo de gastos de bolsillo médico.
- Tus gastos de medicamentos con receta se aplican al Deducible para medicamentos con receta y al Máximo de gastos de bolsillo para medicamentos con receta.

LivingWell Basic CDHP

¿Qué tal una cobertura de seguro médico más básica, con primas más bajas y un HRA que te ayude a reducir tu Deducible? El plan LivingWell Basic CDHP es justamente eso.

- Esta es una cobertura básica con una prima más baja.
- Pagarás el 30% por los Servicios cubiertos después de alcanzar tu Deducible.
- Tus gastos médicos se aplican al Deducible médico y al Máximo de gastos de bolsillo médico.
- Una vez que alcances el Máximo de gasto de bolsillo médico, tus reclamaciones médicas cubiertas se pagarán al 100%.
- Tus gastos de medicamentos con receta se aplican al Deducible para medicamentos con receta y al Máximo de gastos de bolsillo para medicamentos con receta.
- Una vez que alcances el Máximo de gasto de bolsillo por medicamentos recetados, tus reclamaciones de medicamentos recetados cubiertas se pagarán al 100%.

Seguro médico

Recibirás los fondos de la cuenta HRA a través de una tarjeta VISA de HealthEquity para cuidado médico.

- La tarjeta viene precargada con $250 si tienes cobertura individual o $500 si tienes cobertura para pareja, padre más hijo o familiar.
- Utiliza los fondos de la cuenta HRA para ayudar a pagar tu Coseguro, lo que reduce el impacto de tu Deducible.
- Utiliza esta tarjeta en el consultorio de tu médico, en el hospital o en la farmacia. Simplemente desliza la tarjeta para pagar tus gastos elegibles, los cuales se deducirán del saldo de tu tarjeta.
- También puedes usar esta tarjeta para pagar gastos dentales y de la vista elegibles. Estos gastos no reducen tu Deducible.
- Los fondos de tu cuenta HRA pueden acumularse para el año siguiente, hasta un máximo de $7,500.

Plan médico con deducibles altos (HDHP) de LivingWell

¿Quieres pagar primas más bajas a cambio de mayores gastos de bolsillo?
El plan LivingWell HDHP podría ser el indicado para ti.

- Este es un plan médico tipo catastrófico, con Deducibles más altos y primas más bajas.
- Se recomienda para quienes esperan tener gastos médicos generales más bajos y solo necesitan cuidado preventivo.
- Si tienes una cuenta de ahorros para la salud (HSA), puedes utilizarla con este plan. Las cuentas HSA no están disponibles a través del KEHP.
- No es necesario tener una cuenta HSA para elegir este plan.
- Todos los Servicios cubiertos, excepto el cuidado preventivo calificado, están sujetos al Deducible.
- A diferencia de otros planes KEHP, el HDHP no tiene deducibles individuales y familiares que se acumulen simultáneamente; solo se aplicará un Deducible ("individual" si tienes cobertura solo para ti o el deducible "familiar" más alto si eliges cualquier otra opción).
- Una vez que alcances el Deducible, el plan pagará el 70% de los gastos cubiertos y tú pagarás un 30% de Coseguro.
- Tanto tus gastos médicos como los de receta cuentan para el Deducible y el Máximo de gasto de bolsillo.
- Una vez que alcances el Máximo de gasto de bolsillo, tus reclamaciones médicas y de receta cubiertas se pagarán al 100%.

Algunos beneficios complementarios que se ofrecen en las otras tres opciones de plan médico no están cubiertos en virtud del HDHP, lo que incluye:

- Carrum Health
- Clínicas de salud de LivingWell
- Acupuntura de UK

Sin embargo, algunos de los servicios anteriores pueden estar disponibles para ti una vez que hayas cumplido con el Deducible del año del plan.



Cuadro de beneficios

Opciones de plan	LivingWell CDHP		LivingWell PPO		LivingWell Basic CDHP		LivingWell HDHP	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Monto máximo de por vida	Sin límite							
Acuerdo de reembolso de salud (HRA)	Individual: $500; Familiar: $1,000		No corresponde		Individual: $250; Familiar: $500		Sin HRA Se puede usar una cuenta HSA que no sea del KEHP con este plan.	
Tipo de deducible/máximo de gastos de bolsillo	Integrado		Integrado		Integrado		Familiar/Integrado	
Deducible médico anual	Individual $1,550 Familiar $2,900	Individual $2,900 Familiar $5,550	Individual $1,050 Familiar $1,850	Individual $1,850 Familiar $3,450	Individual $2,100 Familiar $3,950	Individual $3,450 Familiar $6,650	Individual $2,100* Familiar $4,200*	Individual $4,200 Familiar $8,450
Máximo de gastos de bolsillo médicos	Individual $3,150 Familiar $6,050	Individual $6,050 Familiar $11,900	Individual $3,150 Familiar $6,050	Individual $6,050 Familiar $11,900	Individual $4,200 Familiar $8,200	Individual $8,200 Familiar $11,900	Individual $8,300 Familiar $16,650	Individual $16,650 Familiar $33,300
Los Deducibles y el Máximo de gastos de bolsillo para proveedores dentro y fuera de la red se acumulan por separado y no se aplican de manera cruzada.								
Coseguro	Plan: 80% Miembro: 20%	Plan: 50% Miembro: 50%	Plan: 75% Miembro: 25%	Plan: 50% Miembro: 50%	Plan: 70% Miembro: 30%	Plan: 50% Miembro: 50%	Plan: 70% Miembro: 30%	Plan: 50% Miembro: 50%
Visita al consultorio del médico	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago: $30 con PCP, $55 con especialista	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Deducible anual para medicamentos con receta	Individual $500 Familiar $900	Individual $1,000 Familiar $1,800	Individual $500 Familiar $1,000	Individual $1,000 Familiar $2,000	Individual $500 Familiar $1,000	Individual $1,000 Familiar $2,000	Combinado con gastos médicos	
Máximo anual de gastos de bolsillo para medicamentos con receta	Individual $1,000 Familiar $2,000	Individual $2,000 Familiar $4,000	Individual $2,500 Familiar $5,000	Individual $5,000 Familiar $10,000	Individual $1,000 Familiar $2,000	Individual $2,000 Familiar $4,000	Combinado con gastos médicos	
Suministro para 30 días **Nivel 1 – Genérico** **Nivel 2 – Formulario** **Nivel 3 — Especializado**	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	$30 $50 Deducible, luego 30%	$50 $100 Deducible, luego 30%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Suministro para 90 días (farmacia minorista o de pedido por correo) **Nivel 1 – Genérico** **Nivel 2 – Formulario** **Nivel 3 — Especializado**	Deducible, luego 20%	Sin cobertura	$50 $100 Deducible, luego 30%	Sin cobertura Sin cobertura Deducible, luego 30%	Deducible, luego 30%	Sin cobertura	Deducible, luego 30%	Sin cobertura
Medicamentos GLP-1 para la pérdida de peso	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Servicios cubiertos								
Visitas al consultorio para cuidado preventivo								
Visitas de control de bebés y niños, según lo recomendado	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%
Examen físico anual para adultos	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%
Vacunas, según las recomendaciones	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%
Pruebas de detección, incluyendo Papanicolaou y análisis de laboratorio, como parte de la visita preventiva al consultorio	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%	100%	Deducible, luego 50%
Servicios para pacientes ambulatorios								
Atención primaria y visitas al consultorio de especialistas	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago: $30 con PCP, $55 con especialista	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Telesalud de la mano de LiveHealth Online para salud médica y conductual	100%	N/A	100%	N/A	100%	N/A	100%	N/A
Telesalud con un proveedor distinto de LiveHealth Online	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago: $30 con PCP, $55 con especialista	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%

Cuadro de beneficios

Opciones de plan	LivingWell CDHP		LivingWell PPO		LivingWell Basic CDHP		LivingWell HDHP	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Pruebas de diagnóstico en el consultorio del médico	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago de visita al consultorio	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Cirugía realizada en consultorio	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Salud conductual y abuso de sustancias	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Servicios para personas con autismo	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Inyección para alergias sin visita al consultorio	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago de $15	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Suero para alergias	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago de $15	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Cuidados quiroprácticos (terapia de manipulación) (máximo de 26 visitas por año, no más de una visita por día)	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago de $30	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Servicios de terapia (por visita: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla; límite máximo combinado de 90 visitas por año)	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Servicios de emergencia								
Centro de atención de urgencia	Deducible, luego 20%		Copago de $55		Deducible, luego 30%		Deducible, luego 30%	
Sala de emergencias (solo tratamiento médico de emergencia)	Copago de $250, luego Deducible y después 25%. Sin Copago si el paciente es admitido		Copago de $250, luego Deducible y después 25%. Sin Copago si el paciente es admitido		Copago de $250, luego Deducible y después 30%. Exento si el paciente es admitido.		Deducible, luego 30%	
Médico de sala de emergencia	Deducible, luego 20%		Deducible, luego 25%		Deducible, luego 30%		Deducible, luego 30%	
Ambulancia	Deducible, luego 20%		Deducible, luego 25%		Deducible, luego 30%		Deducible, luego 30%	
Otros servicios								
Hospital para pacientes internados (habitación semiprivada)	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Hospital para pacientes ambulatorios/Cirugía	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Centro de cirugía ambulatoria/paciente ambulatorio	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Atención de maternidad	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Copago de $30 (visita al consultorio con diagnóstico de embarazo) Cargo por parto: Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Equipo médico duradero y suministros	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 30%
Cuidado médico en el hogar	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%
Radiografías, análisis de laboratorio y diagnósticos, incluidas resonancias magnéticas (MRI), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (PET)	Deducible, luego 20%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 25%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%	Deducible, luego 30%	Deducible, luego 50%

Notas: Las áreas enmarcadas de la tabla son componentes de cada plan que los miembros utilizan con mayor frecuencia al elegir una opción de plan, pero no incluyen todos los elementos. Puedes consultar el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) para obtener más información. KEHP ha hecho todo lo posible para garantizar la exactitud de los beneficios descritos en este cuadro de beneficios. Si se produjera un error, los beneficios descritos en los Resúmenes de Descripción del Plan (SPD) de 2027 y en los Folletos de Beneficios Médicos serán los que determinen cómo se pagan los beneficios. Los beneficios están sujetos a los términos, las condiciones, las limitaciones y exclusiones que se establecen en los SPD.

- Los copagos no se acumulan para el Deducible, pero sí se acumulan para el Monto máximo de gasto de bolsillo médico aplicable. Una vez que se alcanza el Monto máximo de gasto de bolsillo, ya no tienes que pagar más Copagos médicos. Una vez que alcanzas tu Máximo de gastos de bolsillo para medicamentos con receta, no tienes que pagar más Copagos por medicamentos con receta.
- Ciertos medicamentos para tratar diabetes, EPOC, asma e hipertensión tienen Copagos y Coseguros reducidos, sin Deducibles. Puedes obtener un suministro de medicamentos para 90 días con un Copago o Coseguro reducido como parte del beneficio adicional. Consulta la sección sobre el beneficio adicional para obtener más información. Algunos medicamentos preventivos/de mantenimiento omiten el Deducible en los CDHP.
- Las reclamaciones se procesan según el tipo de facturación del proveedor, lo que puede incluir cargos separados de un laboratorio que realiza servicios fuera de la visita al consultorio del médico.

* El HDHP tiene un Deducible no incorporado, lo que significa que todos los miembros de la familia comparten un deducible y un máximo de gastos de bolsillo (MOOP), sin importar la cantidad de miembros de la familia. Se debe cumplir con la totalidad del Deducible antes de que cualquier miembro de la familia reciba beneficios. Se debe alcanzar la totalidad del OOP antes de que la familia haya alcanzado el Máximo de gastos de bolsillo.

Contribuciones de la prima mensual para no fumadores de 2027

Personas que completaron el Compromiso de LivingWell en 2026 para 2027			
LivingWell CDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,180.16	$1,125.10	$55.06
Padre adicional	$1,593.22	$1,452.04	$141.18
Pareja	$2,307.72	$1,958.20	$349.52
Familia	$2,564.34	$2,153.46	$410.88
Referencia cruzada familiar*	$1,348.58	$1,259.08	$89.50
LivingWell PPO	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,194.62	$1,102.80	$91.82
Padre adicional	$1,629.22	$1,367.50	$261.72
Pareja	$2,397.02	$1,808.10	$588.92
Familia	$2,622.26	$1,884.12	$738.14
Referencia cruzada familiar*	$1,401.38	$1,225.78	$175.60
LivingWell Basic CDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,148.42	$1,119.22	$29.20
Padre adicional	$1,566.54	$1,497.00	$69.54
Pareja	$2,318.24	$2,028.38	$289.86
Familia	$2,569.32	$2,221.50	$347.82
Referencia cruzada familiar*	$1,348.14	$1,315.70	$32.44
LivingWell HDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,066.12	$1,044.62	$21.50
Padre adicional	$1,454.08	$1,396.30	$57.78
Pareja	$2,152.06	$1,894.08	$257.98
Familia	$2,385.16	$2,074.82	$310.34
Referencia cruzada familiar*	$1,249.94	$1,219.86	$30.08

Personas que NO completaron el Compromiso de LivingWell en 2026 para 2027			
LivingWell CDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,180.16	$1,085.10	$95.06
Padre adicional	$1,593.22	$1,412.04	$181.18
Pareja	$2,307.72	$1,918.20	$389.52
Familia	$2,564.34	$2,113.46	$450.88
Referencia cruzada familiar*	$1,348.58	$1,219.08	$129.50
LivingWell PPO	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,194.62	$1,062.80	$131.82
Padre adicional	$1,629.22	$1,327.50	$301.72
Pareja	$2,397.02	$1,768.10	$628.92
Familia	$2,622.26	$1,844.12	$778.14
Referencia cruzada familiar*	$1,401.38	$1,185.78	$215.60
LivingWell Basic CDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,148.42	$1,079.22	$69.20
Padre adicional	$1,566.54	$1,457.00	$109.54
Pareja	$2,318.24	$1,988.38	$329.86
Familia	$2,569.32	$2,181.50	$387.82
Referencia cruzada familiar*	$1,348.14	$1,275.70	$72.44
LivingWell HDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,066.12	$1,004.62	$61.50
Padre adicional	$1,454.08	$1,356.30	$97.78
Pareja	$2,152.06	$1,854.08	$297.98
Familia	$2,385.16	$2,034.82	$350.34
Referencia cruzada familiar*	$1,249.94	$1,179.86	$70.08

Todas las contribuciones de prima de los empleados son por empleado, por mes.

*La referencia cruzada familiar no es una opción de pago disponible si eres contratado el 1.° de enero de 2025 o después.

Contribuciones de la prima mensual para fumadores de 2027

Personas que completaron el Compromiso de LivingWell en 2026 para 2027			
LivingWell CDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,180.16	$1,085.10	$95.06
Padre adicional	$1,593.22	$1,372.04	$221.18
Pareja	$2,307.72	$1,878.20	$429.52
Familia	$2,564.34	$2,073.46	$490.88
Referencia cruzada familiar*	$1,348.58	$1,219.08	$129.50
LivingWell PPO	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,194.62	$1,062.80	$131.82
Padre adicional	$1,629.22	$1,287.50	$341.72
Pareja	$2,397.02	$1,728.10	$668.92
Familia	$2,622.26	$1,804.12	$818.14
Referencia cruzada familiar*	$1,401.38	$1,185.78	$215.60
LivingWell Basic CDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,148.42	$1,079.22	$69.20
Padre adicional	$1,566.54	$1,417.00	$149.54
Pareja	$2,318.24	$1,948.38	$369.86
Familia	$2,569.32	$2,141.50	$427.82
Referencia cruzada familiar*	$1,348.14	$1,275.70	$72.44
LivingWell HDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,066.12	$1,004.62	$61.50
Padre adicional	$1,454.08	$1,316.30	$137.78
Pareja	$2,152.06	$1,814.08	$337.98
Familia	$2,385.16	$1,994.82	$390.34
Referencia cruzada familiar*	$1,249.94	$1,179.86	$70.08

Personas que NO completaron el Compromiso de LivingWell en 2026 para 2027			
LivingWell CDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,180.16	$1,045.10	$135.06
Padre adicional	$1,593.22	$1,332.04	$261.18
Pareja	$2,307.72	$1,838.20	$469.52
Familia	$2,564.34	$2,033.46	$530.88
Referencia cruzada familiar*	$1,348.58	$1,179.08	$169.50
LivingWell PPO	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,194.62	$1,022.80	$171.82
Padre adicional	$1,629.22	$1,247.50	$381.72
Pareja	$2,397.02	$1,688.10	$708.92
Familia	$2,622.26	$1,764.12	$858.14
Referencia cruzada familiar*	$1,401.38	$1,145.78	$255.60
LivingWell Basic CDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,148.42	$1,039.22	$109.20
Padre adicional	$1,566.54	$1,377.00	$189.54
Pareja	$2,318.24	$1,908.38	$409.86
Familia	$2,569.32	$2,101.50	$467.82
Referencia cruzada familiar*	$1,348.14	$1,235.70	$112.44
LivingWell HDHP	**Total de la prima**	**Contribución del empleador**	**Contribución del empleado**
Soltero/a	$1,066.12	$964.62	$101.50
Padre adicional	$1,454.08	$1,276.30	$177.78
Pareja	$2,152.06	$1,774.08	$377.98
Familia	$2,385.16	$1,954.82	$430.34
Referencia cruzada familiar*	$1,249.94	$1,139.86	$110.08

Todas las contribuciones de prima de los empleados son por empleado, por mes.

*La referencia cruzada familiar no es una opción de pago disponible si eres contratado el 1.° de enero de 2025 o después.

Cobertura de medicamentos recetados

Todas las opciones de planes médicos tienen cobertura de medicamentos recetados. CVS/Caremark administra los beneficios de medicamentos recetados para KEHP, pero no tienes que usar una farmacia CVS. ¡Ve a cualquier farmacia dentro de la red que elijas y obtén un suministro de medicamentos para 30 o 90 días! Sin embargo, se requiere un suministro para 90 días para recibir el beneficio adicional, como se describe en la página siguiente. Si prefieres que tus medicamentos recetados se entreguen en tu puerta, utiliza cualquier farmacia minorista de pedido por correo dentro de la red.

Tu cobertura de medicamentos está limitada a los medicamentos del Formulario de valor. Puedes ver tanto la versión resumida como la detallada del Formulario de valor en **kehp.ky.gov** o en **Caremark.com**. Algunos medicamentos están sujetos a una autorización previa. Existe un proceso de apelación para los medicamentos que no están cubiertos bajo el Formulario de valor o para los medicamentos recetados por un médico cuando el uso o la dosis contravienen la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Para preguntas específicas sobre tus medicamentos recetados, contacta a CVS/Caremark al **866-601-6934**.

Es posible que quieras compartir la lista del Formulario con tu médico de atención primaria u otros proveedores.

Beneficio de medicamentos para terapia preventiva — Evita tu deducible (solo para LivingWell CDHP, LivingWell Basic CDHP y LivingWell HDHP)

Si tienes el LivingWell CDHP, LivingWell Basic CDHP o el LivingWell HDHP, solo tendrás que pagar el monto del Coseguro por los medicamentos que estén en la lista de Medicamentos para Terapia Preventiva, sin tener que cumplir primero con tu Deducible. Esta lista incluye los medicamentos que necesitas de manera regular para prevenir condiciones, como la presión arterial alta o el colesterol elevado. Puedes consultar la lista de Medicamentos para Terapia Preventiva en **kehp.ky.gov**.

Regístrate en Caremark.com

Cuando te registres en **Caremark.com**, tendrás acceso a herramientas y recursos que hacen que administrar tus beneficios de farmacia sea más fácil y conveniente.

Hay tres formas sencillas de registrarte:

- Visita **Caremark.com**, haz clic en el botón Registrarse (Register) y sigue las instrucciones para crear tu cuenta.
- Descarga la aplicación móvil CVS/Caremark desde Google Play o la App Store para registrar tu cuenta.
- Llama al **866-601-6934** y un representante te ayudará a comenzar con un correo electrónico o mensaje de texto de registro personalizado.

ACCIÓN **DE SALUD**

CVS/Caremark tiene una herramienta llamada **Verificar la cobertura y el costo del medicamento (Check Drug and Cost Coverage)** que te ayuda a comparar el costo de los medicamentos en farmacias cercanas. Mientras más bajo sea el costo del medicamento, menos pagarás de Coseguro (excepto en el plan LivingWell PPO, que ofrece un copago fijo para la mayoría de los medicamentos). Inicia sesión en **Caremark.com**, selecciona Plan y beneficios (Plan & Benefits), y elige **Verificar la cobertura y el costo del medicamento**.



Cobertura de medicamentos recetados



Beneficios adicionales para diabetes, EPOC, asma e hipertensión

A medida que los costos de los medicamentos recetados siguen aumentando, ¡KEHP quiere ayudarte a reducir lo que tienes que pagar! Durante varios años, KEHP ha ofrecido los Beneficios adicionales, ¡y ahora sabemos que estás siendo más constante con tus medicamentos porque te cuestan menos! Esto es eficaz para mejorar tu salud, ahorrarte dinero y reducir los costos del plan. ¡Es un beneficio para todos!

El Beneficio adicional para la diabetes, la EPOC, el asma y la hipertensión significa que tus costos se reducen si recibes medicamentos recetados de mantenimiento o suministros. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes:

- Inhaladores
- Máquinas de presión arterial
- Bombas de infusión
- Dispositivos para medir la presión arterial
- Monitores cardíacos
- Suministros y equipos médicos duraderos

Pagarás un Copago y/o Coseguro reducido, y no tendrás un Deducible.

La mayoría de los suministros y equipos médicos duraderos relacionados con la diabetes, la EPOC, el asma y la hipertensión están cubiertos con un costo compartido reducido y SIN DEDUCIBLE.

Debes recibir un suministro para 90 días para poder acceder al costo reducido del beneficio adicional debido a un aumento en los cargos del farmacéutico exigido por la ley de Kentucky. Si recibes un suministro de menos de 90 días, no recibirás la reducción en tu copago y/o deducible. La insulina no entra dentro de este requisito.

Consulta la tabla a continuación para ver el costo que pagarás. El máximo que pagarás por un suministro para 30 días de insulina es de $30.

Diseño del Beneficio adicional	LivingWell CDHP	LivingWell PPO	LivingWell Basic CDHP	LivingWell HDHP
Suministro para 90 días	(Sin deducible)		(Sin deducible)	(Sin deducible)
Nivel 1: medicamentos genéricos	5%	$10	5%	5%
Nivel 2: medicamentos de Formulario	10%	$60	25%	25%

HRA de propósito general con exención

Si no necesitas seguro médico, puedes ser elegible para el Acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA) de propósito general con exención. El HRA cubre servicios médicos, dentales y de visión que tu plan de seguro médico no cubre, como el Deducible y otros gastos de bolsillo.

Solo serás elegible para un HRA de propósito general con exención si cuentas con **otro** seguro médico patrocinado por un empleador. Puedes usar este HRA para ti y tus dependientes siempre que puedas declarar que todas las personas cubiertas bajo el HRA de propósito general con exención cuentan con otro seguro médico grupal patrocinado por un empleador, lo que incluye tener cobertura como dependiente en el plan de seguro médico de uno de tus padres.

Tu empleador contribuirá con $175 por mes, hasta $2,100 por año, a tu tarjeta VISA de HealthEquity para cuidado médico. Se financiará en dos pagos iguales: $1,050 el 1.° de enero y $1,050 el 1.° de julio.

Tienes un periodo de extensión de 90 días hasta el 31 de marzo de 2028 para solicitar el reembolso de los gastos elegibles que se hayan producido entre el 1.° de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Los gastos que pueden reembolsarse en virtud de tu HRA de propósito general con exención incluyen los siguientes:

- Gastos médicos y de medicamentos recetados calificados, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC), productos femeninos y ciertos equipos de protección, como mascarillas y desinfectante de manos.
- Copagos y Coseguros.
- Ciertos cargos dentales, como los de exámenes, limpiezas, empastes y coronas.
- Tratamiento de ortodoncia.
- Cargos de visión, incluidos los de exámenes, lentes de contacto, anteojos y corrección visual con láser.
- Suministros médicos, como sillas de ruedas, muletas y andadores.

El saldo restante en tu HRA de propósito general con exención (hasta $2,100) al final de 2027 se trasladará a 2028 siempre que continúes renunciando a tu cobertura de seguro médico y elijas el HRA de propósito general con exención.

ACCIÓN DE SALUD

Personas elegibles para renunciar a la cobertura y recibir el HRA de propósito general con exención

- Cualquier empleado activo de una agencia estatal, junta escolar o ciertas agencias cuasi gubernamentales, que sea elegible para la cobertura de seguro médico patrocinada por el estado y que cuente con otro seguro médico patrocinado por un empleador. Esto incluye a aquellas personas que figuran como dependientes en el seguro médico de uno de sus padres.
- Un jubilado que haya regresado al trabajo y que cuente con otro seguro médico grupal (no con KPPA o TRS).

Personas NO elegibles

- Un empleado de una agencia que no participa en el programa FSA/HRA de KEHP con HealthEquity.
- Un jubilado menor de 65 años que haya regresado a trabajar y haya elegido cobertura bajo el sistema de jubilación.
- Un empleado que no cuenta con cobertura de seguro médico grupal patrocinada por un empleador.
- Un empleado que tiene cobertura de seguro médico individual a través del mercado de seguros.
- Un empleado cuyo único otro seguro sea Medicare, TRICARE, Medicaid, Beneficios para Veteranos u otro seguro médico patrocinado por el gobierno.
- Un empleado que esté contribuyendo, o cuyo cónyuge esté contribuyendo, a una cuenta de ahorros para la salud (HSA).

La tarjeta VISA de HealthEquity para cuidado médico solo puede usarse para servicios prestados en 2027. Debes presentar una reclamación de tipo Reembolsarme (Pay-Me-Back) o Pagar a mi proveedor (Pay-My-Provider) ante HealthEquity por cualquier servicio prestado en 2026.



HealthEquity


EZ Receipts

Recordatorio: Cada miembro es responsable de confirmar que solo se procesen reclamaciones legítimas en sus cuentas FSA y HRA. Debes notificar a KEHP o HealthEquity dentro de los 60 días posteriores a cualquier actividad sospechosa de fraude registrada en tu cuenta de HealthEquity.

HRA de propósito limitado con exención

El HRA de propósito limitado con exención está disponible para quienes tienen un seguro médico individual o patrocinado por el gobierno, como Medicare, Medicaid o TRICARE, y no necesitan un plan médico. Este HRA solo cubre los gastos dentales y de la visión que tú y tus dependientes incurrieron.

Tu empleador contribuirá con $175 por mes, hasta $2,100 por año, a tu tarjeta VISA de HealthEquity para cuidado médico. Se financiará en dos pagos iguales: $1,050 el 1.° de enero y $1,050 el 1.° de julio.

Tienes un periodo de extensión de 90 días hasta el 31 de marzo de 2028 para solicitar el reembolso de los gastos de HRA elegibles que se hayan producido entre el 1.° de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Nota: El HRA de propósito limitado con exención no es un seguro dental o de visión, pero puede usarse para pagar o reembolsarte los gastos dentales y de la visión. Algunos ejemplos de gastos que pueden reembolsarse con tu HRA de propósito limitado con exención incluyen:

- Ciertos cargos dentales, como los de exámenes, limpiezas, empastes y coronas.
- Tratamiento de ortodoncia.
- Cargos de visión, incluidos los de exámenes, lentes de contacto, anteojos y corrección visual con láser.

El saldo restante en tu HRA de propósito limitado con exención (hasta $2,100) al final de 2027 se trasladará a 2028 siempre que continúes renunciando a tu cobertura de seguro médico y elijas el HRA de propósito limitado con exención.

ACCIÓN DE SALUD

Personas elegibles para el HRA de propósito limitado con exención

- Cualquier empleado activo de una agencia estatal, junta escolar o ciertas agencias cuasi gubernamentales, que sea elegible para la cobertura de seguro médico patrocinada por el estado.
- Un jubilado que haya regresado al trabajo y que cuente con otro seguro médico (no con KPPA o TRS).
- Miembros que no son elegibles para el HRA de propósito general con exención porque tienen un plan médico de salud individual o patrocinado por el gobierno.

Personas NO elegibles

- Un empleado de una agencia que no participa en el programa FSA/HRA de KEHP con HealthEquity.
- Un jubilado menor de 65 años que haya regresado a trabajar y haya elegido cobertura bajo el sistema de jubilación.

La tarjeta VISA de HealthEquity para cuidado médico solo puede usarse para servicios prestados en 2027. Debes presentar una reclamación de tipo Reembolsarme (Pay-Me-Back) o Pagar a mi proveedor (Pay-My-Provider) ante HealthEquity por cualquier servicio prestado en 2026.



HealthEquity



EZ Receipts

Recordatorio: Cada miembro es responsable de confirmar que solo se procesen reclamaciones legítimas en sus cuentas FSA y HRA. Debes notificar a KEHP o HealthEquity dentro de los 60 días posteriores a cualquier actividad sospechosa de fraude registrada en tu cuenta de HealthEquity.

Cuenta de gastos flexibles (FSA) de cuidado médico

Considera inscribirte en una cuenta FSA para 2027 y ahorra en una variedad de gastos pagándolos antes de impuestos. Si actualmente no estás inscrito, estás pagando más impuestos por los gastos de cuidado médico de tu bolsillo.

Debes volver a inscribirte en la cuenta FSA de cuidado médico si deseas hacer nuevas contribuciones a esta cuenta para 2027.

Una cuenta FSA de cuidado médico te permite colocar dinero antes de impuestos en una cuenta para usarlo en gastos de tu bolsillo, como Deducibles, Copagos y Coseguros por reclamaciones médicas, así como medicamentos recetados y algunos medicamentos y suministros de venta libre. También puedes utilizar una cuenta FSA de cuidado médico para cubrir los gastos dentales y de visión.

El dinero que elijas contribuir para todo el año estará disponible para ti en una tarjeta VISA para cuidado médico prefinanciada el 1.° de enero.

Razones para elegir una cuenta FSA de cuidado médico

- Contribuye hasta un máximo de **$3,400 por año antes de impuestos**. El mínimo que puedes contribuir es de $120 por año.
- Transfiere un mínimo de $50 y un máximo de $660 de 2026 a 2027, y un máximo de $680 de 2027 a 2028. Los fondos transferidos no cuentan para el máximo de contribución anual de $3,400.
- Tienes un periodo de extensión de 90 días hasta el 31 de marzo de 2028 para solicitar el reembolso de los gastos de cuenta FSA elegibles que se hayan producido entre el 1.° de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027. Cualquier fondo tuyo que supere los $680 y no se use antes del periodo de extensión se perderá.
- Utiliza tu cuenta FSA para pagar gastos médicos elegibles de los familiares que se consideren dependientes fiscales, aunque no estén inscritos en tu plan médico.

Gastos cubiertos

- Copagos médicos y de medicamentos recetados.
- Gastos médicos y de medicamentos recetados calificados, incluidos los medicamentos de venta libre (OTC), productos femeninos y ciertos equipos de protección, como mascarillas y desinfectante de manos.
- Determinados cargos dentales.
- Tratamiento de ortodoncia.
- Cargos de visión, incluidos los anteojos.
- Coseguro.
- Sillas de ruedas, muletas y andadores.

Para ver la lista completa de gastos cubiertos, visita **info.healthequity.com/kehp**.

Personas elegibles

- Empleados de agencias estatales o juntas escolares.
- Empleados de ciertas agencias cuasi gubernamentales.

Comunícate con tu Coordinador de Seguros para obtener más detalles.

Personas NO elegibles

- Jubilados.
- Empleados de una agencia que no participa en el programa FSA/HRA de KEHP con HealthEquity.

ACCIÓN DE SALUD

- Si no has elegido activamente una contribución a la cuenta FSA de cuidado médico durante dos años, tu cuenta FSA de cuidado médico se dará de baja y perderás cualquier saldo transferido.
- Los fondos de una cuenta FSA de cuidado médico de HealthEquity se utilizarán antes que los fondos de un HRA.
- No utilices tu tarjeta de débito VISA en 2027 para pagar gastos de 2026.
- Puedes utilizar la aplicación EZ Receipts para enviar un reembolso o para que HealthEquity pague directamente a tu proveedor usando la opción Pagar a mi proveedor.



HealthEquity


EZ Receipts

Recordatorio: Cada miembro es responsable de confirmar que solo se procesen reclamaciones legítimas en sus cuentas FSA y HRA. Debes notificar a KEHP o HealthEquity dentro de los 60 días posteriores a cualquier actividad sospechosa de fraude registrada en tu cuenta de HealthEquity.

Cuenta FSA de cuidado de dependientes

Reduce los costos del cuidado de dependientes

Si necesitas un cuidado diurno para niños o adultos para cuidar a tus seres queridos mientras trabajas, entonces una cuenta FSA de cuidado de dependientes puede ser adecuada para ti. Sabes lo costoso que puede ser ese cuidado. Pero, con una cuenta FSA de cuidado de dependientes, puedes ahorrar dinero en los gastos elegibles de cuidado diurno de niños y adultos usando dólares antes de impuestos.

Con una cuenta FSA de cuidado de dependientes, eliges un monto que se deducirá antes de impuestos de tu cheque de pago para usarla en pagar los gastos elegibles que se indican a continuación:

- Cuidado de niños o adultos (solo durante el horario laboral)
- Educación preescolar
- Campamento diurno de verano
- Cuidado antes y después de la escuela
- Gastos de cuidado diurno para adultos dependientes

Solo elige inscribirte y luego selecciona el monto que deseas aportar a esta cuenta. El monto mínimo que puedes contribuir es de $120 por año, hasta el monto máximo por año que se basa en tu estado civil para efectos fiscales:

- Casado/a, presentando declaración conjunta: $7,500
- Soltero o cabeza de familia: $7,500
- Soltero/a o casado/a que presenta declaraciones por separado: $3,750

Puedes organizar pagos directos convenientes a tu proveedor usando la opción Pagar a mi proveedor en la aplicación EZ Receipts, o puedes pagar tú mismo los gastos de cuidado diurno para niños y adultos y solicitar el reembolso. Tienes un periodo de extensión de 90 días hasta el 31 de marzo de 2028 para solicitar el reembolso de los gastos de la cuenta FSA de cuidado de dependientes elegibles que se hayan producido entre el 1.° de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027. Los fondos no se transfieren al año siguiente. Cualquier fondo no reclamado se perderá.

Personas elegibles

- Empleados de agencias estatales o juntas escolares.
- Empleados de ciertas agencias cuasi gubernamentales.

Comunícate con tu Coordinador de Seguros para obtener más detalles.

Personas NO elegibles

- Jubilados.
- Empleados de una agencia que no participa en el programa FSA/HRA de KEHP con HealthEquity.



Compromiso de LivingWell

Debes completar el compromiso de LivingWell entre el 1.° de enero de 2027 y el 1.° de julio de 2027 si deseas obtener un descuento en la prima del seguro médico en 2028.

Para completar el compromiso, solo debes realizar la Evaluación de la salud de Castlight en **mycastlight.com/mybenefits**. La Evaluación de la salud solo demora unos 10 minutos en completarse y plantea diversas preguntas sobre tu salud y estilo de vida.

Al completar el compromiso, obtienes un descuento de hasta $480 en la prima ($40 al mes) para el año del plan 2028.

Ten en cuenta que no recibirás crédito por completar el compromiso si lo haces durante la Inscripción abierta. El compromiso debe completarse entre el 1.° de enero de 2027 y el 1.° de julio de 2027.

Los empleados nuevos contratados el 1.° de enero de 2027 no tienen que completar el compromiso de LivingWell, pero igualmente recibirán el descuento en la prima para 2027 y 2028.

ACCIÓN DE SALUD

Si tienes la opción de pago cruzado, ambos cónyuges deben cumplir con el compromiso.



Programas de beneficios

¡Beneficios adicionales sin costo extra para ti!

Cuidado y apoyo quirúrgico

Carrum Health*

¡El mejor cuidado comienza aquí! Ya sea que necesites cuidado para el cáncer o una cirugía de rodilla, cadera, hombro, columna, corazón, pérdida de peso y más, puedes recibir la mayor parte, si no todo, sin costo adicional para ti. Carrum trabaja con los principales especialistas en cáncer y cirujanos del país, aquellos que logran mejores resultados y tienen un cuidado excepcional con los pacientes.

- Mejor cuidado
- Sin facturas sorpresa
- Apoyo dedicado

Los titulares del plan y sus dependientes cubiertos de 18 años en adelante son elegibles para este beneficio.

¿Todo listo para comenzar?
Visita: **carrum.me/kehp**, o
llama: 888-855-7806
de lunes a viernes de 9 a.m. a 8 p.m. hora del Este

Telesalud y apoyo telefónico

Telesalud a través de LiveHealth Online - Servicios médicos

Si no te sientes bien o tienes una pregunta de salud, LiveHealth Online te conecta con un médico de manera virtual. Como no tienes que salir de tu casa u oficina, nunca tendrás que preocuparte por manejar hasta el consultorio del médico o esperar en la sala de espera. No hay ningún costo adicional para ti cuando usas LiveHealth Online.

LiveHealth Online te permite tener una consulta por video con un médico, psiquiatra o terapeuta certificado por el Colegio de Médicos en tu teléfono inteligente, tableta o computadora con cámara, desde cualquier lugar.

Utiliza LiveHealth Online para asuntos de salud comunes, como los siguientes:

- Síntomas de resfriado e influenza
- Alergias
- Sinusitis
- Migrañas
- Infecciones del tracto respiratorio superior
- Bronquitis

*Sin cobertura para este beneficio bajo el LivingWell HDHP.

Regístrate en LiveHealth Online hoy para estar preparado para consultas por video en el futuro. Visita **livehealthonline.com** o descarga sin costo la aplicación y regístrate desde tu teléfono o tableta. Llama al **888-548-3432** para recibir apoyo las 24 horas, los 7 días de la semana. Consulta LiveHealth Online para la salud conductual en la **página 23**.

Clínicas de salud de LivingWell*

Todos los empleados de tiempo completo y activos de la Mancomunidad que sean elegibles para participar en el Plan Médico de Empleados de Kentucky pueden acudir a las Clínicas de LivingWell Health. Las visitas en PERSONA y la TELESALUD están incluidas con este beneficio. *Los jubilados, cónyuges y dependientes no son elegibles para recibir servicios a través de estas clínicas.*

Algunos de los servicios disponibles incluyen:

- Chequeos físicos anuales
- Inyecciones para la alergia
- Manejo de condiciones crónicas
- Salud de las mujeres
- Pruebas biométricas
- Vacunas
- Servicios de laboratorio

Programa una consulta virtual o presencial a través de **mypremisehealth.com** o visita una de las siguientes ubicaciones:

Clínicas de salud de LivingWell

300 Building
300 Sower Blvd.
Frankfort, KY
502-564-3444

Capitol Annex
702 Capital Avenue
Frankfort, KY
502-564-3333

CHFS
275 East Main Street
Frankfort, KY
502-564-5555

Mayo-Underwood Building
500 Mero Street
Frankfort, KY
502-564-4444

Nota: El horario y la disponibilidad de las clínicas están sujetos a cambios. Visita el sitio web para consultar la disponibilidad actualizada y programar una consulta.

Telesalud a través de las Clínicas de salud de LivingWell

Consulta los detalles anteriores de las clínicas.

Telesalud a través de proveedores distintos de los mencionados arriba

La telesalud también es un beneficio cubierto con cualquier Proveedor de la red que ofrezca servicios de telesalud. Serás responsable de cualquier Costo compartido, incluidos tu Deducible, Copago y Coseguro, si utilizas un servicio de telesalud que no sea una Clínica de salud de LivingWell o LiveHealth Online.

Línea de Enfermería 24/7

Los problemas de salud surgen en los momentos y lugares más inconvenientes, incluso a mitad de la noche o cuando estás de vacaciones fuera de la ciudad. La Línea de Enfermería 24/7 te permite hablar con una enfermera día o noche, durante todo el año, desde cualquier lugar de EE. UU. Llama al **877-636-3720** en cualquier momento para obtener las respuestas que necesitas.

Enfermeros registrados:

- Puede ofrecer ayuda bilingüe, líneas de idiomas y servicios para personas con discapacidad auditiva.
- Te ayuda a encontrar el nivel adecuado de cuidado, como un centro de atención de urgencia en lugar de una sala de emergencias.
- Te ayuda a encontrar médicos, hospitales y especialistas en tu área.
- Te proporciona una referencia a LiveHealth Online, una opción de atención que te permite tener una consulta por video con un médico certificado por el Colegio de Médicos.
- Recomienda programas de administración de la salud para ciertos problemas de salud.
- Te recuerda programar exámenes y pruebas de detección importantes.
- Brinda orientación durante catástrofes naturales y brotes de salud.
- Ofrece enlaces a videos o audios educativos relacionados con la salud.

Programas para dejar de fumar

Medicamentos de venta libre o recetados

Puedes obtener terapias de reemplazo de nicotina de venta libre, sin receta, sin costo si cumples con todos los siguientes requisitos:

- eres miembro del KEHP;
- eres fumador/a (titular del plan y/o dependiente), tienes 18 años o más y estás registrado como fumador/a en el formulario del seguro médico de KEHP.

Llama al **888-581-8834** para obtener más información sobre terapias de venta libre. ¡También puedes obtener medicamentos recetados para ayudarte a dejar el tabaco! Necesitas una receta de tu médico y el medicamento debe estar en la lista de servicios preventivos, que puedes consultar visitando **https://extranet.personnel.ky.gov/KEHP/ACA%20Preventive%20Services%20List.pdf**.

Para dar el primer paso y obtener más información sobre los programas disponibles, visita **https://www.anthem.com/content/dam/digital/docs/microsites/kehp/113025KYMENABS.pdf** o llama al **844-402-5347**.

Freedom From Smoking

La Asociación Americana del Pulmón ha ayudado a cientos de miles de personas a dejar de fumar a través del programa Freedom From Smoking®. Disponible en clínicas para grupos pequeños o en línea, Freedom From Smoking te ayuda a desarrollar un plan de acción para fijar un día para dejar de fumar y te brinda el apoyo que necesitas para mantenerte libre de humo. Basado en los modelos actuales de adicción y cambio de conducta, el programa aborda las dificultades de dejar de fumar con un estilo sensible y de apoyo, y cuenta con el respaldo de consejeros certificados en cesación del consumo de tabaco.

El apoyo está disponible en persona, por teléfono o a través de un chat en línea. Visita **lung.org/ffs** o llama al **800-LUNGUSA (800-586-4872)**.

Quit Now Kentucky

Este servicio telefónico ofrece ayuda personalizada de un consejero capacitado en cesación del consumo de tabaco. Para más información, llama al 800-Quit-Now (800-784-8669).

Además de elegir uno de los programas aprobados, estas herramientas y recursos en línea pueden ayudarte a llevar una vida libre de tabaco:

- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ofrecen consejos, herramientas e investigaciones para dejar de fumar en su sitio web de How to Quit en **cdc.gov/tobacco/campaign/tips/quit-smoking**.
- Visita **smokefree.gov**, un sitio web dedicado a ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Puedes acceder a artículos útiles, consejos y aplicaciones, y crear tu propio plan para dejar de fumar.

Para más información sobre estos programas y recursos para ayudarte a dejar de fumar, llama al **844-402-5347** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

Beneficios para la diabetes

Programa de Prevención de la Diabetes

El Programa de Prevención de la Diabetes (DPP) de Anthem, desarrollado por Teladoc y disponible a partir del 1.° de enero de 2027, te brinda acceso a un asesor digital disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, para recibir orientación personalizada de forma digital a través de la aplicación Teladoc DPP. Puedes comunicarte con tu asesor cuando te resulte conveniente, directamente desde tu teléfono inteligente. Como parte del programa, también recibirás una báscula inalámbrica que carga automáticamente tus datos en la aplicación, para que puedas hacer un seguimiento fácil de tu progreso y compartirlo con tu asesor.

Educación y apoyo para el autocontrol de la diabetes (DSMES)

El programa de Educación y apoyo para el autocontrol de la diabetes (DSMES) está disponible para ti si tu proveedor de cuidados médicos ya te ha diagnosticado con diabetes tipo 1 o tipo 2. ¡Sin Deducible, sin Coseguro y sin costo adicional para ti! DSMES es un programa educativo para el cuidado personal de la diabetes, desarrollado a partir de prácticas basadas en evidencia. El programa DSMES se puede impartir en un grupo o de forma individual, y puede ofrecerse en persona o en línea. Los servicios suelen ser proporcionados por un dietista registrado o un educador certificado en diabetes.

El formato del programa DSMES incluye clases semanales que se enfocan en aprender a comer de manera más saludable, mantenerse físicamente activo, monitorear los niveles de azúcar en la sangre, afrontar el aspecto emocional de la diabetes, resolver problemas, reducir el riesgo de otros problemas de salud y muchos otros temas relacionados.

Pregunta a tu médico cómo encontrar un proveedor de DSMES cerca de ti o busca en el **programa de Prevención y Control de la Diabetes en el sitio web del Cabinet for Health and Family Services (chfs.ky.gov)**.

Atención de maternidad

Cómo Promover Familias Saludables

El programa todo en uno de Anthem puede ayudar a tu familia a crecer fuerte, ya sea que estés intentando concebir, esperando un hijo o en plena crianza de niños pequeños.

El programa Cómo promover familias saludables (Building Healthy Families) ofrece apoyo personalizado, digital a través de la aplicación móvil Sydney Health o en **anthem.com** sin costo adicional para ti. Este práctico centro ofrece una vasta colección de herramientas e información para ayudarte a transitar el camino hacia la formación de tu propia familia.

Si te inscribes en el programa Cómo Promover Familias Saludables, contarás con apoyo personalizado en cada etapa, desde la planificación familiar y el embarazo hasta los primeros pasos de tu bebé.

Según tu situación, tendrás acceso ilimitado a lo siguiente:

Herramientas que te ayudarán a organizarte:

- Registra la alimentación de tu recién nacido, los cambios de pañal, su crecimiento, las vacunas y los hitos de su desarrollo.
- Controla los riesgos prenatales para la salud, como la presión arterial y el peso.

Experiencia en salud y bienestar para ti y tu familia:

- Explora una biblioteca que cuenta con miles de artículos y videos educativos sobre todo tipo de temas, desde planificación familiar hasta consejos sobre crianza.
- Conéctate con una enfermera de maternidad y accede a apoyo virtual de lactancia, si lo necesitas.

Apoyo personalizado durante el embarazo:

- Habla por chat con un instructor de cuidado familiar durante el embarazo para que te guie en tu experiencia del programa Cómo Promover Familias Saludables.
- Recibe actualizaciones sobre el progreso de tu embarazo, como el desarrollo de tu bebé y los cambios en tu cuerpo.

Un enfermero estará disponible por teléfono durante todo tu embarazo y el posparto.

Inscríbete hoy:

1. Inicia sesión en Sydney Health.
2. Busca Programas destacados (Featured Programs) en la parte inferior de la página de inicio.
3. Selecciona el título **Cómo Promover Familias Saludables (Building Healthy Families)**.

Apoyo para la lactancia a través de LiveHealth Online

Recibe apoyo para la lactancia a través de LiveHealth Online. Tendrás una consulta en vivo con una consultora de lactancia o un dietista registrado para recibir apoyo personalizado en nutrición posparto y lactancia. Contacta a LiveHealth Online para recibir apoyo en lactancia y nutrición al **888-548-3432**.

Dolor de articulaciones y espalda

Hinge Health

Hinge Health es un programa virtual de fisioterapia diseñado para tratar el dolor de espalda, rodilla, cadera, cuello u hombro, tratamiento de la migraña y salud pélvica. Es conveniente y se adapta a tu horario: se puede hacer en cualquier lugar y en cualquier momento.

El programa Hinge Health está disponible sin costo adicional para ti o tus dependientes elegibles de 18 años o más que estén inscritos en un plan médico de KEHP. Visita **HingeHealth.com/KEHP** o llama al **855-902-2777** para obtener más información.

Presenta una solicitud

- Visita **hingehealth.com/kehp**.
- Completa el cuestionario.
- Recibirás un correo electrónico de respuesta en un plazo de entre 24 y 48 horas.

Aceptación en el programa

- Recibirás un mensaje de bienvenida de tu instructor.
- Espera a que tu kit llegue dentro de 1–2 semanas.

Recibe el kit

- Inicia sesión en la aplicación y comienza el programa Hinge Health.
- Programa tu llamada inicial con tu asesor de salud.

Acupuntura de UK Healthcare*

UK Healthcare Integrative Medicine y KEHP están realizando un programa piloto de acupuntura sin costo para los miembros de KEHP. Los servicios deben ser proporcionados en UK para que la acupuntura esté cubierta. Los miembros pueden recibir hasta un máximo de 20 visitas, según el plan de tratamiento del miembro. No se requiere referencia de un médico.

Solo llama a UK Healthcare Integrative Medicine al **859-323-HEAL (4325)**.

Salud mental y conductual

RethinkCare

Asesoramiento y apoyo para cuidadores de niños

RethinkCare ofrece a padres y cuidadores los recursos y la orientación que necesitan para criar a sus hijos. Ya sea que busques resolver un desafío específico de crianza o simplemente quieras consejos e ideas, RethinkCare puede ayudarte con apoyo las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año, adaptado a las necesidades únicas de tu familia. Este programa es adecuado para todas las familias que cuidan niños y ofrece apoyo especializado para quienes crían niños con desafíos de aprendizaje, sociales, conductuales o discapacidades del desarrollo.

Obtén consultas virtuales confidenciales y personalizadas con un Experto en Crianza dedicado, disponible para responder tus preguntas, generar soluciones y ayudarte a encontrar recursos adicionales para ti y tu hijo. Aprende consejos útiles, habilidades para afrontar situaciones y técnicas de crianza para una amplia variedad de desafíos que abarcan todas las edades y etapas del desarrollo de tu hijo. Profundiza y realiza cursos de capacitación a demanda para ayudarte a abordar el comportamiento de tu hijo, su crecimiento social y emocional, atención y concentración, rendimiento académico y mucho más.

El programa no tiene restricción de edad, no requiere diagnóstico y es completamente confidencial. Comienza en cualquier momento. Visita **connect.rethinkcare.com/sponsor/kehp** y utiliza el código de inscripción “KEHP”. Envía un correo a **support@rethinkcare.com** para recibir ayuda con la inscripción o si tienes preguntas.

Salud Conductual de LiveHealth Online

Tienes acceso a recursos para apoyar tu salud mental y bienestar. Si te sientes estresado o preocupado, o estás pasando por un momento difícil, puedes programar una visita privada por video con un psiquiatra, psicólogo certificado o terapeuta a través de Salud Conductual de LiveHealth Online.

LiveHealth Online facilita el acceso al cuidado. En la mayoría de los casos, puedes ver a un terapeuta en cuatro días o menos, o a un psiquiatra en dos semanas.

Recibe apoyo en línea de profesionales de salud mental para los siguientes casos:

- Duelo
- Estrés
- Ansiedad
- Depresión
- Ataques de pánico
- Problemas familiares o en las relaciones
- Estrés por afrontar una enfermedad

LiveHealth Online te da acceso a profesionales de salud conductual certificados por el Colegio de Médicos. Los psicólogos y terapeutas que utilizan LiveHealth Online no recetan medicamentos. Los psiquiatras que usan LiveHealth Online pueden recetar medicamentos si lo consideran necesario y si la legislación local lo permite.

No hay que esperar mucho para ver a un proveedor. Además, como miembro de KEHP, tus visitas tus visitas tienen costo de $0.

*Sin cobertura para este beneficio bajo LivingWell HDHP.

Tu salud mental es tan importante como tu salud física. Para inscribirte en LiveHealth Online y programar visitas por video, visita **livehealthonline.com** o descarga la aplicación. Si tienes preguntas, llama al **888-548-3432** para obtener apoyo las 24 horas, los 7 días de la semana.

Consulta la **página 20** para obtener información sobre LiveHealth Online - Servicios médicos.

Learn to Live

Anthem brinda herramientas digitales desarrolladas con base en principios comprobados de la terapia conductual cognitiva (CBT) que están disponibles en cualquier lugar y en cualquier momento. Estas herramientas pueden ayudarte a identificar los pensamientos y patrones de conducta que afectan tu bienestar emocional, y a trabajarlos. Aprenderás maneras eficaces de manejar el estrés, la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y los problemas de sueño.

Obtén asesoramiento uno a uno personalizado: Trabaja con un asesor experimentado que puede brindarte apoyo y alentarte por correo electrónico, mensajes de texto o llamadas telefónicas.

Crea un equipo de apoyo: Incluye a tus amigos o a miembros de tu familia como compañeros de equipo. Pueden ayudarte a mantenerte motivado y responsable mientras trabajas en los programas.

Practica la concentración activa en cualquier momento: Recibe mensajes de texto semanales llenos de positividad, consejos y ejercicios para mejorar tu estado de ánimo.

Seminarios web en vivo y a demanda: Obtén información sobre cómo mejorar tu bienestar mental con consejos útiles de expertos.

Realiza una prueba para descubrir cuál es el programa más adecuado para ti. Inicia sesión en **anthem.com** o en la aplicación Sydney Health para acceder a los recursos de Bienestar emocional.

Centro de Recursos de Salud Conductual y Línea de Recursos para Trastornos por Abuso de Sustancias

Si tú o alguien que conoces es miembro de KEHP y tiene un problema de abuso de sustancias, llama al **855-873-4931**. Un miembro del personal te pondrá en contacto con un experto clínico especializado en el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias. Puedes hablar de manera confidencial con estos expertos sobre lo siguiente:

- Opciones de tratamiento.
- Otros problemas de salud o de conducta que estés padeciendo.
- Encontrar médicos o centros de tratamiento en tu plan médico que se especialicen en el trastorno por abuso de sustancias.
- Herramientas en línea y móviles que pueden ayudarte durante y después del tratamiento.

Los especialistas en salud conductual están aquí para ayudarte con problemas de salud mental como depresión, trastornos alimentarios o abuso de sustancias. Adoptan un enfoque de salud integral en tu atención, que incluye mente y cuerpo. El Centro de Recursos te da acceso a personal calificado y clínicos con licencia, las 24 horas, los 7 días de la semana.

¡Gana dinero y descuentos en tu prima!

SmartShopper

GANA DINERO comparando precios de tu cuidado médico. Ahorra dinero en cuidado médico según el lugar al que acudas. Los precios no son los mismos entre los proveedores dentro de la red para pruebas médicas y procedimientos, y los costos pueden variar desde cientos hasta miles de dólares, todo según el lugar al que acudas por el servicio.

SmartShopper te otorga incentivos en efectivo (de $25 a $750) por recibir cuidado en lugares de menor costo para resonancias magnéticas (IRM), cirugías, colonoscopias ¡y más! Y ahora, hay aún más lugares disponibles para que ahorres dinero. SmartShopper ya hizo todo el trabajo pesado por ti. Solo tienes que buscar en línea o llamar a un Asistente Personal para recibir orientación y ayuda con la programación. Llama al **855-869-2133** para conocer los detalles o visita **smartshopper.com** para obtener más información sobre obtener dinero en efectivo y cómo utilizar este programa.

Recompensas por bienestar

¡Castlight es el socio de bienestar del Plan!

Puedes ganar hasta $480 en descuentos de tu prima si completas el compromiso de LivingWell antes del 1.° de julio. Solo tienes que completar una evaluación de la salud para cumplir con el compromiso. También puedes ganar hasta $200 y tu cónyuge hasta $100 en recompensas de participación LivingWell por actividades como realizar tu examen preventivo anual, otros exámenes preventivos como una colonoscopia o una mamografía, completar una revisión dental o participar en retos de pasos.

El programa LivingWell hace que sea más fácil disfrutar de los pequeños momentos que se suman para lograr una mejor salud. ¡Hay herramientas disponibles para ayudarte a encontrar proveedores para realizar tus exámenes o conectarte con programas que te permitirán ganar recompensas!

Descarga la aplicación Castlight para registrarte en segundos o visita **mycastlight.com/mybenefits**.

Términos que deberías conocer

Coseguro
Se refiere a tu parte del costo de un Servicio cubierto, que es un porcentaje del Monto máximo permitido que debes pagar. Pagas el Coseguro después de alcanzar tu Deducible.

Ejemplo: Tu plan contempla un Coseguro del 20% sobre el monto de una visita al consultorio de $100. En este caso, tu Coseguro como parte del Costo compartido del Monto máximo permitido sería de $20, después de que hayas alcanzado tu Deducible. El plan cubriría entonces el 80% restante del Monto máximo permitido, o $80.

Copago
Significa un monto fijo en dólares que corresponde a tu parte del costo de ciertos Servicios cubiertos. Los Copagos no aplican al Deducible, pero sí aplican al Máximo de gasto de tu bolsillo. Solo el plan LivingWell PPO utiliza Copagos.

Costo compartido
Significa esa porción del pago por Servicios cubiertos que es tu responsabilidad. Dependiendo del plan que elijas, el Costo compartido incluye tu Deducible, Copagos y Coseguro. Tu Costo compartido puede variar según si recibes Servicios cubiertos de un Proveedor dentro de la red o fuera de la red.

Servicios cubiertos
Significa cuidado médico y medicamentos recetados médicamente necesarios que están cubiertos por tu plan médico. Consulta el Folleto de beneficios médicos y la descripción resumida del plan correspondientes a tu Plan, para obtener más información.

Deducible
Significa el monto que debes pagar por los Servicios cubiertos antes de que tu plan comience a pagar. Después de que hayas alcanzado el Deducible de tu plan, solo serás responsable de tu Coseguro y de cualquier Copago aplicable. Algunos Servicios cubiertos, como el cuidado preventivo, pueden estar cubiertos por tu plan al 100%, sin considerar el Deducible.

Formulario
Significa una lista de medicamentos recetados que están cubiertos por un plan que ofrece beneficios de medicamentos recetados.

Monto máximo permitido
Significa el monto máximo en dólares que el plan pagará por los Servicios cubiertos proporcionados por un Proveedor dentro o fuera de la red. El Monto máximo permitido puede ser establecido por un contrato entre Anthem o CVS/Caremark con un Proveedor de la red o por las reglas de cobertura del plan, según se detalla en los Folletos de Beneficios Médicos o en los Resúmenes de Descripción del Plan.

Máximo de gasto de bolsillo
Significa el monto máximo que pagarás de tu bolsillo por los Servicios cubiertos bajo tu plan durante un año calendario determinado. Cuando se alcanza el Máximo de gasto de bolsillo, el plan pagará el 100% del Monto máximo permitido por los Servicios cubiertos, y ya no serás responsable de ningún Costo compartido.

Proveedor dentro de la red
Significa un médico, profesional de la salud, hospital, farmacia u otro individuo, organización y/o centro que ha firmado un contrato, ya sea directa o indirectamente con Anthem o CVS/Caremark, para brindar Servicios cubiertos mediante acuerdos de reembolso negociados.

Proveedor fuera de la red
Significa un médico, profesional de la salud, hospital, farmacia u otro proveedor de cuidados médicos que no ha firmado un contrato, ni directa ni indirectamente con Anthem o CVS/Caremark, para brindar Servicios cubiertos en el momento en que se prestan dichos Servicios cubiertos.

Evento calificado
Significa un evento de vida, como el matrimonio o el nacimiento de un hijo que, al ocurrir, permitirá a un empleado inscribirse, cambiar o cancelar la cobertura de seguro de salud, vida, dental o de visión fuera del periodo de inscripción abierta o del periodo de inscripción para empleados recién contratados.

Declaración de Salud
Significa un cuestionario que documenta la salud general de un empleado o del cónyuge de un empleado que busca aumentar los límites de su cobertura opcional de seguro de vida. La Declaración de Salud, a veces llamada cuestionario de Evidencia de Asegurabilidad, es un formulario proporcionado por MetLife y que MetLife utiliza para evaluar la solicitud de seguro de vida cuando eliges cobertura en un momento distinto al de la inscripción abierta correspondiente o como nuevo empleado.

Resumen de Descripción del Plan
Significa un documento, que también puede denominarse Folleto de beneficios médicos, que explica los beneficios de salud ofrecidos por KEHP, incluidos los beneficios médicos y de farmacia, así como los derechos y responsabilidades de los miembros del plan médico, incluidos, entre otros, los deducibles, el coseguro, los copagos, los requisitos de preautorización, las exclusiones de cobertura y los procedimientos para apelar la denegación de una reclamación. También existe un Resumen de Descripción del Plan para las cuentas de gastos flexibles para el cuidado médico, las cuentas de gastos flexibles para el cuidado del dependiente, y los Arreglos de reembolso de salud.

Plazos para nuevos empleados

Como nuevo empleado a tiempo completo, tienes 30 días desde tu fecha de contratación para elegir el seguro de salud, FSA, vida, dental y de visión. También tienes 30 días para rechazar la cobertura de tu seguro médico y elegir la HRA de propósito general con exención o la HRA de propósito limitado con exención.

Si no realizas una elección de seguro médico dentro de los 30 días, se te inscribirá en una Exención sin un HRA. También se te inscribirá en la cobertura de Seguro de Vida Básico si tu empleador participa en el programa de seguro de vida de Mancomunidad.

La cobertura Dental y de Visión no se asigna automáticamente.



Eventos calificados

KEHP es un Plan Cafetería regulado a nivel federal bajo la Sección 125, lo que te permite pagar tus primas de seguro de salud, dental y de visión, así como tus contribuciones a la cuenta de gastos flexibles, con dólares antes de impuestos. Según las reglas del Plan Cafetería, solo hay tres momentos en los que puedes cambiar o cancelar tus elecciones de beneficios durante el año del plan:

- Durante el periodo de inscripción cuando te vuelves elegible por primera vez para los beneficios (ver Plazos para nuevos empleados);
- Durante el periodo de Inscripción abierta anual; o
- Si experimentas un evento de vida, llamado Evento calificado.

¿Qué es un Evento calificado?

Un Evento calificado es un evento que provoca un cambio en la vida o en el estado civil:

- Matrimonio
- Tener o adoptar un hijo
- Divorcio
- Pérdida de otro seguro de salud grupal
- Orden judicial que exige cobertura
- Tu cónyuge tiene un periodo de Inscripción abierta diferente

Pueden aplicarse otros Eventos calificados menos comunes. Si no estás seguro de si has experimentado un Evento calificado que te permita cambiar tus beneficios de seguro, comunícate con tu Coordinador de Seguros o con el Especialista en Recursos Humanos para obtener información adicional.

Lo que debes saber sobre los eventos calificados

Los Eventos calificados pueden ser complicados y, en ocasiones, difíciles de entender. Existen restricciones sobre los tipos de cambios que puedes realizar debido a las reglas federales de Eventos calificados. Por ejemplo, un cambio en un evento de vida o en tu estado civil puede no darte derecho a cambiar el monto que aportas a una cuenta de gastos flexibles. Por esa razón, es muy importante que conozcas las siguientes reglas y que te comuniques con tu Coordinador de Seguros o con el Especialista en Recursos Humanos lo antes posible después de experimentar un Evento calificado:

1. Cualquier cambio en la opción de tu plan o en el nivel de cobertura **debe ser consistente** con el Evento calificado que hayas experimentado. Por ejemplo, no puedes solicitar eliminar a un dependiente de tu plan debido a un nacimiento o adopción.

Firma el Formulario de cambio de inscripción en los beneficios del empleado mientras esperas la documentación de respaldo.

2. Los Eventos calificados tienen plazos estrictos. Los Eventos calificados requieren que completes el Formulario de cambio de inscripción de beneficios para empleados y lo envíes a tu Coordinador de Seguros o Especialista en Recursos Humanos dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha del evento, en la mayoría de los casos.
3. Todos los Eventos calificados (excepto el fallecimiento) requieren de documentación de respaldo. La documentación de respaldo requerida para un Evento calificado dependerá del tipo de Evento calificado. La documentación de respaldo debe enviarse junto con el Formulario de cambio de inscripción de beneficios para empleados.
4. Si no firmas y fechas el Formulario de cambio de inscripción de beneficios para empleados requerido dentro del plazo, no se te permitirá realizar el cambio solicitado hasta el próximo periodo de Inscripción abierta.

Comunícate con tu Coordinador de Seguros o con el Especialista en Recursos Humanos para preguntas, asistencia e información adicional sobre los Eventos calificados.

Eventos calificados y otros beneficios de seguro

En general, un Evento calificado que permite un cambio en el seguro médico también permitirá un cambio en el seguro dental y de visión. De igual manera, un Evento calificado que permite un cambio en el seguro médico, en la mayoría de los casos, permitirá un cambio en el seguro de vida, incluyendo realizar un cambio o agregar cobertura de seguro opcional.

Seguro dental opcional de Anthem

Incremento del 4% en la prima

Puedes elegir un seguro dental opcional patrocinado por el empleador y pagado por el empleado, administrado por Anthem. Los beneficios dentales hacen que sea más fácil y económico cuidar tu boca —y tu sonrisa. Los chequeos dentales regulares contribuyen a que el dentista mantenga tus dientes y encías saludables y que pueda detectar potenciales problemas a tiempo, cuando es más fácil tratarlos. Una buena salud bucal también puede ayudar a mejorar la salud en general y reducir el riesgo de diabetes, enfermedades del corazón y otras condiciones médicas graves.[1]

Tu plan dental incluye lo siguiente:

- Acceso a una gran cantidad de dentistas dentro del plan.
- Una limpieza adicional si estás embarazada, tienes diabetes u otra condición que califique.
- Un beneficio para una biopsia con cepillo que puede ayudar a diagnosticar cáncer oral.
- Sin gastos de bolsillo para la mayoría de los servicios preventivos y de diagnóstico, incluidas limpiezas regulares y radiografías, cuando acudas a un dentista dentro de la red del plan.
- Herramientas en línea fáciles de usar, que incluyen una Evaluación de la salud dental (Dental Health Assessment), una Calculadora de costos de cuidado dental (Dental Cost Estimator) y la opción de Consultar a un higienista dental (Ask a Dental Hygienist).
- Teleodontología, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Utilizando tecnología y telecomunicaciones, los empleados pueden recibir cuidado dental de forma remota, sin necesidad de ir al consultorio del dentista.

	Bronze[2]	Silver[2]	Gold[2]
Resumen de tus planes dentales	**Dentro/Fuera de la red[3]**	**Dentro/Fuera de la red[3]**	**Dentro/Fuera de la red[3]**
Monto máximo del beneficio anual[4]	$750	$1,000	$1,500
Deducible anual	$50	$50	$50
Ortodoncia (solo para niños hasta los 18 años)	Sin cobertura	Sin cobertura	$1,500
Servicios preventivos y de diagnóstico	100%/100% del monto permitido[3]	100%/100% del monto permitido[3]	100%/100% del monto permitido[3]
Servicios simples	50%/50% del monto permitido[3]	80%/80% del monto permitido[3]	80%/80% del monto permitido[3]
Cirugía oral (simple)	50%/50% del monto permitido[3]	80%/80% del monto permitido[3]	80%/80% del monto permitido[3]
Servicios complejos[5] (incluyendo Cirugía Oral Compleja, Coronas de Porcelana e Implantes)	Sin cobertura	50%/50% del monto permitido[3]	50%/50% del monto permitido[3]
Transferencia máxima anual	Sin cobertura	Sin cobertura	Cubierto
No hay periodos de espera para servicios básicos o complejos. Hasta 24 meses de periodo de espera según la cláusula de dientes faltantes.[5]			

Tasas mensuales	Bronze	Silver	Gold
Empleado solo	$14.64	$22.25	$29.53
Empleado + cónyuge	$26.70	$42.24	$57.09
Empleado + hijo(s)	$34.73	$47.75	$72.80
Familia	$51.25	$70.99	$106.18

1 Sitio web de la Oral Health Foundation: The importance of a healthy smile (consultado en octubre de 2021): **dentalhealth.org**.
2 Tasas dentro de la red para cada nivel; pueden aplicarse limitaciones de reembolso fuera de la red.
3 La diferencia entre el monto cobrado y el monto permitido fuera de la red puede resultar en facturación del saldo.
4 Los servicios dentales que excedan el(los) máximo(s) anual(es) de beneficios no son Servicios Cubiertos según las leyes estatales aplicables y los descuentos de proveedores participantes pueden no aplicarse. Comunícate con tu dentista para determinar los descuentos disponibles antes de recibir los servicios. Para obtener detalles completos de la cobertura, consulta el certificado de tu plan o comunícate con los servicios para miembros.
5 Para el reemplazo de dientes ausentes de manera congénita o dientes extraídos antes de la cobertura bajo este plan.

Seguro de visión opcional de Anthem

¡Sin cambios en la prima para 2027!

Puedes elegir un seguro de visión opcional patrocinado por el empleador y pagado por el empleado, administrado por Anthem. Los chequeos de la vista de rutina sirven para más que asegurarte de que puedes ver claramente. También son importantes para la salud general, la seguridad y el aprendizaje. Aunque puedas ver bien, los exámenes de la vista regulares son importantes para mantener tus ojos saludables y detectar otros problemas de salud a tiempo.[1]

Con Blue View Vision℠, tienes acceso a una de las redes más grandes del país de oculistas y comercios minoristas de cuidado ocular. Esto facilita recibir cuidado de los ojos en el momento que más te convenga.

- 43,000 oculistas en la red Insight.[2]
- 31,000 centros.[2]
- Red nacional de tiendas ópticas en línea y físicas, como Glasses.com®, ContactsDirect®, 1-800 CONTACTS®, Ray-Ban®, LensCrafters®, Pearle Vision® y Target Optical®.

Tus beneficios para la vista cubren lo siguiente:

- Examen de la vista de rutina para adultos.
- Marcos y lentes para anteojos o lentes de contacto para adultos.
- Examen de la vista de rutina para niños.
- Marcos y lentes para anteojos o lentes de contacto para hijos cubiertos de hasta 26 años. Para menores de hasta 21 años, se incluyen lentes Transitions® con bloqueo UV para proteger sus ojos de los rayos UV dañinos y lentes de policarbonato resistentes a impactos sin costo adicional.
- Revestimiento antirrayaduras de fábrica en lentes estándar para anteojos.

	Bronze[3]	Silver[3]	Gold[3]
Examen con dilatación, según sea necesario	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10
Marcos	Asignación de $125 y un descuento del 20% en el saldo restante	Asignación de $150 y un descuento del 20% en el saldo restante	Asignación de $150 y un descuento del 20% en el saldo restante
Lentes para anteojos: monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares	Copago de $25	Copago de $10	Copago de $10
Lente progresiva estándar	Precio/descuento fijo estándar	Precio/descuento fijo estándar	Copago de $20
Lentes de contacto			
Convencionales	Asignación de $150, 15% de descuento sobre el saldo que supere los $150	Asignación de $150, 15% de descuento sobre el saldo que supere los $150	Asignación de $175, 15% de descuento sobre el saldo que supere los $175
Desechables	Asignación de $150	Asignación de $150	Asignación de $175
Médicamente necesario	Cobertura total	Cobertura total	Cobertura total
Frecuencia			
Examen	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario
Lentes o lentes de contacto	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario	Una vez por año calendario
Marco	Una vez cada dos años calendario	Una vez cada dos años calendario	Una vez por año calendario

Tasas mensuales	Bronze	Silver	Gold
Empleado solo	$5.52	$6.46	$13.12
Empleado + cónyuge	$10.94	$12.80	$26.14
Empleado + hijo(s)	$11.22	$13.12	$26.80
Familia	$16.64	$19.48	$39.82

1 Sitio web de la American Optometric Association: Evidence-Based Clinical Practice Guideline, Comprehensive Adult Eye and Vision Examination 2015 (consultado en julio de 2023): aoa.org.
2 Datos de Zelis Network360®, enero de 2023.
3 Tasas dentro de la red para cada nivel; pueden aplicarse limitaciones de reembolso fuera de la red.

Seguro de vida con MetLife

¡Sin cambios en la prima para 2027!

Como empleado público de la Mancomunidad de Kentucky, tu empleador participante te proporciona $20,000 de cobertura de seguro de vida básica sin costo alguno para ti. Además de los $20,000 de cobertura de vida gratuita, tienes la opción de adquirir seguro de vida adicional para ti y tus dependientes elegibles. Los planes de seguro de vida a término básico y opcional para empleados también ofrecen beneficios por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), brindando protección financiera adicional en caso de muerte o lesión causada por ciertos eventos.

Durante la Inscripción abierta, puedes agregar o hacer cambios en tu(s) plan(es) opcional(es) de seguro de vida para empleados y dependientes sin necesidad de una Declaración de Salud.

Fuera del periodo de Inscripción abierta, puedes agregar o aumentar el seguro de vida opcional. Se requerirá una Declaración de Salud para el Seguro de Vida Opcional del empleado o cónyuge si es fuera del periodo de Inscripción abierta.

Los dependientes mayores de 26 años no son elegibles para la cobertura de dependientes.

Consulta con tu empleador para ver si participa en el programa de seguro de vida de la Mancomunidad.

Recuerda mantener actualizada la información de tus beneficiarios de seguro de vida en KHRIS ESS.

Seguro de Vida Opcional para Empleados

Como empleado, si deseas adquirir seguro de vida adicional además de los $20,000 gratuitos, puedes elegir entre las siguientes opciones:

Opciones de cobertura para empleados y primas mensuales					
Edad	**$10,000**	**$25,000**	**$50,000**	**$100,000**	**$150,000**
16 a 29	$0.92	$2.28	$4.60	$9.18	$13.76
30 a 39	$1.94	$4.86	$9.72	$19.44	$29.16
40 a 59	$4.28	$10.70	$21.40	$42.80	$64.20
60 años o más	$6.98	$17.48	$34.96	$69.90	$104.86

Seguro de Vida Opcional para Dependientes

Como empleado, puedes adquirir seguro de vida para tu cónyuge y tus dependientes. Puedes elegir entre las opciones de plan disponibles a continuación:

Opciones de cobertura de dependientes y primas mensuales								
Dependiente calificado	**Opción 1 para dependiente**	**Opción 2 para dependiente**	**Opción 3 para dependiente**	**Opción 4 para dependiente**	**Opción 5 para dependiente**	**Opción 6 para dependiente**	**Opción 7 para dependiente**	**Opción 8 para dependiente**
Cónyuge	$10,000	$20,000	$50,000	$10,000	$20,000	$50,000	$0	$0
Hijo menor a los 6 meses	$2,500	$2,500	$2,500	$0	$0	$0	$2,500	$2,500
Hijo de 6 meses a 26 años	$5,000	$10,000	$10,000	$0	$0	$0	$5,000	$10,000
Prima	$8.18	$16.34	$35.90	$6.54	$13.04	$32.60	$2.70	$5.40

Construye una jubilación más segura complementando tu pensión

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN DE COMPENSACIÓN DIFERIDA DE KENTUCKY

Aprovecha este beneficio a tu favor

¿Qué es la Compensación Diferida de Kentucky?

La Autoridad de Compensación Diferida de los Empleados Públicos de Kentucky (KDC) está autorizada en virtud de los Estatutos Revisados de Kentucky (18A.230–18A.275) para administrar planes de jubilación suplementarios con impuestos diferidos para todos los empleados estatales, de escuelas públicas y universidades, así como para los empleados de las subdivisiones políticas locales que hayan optado por participar. Para fines administrativos únicamente, es una agencia adscrita al Gabinete de Personal del Estado de Kentucky.

Ofrecemos planes de jubilación para empleados como tú, que te permiten ahorrar de cada cheque de pago e invertir para tu jubilación. Estos planes pueden ayudarte a cubrir la diferencia entre lo que tienes en tu pensión y el Seguro Social (si corresponde) y lo que necesitarás durante tu jubilación.

KDC te facilita tomar el control de tu jubilación.

Considera estos beneficios:

- Aportaciones fáciles: Inscríbete y aporta desde tan solo $30 al mes mediante deducción de nómina.
- Beneficios fiscales: No pagas impuestos federales ni estatales sobre la renta por:
  - Las aportaciones antes de impuestos y las ganancias de las inversiones hasta que recibas el dinero.
  - Los retiros de cuentas Roth, sujetos a ciertas condiciones.
- Costos bajos
  - Pagas costos administrativos mínimos.
  - Pagas costos de inversión inferiores a los costos minoristas.
- Atención personalizada: Los especialistas en jubilación están disponibles por teléfono y para reuniones virtuales o presenciales.
- Inscripción fácil: En tan solo unos minutos, puedes comenzar a trabajar para lograr una jubilación con mayor seguridad financiera.
- Programa de planificación financiera: Toma el control de tus finanzas actuales y a largo plazo reuniéndote con un Certified Financial Planner®.

Aporta con impuestos diferidos, después de impuestos o de ambas maneras

Nuestros planes incluyen:

- Plan 457(b) — Con impuestos diferidos
  - Opción Roth 457(b) después de impuestos
- Plan 401(k) — Con impuestos diferidos, que incluye 3 opciones después de impuestos:
  - Roth 401(k)
  - Cuenta individual de jubilación (IRA) tradicional considerada
  - Cuenta IRA Roth considerada

Recursos y personas a tu servicio.

Toma decisiones informadas en cada paso.

- Encontrarás contenido y recursos completos en línea en **kentuckydcp.ky.gov**.
- Los especialistas en jubilación de KDC están dedicados a atender tus necesidades.

Inscríbete hoy: Podemos ayudarte.

1.800.542.2667 o **502.573.7925**
kentuckydcp.ky.gov

3 maneras de invertir con KDC

1. **Ayúdame a hacerlo**
   Selecciona el fondo Vanguard con fecha objetivo más cercana al año en que esperas jubilarte o retirar fondos.
2. **Lo hago yo mismo**
   Usa las herramientas y los recursos de KDC para definir tus objetivos y tu estrategia de inversión.
3. **Hazlo por mí**
   Inscríbete en Nationwide ProAccount® para que profesionales seleccionen y administren tus inversiones según tu edad y tolerancia al riesgo.

Este material no constituye una recomendación para comprar o vender un producto financiero ni para adoptar una estrategia de inversión. Los inversionistas deben consultar su situación específica con un profesional financiero.

Invertir implica riesgo de mercado, incluyendo la posible pérdida del capital. Ninguna estrategia o programa de inversión puede garantizar ganancias ni evitar pérdidas. Los resultados reales variarán según tu inversión y la experiencia del mercado.

Antes de invertir, considera detenidamente los objetivos de inversión, los riesgos, los cargos y los gastos del fondo. El folleto del fondo contiene esta y otra información importante sobre la compañía de inversión. Puedes obtener los folletos llamando al 1-800-542-2667. Lee detenidamente el folleto antes de invertir.

Los Fondos de Jubilación con Fecha Objetivo de Vanguard invierten en una amplia variedad de fondos subyacentes para ayudar a reducir el riesgo de inversión. Su ratio de gastos representa un promedio ponderado de los ratios de gastos y de cualquier cargo que cobren los fondos mutuos subyacentes en los que invierten los Fondos de Jubilación con Fecha Objetivo de Vanguard. Los Fondos de Jubilación con Fecha Objetivo de Vanguard no modifican ninguno de sus propios gastos ni cargos. Al igual que otros fondos, los Fondos de Jubilación con Fecha Objetivo de Vanguard están sujetos a riesgo de mercado y pérdidas. La pérdida del capital puede ocurrir en cualquier momento, ya sea antes, durante o después de la fecha objetivo. No hay garantía de que los fondos con fecha objetivo proporcionen ingresos suficientes para la jubilación.

El asesoramiento de inversión para Nationwide ProAccount lo proporcionan a los participantes del plan Nationwide Investment Advisors LLC (NIA), un asesor de inversiones registrado ante la SEC. NIA ha contratado a Wilshire Associates como el Experto Financiero Independiente para Nationwide ProAccount. Wilshire Associates no es una afiliada de NIA ni de KDC.

NIA cobra un cargo anual basado en los activos por sus servicios de asesoramiento de inversiones a través de Nationwide ProAccount.

Los especialistas en jubilación de KDC son representantes registrados de Nationwide Investment Services Corporation, miembro de FINRA, Columbus, Ohio. Nationwide y sus representantes no ofrecen asesoramiento legal ni fiscal. Debes consultar a un abogado o asesor fiscal para obtener respuestas a preguntas específicas.

Nationwide ProAccount es una marca de servicio de Nationwide Mutual Insurance Company. Las marcas de terceros que aparecen en este mensaje son propiedad de sus respectivos propietarios. © 2026 Nationwide

Información de contacto

Apoyo durante la Inscripción abierta

Departamento de Seguro para Empleados (DEI). Línea directa de Inscripción abierta **888-581-8834** O **502-564-6534**.

El horario extendido y las cinco opciones telefónicas que se indican a continuación solo están disponibles durante la Inscripción abierta: **Del 5 de octubre al 26 de octubre**.

Horario de Inscripción abierta para asistencia (hora del Este)

Lunes 5 de octubre a viernes 9 de octubre de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.
Lunes 12 de octubre a viernes 16 de octubre de 7:30 a.m. a 7:00 p.m.
Lunes 19 de octubre a viernes 23 de octubre de 7:30 a.m. a 8:00 p.m.
Lunes 26 de octubre de 7:30 a.m. a 8:00 p.m.

Puedes elegir entre una de estas cinco opciones:

- **Opción 1**: Autoridad de Pensiones Públicas de Kentucky
- **Opción 2**: Restablecimiento de identificación de usuario y contraseña de KHRIS
- **Opción 3**: Preguntas sobre beneficios para Anthem (médico, dental y de visión), HealthEquity o CVS/Caremark
- **Opción 4**: Asistencia técnica, como errores del navegador o de compatibilidad
- **Opción 5**: Departamento de Seguro para Empleados (DEI) para todas las demás consultas

Direcciones de sitios web

KEHP — **kehp.ky.gov**
Dental, visión, y seguro de vida — **kehp.ky.gov**

Apoyo fuera del periodo de Inscripción abierta

Departamento de Seguro para Empleados: **888-581-8834** o **502-564-6534**
De lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. excepto los días feriados de la Mancomunidad



Información de contacto

Asociados y programas	Números de teléfono	Sitios web
Línea de Enfermería 24/7	877-636-3720	
Acupuncture @ UK Healthcare Integrative Medicine and Health	859-323-HEAL (4325)	
Anthem – Programa de Prevención de la Diabetes desarrollado por Teladoc	844-402-5347	**teladochealth.com/anthembcbs**
Seguro médico de Anthem	844-402-5347	**anthem.com/kehp**
Centro de Recursos de Salud Conductual y Línea de Recursos para Trastornos por Abuso de Sustancias	855-873-4931	
Cómo Promover Familias Saludables - Atención de maternidad	844-402-5347	**anthem.com**
Carrum	888-855-7806	**carrum.me/kehp**
Castlight	800-681-6758	**mycastlight.com/mybenefits**
CVS		
Caremark – Medicamentos recetados	866-601-6934	**caremark.com**
Seguro de visión y dental	844-402-5347	**anthem.com**
HealthEquity		
Cuenta FSA y HRA	877-430-5519	**info.healthequity.com/kehp**
COBRA	888-678-4881	
Hinge Health – Alternativa digital a la fisioterapia	855-902-2777	**hingehealth.com/kehp**
Plan de Jubilación Judicial	502-564-5310	
Sistema de Colegios Comunitarios y Técnicos de Kentucky	859-256-3100	
Autoridad de Pensiones Públicas de Kentucky	800-928-4646 502-696-8800	**kyret.ky.gov**
Compensación Diferida de Kentucky	800-542-2667	**kentuckydcp.ky.gov**
Plan de Jubilación Legislativo	502-564-5310	

Información de contacto

Asociados y programas	Números de teléfono	Sitios web
Salud Conductual y Médica de LiveHealth Online	888-548-3432	**livehealthonline.com**
Clínicas de salud de LivingWell Nota: el horario y la disponibilidad de las clínicas pueden cambiar. Visita el sitio web para consultar la disponibilidad actualizada y programar una consulta.		**members.premisehealth.com/livingwell**
300 Building, Frankfort	502-564-3444	
Capitol Annex, Frankfort	502-564-3333	
CHFS, Frankfort	502-564-5555	
Mayo-Underwood Building, Frankfort	502-564-4444	
Seguro de vida de MetLife	502-564-4774	**metlife.pathfactory.com/commonwealth-of-kentucky**
RethinkCare - Apoyo familiar	800-714-9285	**connect.rethinkcare.com/sponsor/kehp**
SmartShopper – Transparencia, busca mejores precios	855-869-2133	**smartshopper.com**
Sistema de Jubilación Docente	800-618-1687 502-848-8500	**trs.ky.gov**

Avisos legales

Como miembro del Plan Médico de Empleados de Kentucky (KEHP), tienes ciertos derechos legales. Varios de esos derechos se resumen a continuación. Lee estas cláusulas con atención. Para obtener más información, puedes comunicarte con el Departamento de Seguro para Empleados, Sucursal de Servicios para Miembros, al ***(888) 581-8834*** *o al* ***(502) 564-6534****, o visitar* ***kehp.ky.gov****.*

A. AVISO SOBRE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

En virtud de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA), tienes derechos de "inscripción especial" si pierdes otra cobertura o adquieres un nuevo dependiente. Además, puedes calificar para una inscripción especial en KEHP según la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil de 2009 (CHIPRA).

1. Cláusula de Inscripción Especial de la HIPAA: Pérdida de otra cobertura

Si rechazas la inscripción para ti o tu(s) dependiente(s) elegible(s) (incluido tu cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de plan médico grupal (independientemente de si la cobertura se obtuvo dentro o fuera de un mercado de seguros), es posible que puedas inscribirte tú y tus dependientes en este plan si tú o tus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la cobertura de tus dependientes o la tuya). Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finalice tu otra cobertura o la de tus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

2. Cláusula de Inscripción Especial de la HIPAA: Nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción

Si tienes un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedas inscribirte tú y a tu nuevo(s) dependiente(s). Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

3. Cláusula de Inscripción Especial de la CHIPRA: Elegibilidad para asistencia para el pago de primas

Si tú o tus hijos son elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) y eres elegible para cobertura médica a través de tu empleador, tu estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura usando fondos de los programas Medicaid o CHIP del estado. Si tú o tus dependientes son elegibles para asistencia para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como elegibles para cobertura de seguro médico a través de KEHP, tu empleador debe permitir que te inscribas en KEHP si aún no estás inscrito. Esto se conoce como una oportunidad de "inscripción especial" y **debes solicitar la cobertura en el plazo de 60 días a partir de la determinación de elegibilidad para obtener asistencia para el pago de primas**. Además, puedes inscribirte en KEHP si la cobertura de Medicaid o CHIP de tú o de tus dependientes se termina debido a la pérdida de elegibilidad. Un empleado debe solicitar esta inscripción especial dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de cobertura. Puedes encontrar más información y el aviso de CHIP requerido en **kehp.ky.gov** (enlace para Recursos/Documentación, Formularios y Avisos legales [Resources/Docs, Forms, and Legal Notices]) en **https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/EBSA/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.pdf**).

B. DIVULGACIÓN Y AVISO DE PROGRAMA DE BIENESTAR

LivingWell es el programa voluntario de bienestar de KEHP, disponible para todas las personas que se inscriban en un plan de seguro médico de KEHP y para su cónyuge inscrito. El programa se administra conforme a las normas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador, los cuales buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades. Dichas normas federales incluyen la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud, entre otras que resulten aplicables. Si decides participar en el programa de bienestar, se te pedirá que completes una evaluación de la salud (o "HA") que plantea una serie de preguntas sobre tus actividades y comportamientos relacionados con tu salud, y si tienes o tuviste ciertas condiciones médicas (p. ej., cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). No se te exige completar la HA. Sin embargo, los empleados que elijan participar en el programa de bienestar LivingWell recibirán un incentivo en forma de un descuento en las contribuciones que pagan por su cobertura de seguro médico. Aunque no estás obligado a completar la HA, solo los empleados que la realicen recibirán el descuento en las primas del seguro médico.

Podrían ofrecerse incentivos adicionales, como tarjetas de regalo, productos de consumo u otros premios, a los empleados que participen en ciertas actividades relacionadas con la salud, como desafíos de caminatas o programas para dejar de fumar. Además, el KEHP ofrece tasas de primas mensuales reducidas en las contribuciones de los empleados que no son fumadores. Cada miembro del KEHP tiene al menos una oportunidad por año del plan para calificar para el descuento mensual en la contribución de la prima.

KEHP se compromete a ayudarte a lograr tu mejor salud. Los incentivos por participar en el programa de bienestar LivingWell del KEHP están disponibles para todas las personas que se inscriban en un plan de seguro médico de KEHP y para su cónyuge inscrito. Si no puedes participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud, o crees que podrías no cumplir con un requisito para obtener un incentivo en el programa de bienestar LivingWell, puedes solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo. Comunícate con el Departamento de Seguro para Empleados, Sucursal de Servicios para Miembros, al **(888) 581-8834** o al **(502) 564-6534**, y trabajaremos contigo (y, si lo deseas, con tu médico) para encontrar un programa de bienestar adecuado para ti que ofrezca el mismo incentivo, considerando tu estado de salud.

Protecciones contra la divulgación de información médica: KEHP está obligado por ley a mantener la privacidad y seguridad de tu información de salud que te identifica personalmente. El KEHP no recopila ni conserva información personal de salud o médica a través de su programa de bienestar LivingWell, a menos que sea parte de una auditoría, cumplimiento, pago, operaciones o revisión de servicio al cliente; sin embargo, el KEHP puede recibir y utilizar información agregada que no identifique a ningún individuo, con el fin de diseñar programas basados en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo y que estén orientados a mejorar la salud de los miembros del KEHP. El KEHP nunca divulgará tu información personal ni públicamente ni a tu empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud tuya de una adaptación razonable para participar en el programa de bienestar, o cuando la ley lo permita expresamente. La información médica que te identifique personalmente y que se proporcione en relación con el programa de bienestar no se compartirá con tus supervisores o gerentes y nunca podrá usarse para tomar decisiones sobre tu empleo.

Tu información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de otra manera, excepto en la medida en que la ley lo permita para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar. No se te pedirá ni se te obligará a renunciar a la confidencialidad de tu información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba tu información con el fin de prestarte servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que pueden recibir tu información de salud que te identifique personalmente son los empleados de Castlight (el administrador del programa de bienestar del KEHP) y de Anthem (el administrador médico externo del KEHP). Esto puede incluir a enfermeros del programa de manejo de enfermedades de Anthem o a instructores de salud. La divulgación de tu información de salud que te identifique personalmente a estas personas es necesaria para poder ofrecerte los servicios del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá de forma separada de tus registros personales; la información almacenada electrónicamente estará cifrada; y ninguna información que proporciones como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar decisiones laborales.

Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos. En caso de que ocurra una violación de datos que involucre la información que proporcionaste en relación con el programa de bienestar, te notificaremos tan pronto como sea posible después de haber descubierto la violación.

No podrás ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporciones como parte de tu participación en el programa de bienestar de LivingWell, ni podrás ser objeto de represalias si decides no participar.

Si tienes preguntas o dudas sobre este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y represalias, comunícate con el Departamento de Seguro para Empleados, Sucursal de Servicios para Miembros, al **(888) 581-8834** o **(502) 564-6534**.

C. LA LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA DE 1986 (COBRA)

La cobertura de continuación COBRA es una extensión de la cobertura del KEHP cuando, de otro modo, terminaría debido a un evento de vida, también llamado "Evento calificado". Tras un evento calificado, se ofrecerá la continuidad de la cobertura según COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Los beneficiarios calificados pueden optar por continuar su cobertura bajo el plan durante un periodo de tiempo determinado, pagando ellos mismos las primas. **Cada beneficiario calificado tiene 60 días para decidir si desea o no optar por la cobertura COBRA, contados a partir de la fecha más reciente entre la entrega del aviso de elección o la fecha en que el beneficiario calificado perdería su cobertura bajo el KEHP debido a un Evento calificado**. El administrador externo de COBRA del KEHP es HealthEquity. Para obtener más información sobre COBRA y tus derechos en virtud de COBRA, consulta el Folleto de Beneficios Médicos o visita **kehp.ky.gov** (en el enlace Recursos/Documentación, Formularios y Avisos legales [Resources/Docs, Forms, and Legal]).

D. LA LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER DE 1998 (WHCRA)

Tu plan, según lo exige la WHCRA, ofrece beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo todas las etapas de la reconstrucción, cirugías para lograr la simetría entre los senos, prótesis y complicaciones derivadas de una mastectomía, como el linfedema. Para obtener más información sobre esta cobertura, consulta el Folleto de Beneficios Médicos o visita **kehp.ky.gov** (en el enlace Recursos/Documentación, Formularios y Avisos legales [Resources/Docs, Forms, and Legal]).

E. LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD PARA MADRES Y RECIÉN NACIDOS DE 1996 (LEY DE RECIÉN NACIDOS)

Según la ley federal, los planes de salud grupales generalmente no pueden limitar los beneficios por una hospitalización relacionada con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, en general, la ley federal no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o del recién nacido, después de haber consultado a la madre, dé de alta a la madre o a su hijo recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). De todos modos, los planes de seguro médico no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estadía que no supere las 48 (o 96) horas.

F. AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

El KEHP recopila información demográfica sobre sus miembros, como nombre, dirección y número de seguro social. Esta información se conoce como información de salud identificable individualmente y está protegida por HIPAA y por las normas de privacidad y seguridad relacionadas. HIPAA exige que el KEHP mantenga la privacidad de tu información de salud protegida (PHI) y que te notifique en caso de una violación de PHI no asegurada. Además, el KEHP debe proporcionar a sus miembros una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP), que detalla cómo el KEHP puede usar y divulgar tu PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos, operaciones de atención médica o para cualquier otro propósito permitido o exigido por la ley. El NPP también informa a los miembros sobre sus derechos respecto a su PHI y cómo presentar una queja si creen que se han violado sus derechos. El Aviso de Prácticas de Privacidad del KEHP y los formularios asociados se pueden obtener visitando **kehp.ky.gov** (en el enlace Recursos/Documentación, Formularios y Avisos legales [Resources/Docs, Forms, and Legal]).

G. COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL KEHP Y AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE

El KEHP ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados del KEHP, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura acreditable. Como tu cobertura actual es Cobertura acreditable, puedes mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decides unirte a un plan de medicamentos de Medicare.

H. AVISO DE DISPONIBILIDAD DEL RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

Como empleado o jubilado, los beneficios de salud disponibles para ti representan un componente importante de tu paquete de compensación o jubilación. Esos beneficios también brindan una protección importante para ti y tu familia en caso de enfermedad o lesión. El KEHP ofrece una variedad de opciones de cobertura de salud, y elegir la opción adecuada para ti y tu familia es una decisión importante. Para ayudarte a tomar una decisión informada sobre tu cobertura médica, el KEHP publica un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC). Para facilitar la comparación, el SBC resume información importante sobre tus opciones de cobertura médica en un formato estándar. Los SBC son solo un resumen. Debes consultar los Resúmenes de Descripción del Plan y los Folletos de Beneficios Médicos del KEHP para conocer las cláusulas contractuales que rigen la cobertura. Los SBC del KEHP están disponibles en el sitio web del KEHP en **kehp.ky.gov** (en el enlace Resources/Docs, Forms, and Legal Notices [Recursos/Documentación, Formularios y Avisos legales [Resources/Docs, Forms, and Legal]). También se puede obtener una copia impresa, sin costo, comunicándote con el Departamento de Seguro para Empleados, Sucursal de Servicios para Miembros, al **(888) 581-8834** o **(502) 564-6534**.

I. ACUERDO DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA) POR EXENCIÓN

Si un empleador participa en el programa de Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA) por exención a través del KEHP, un empleado puede optar por renunciar a la cobertura de seguro médico del KEHP y elegir un HRA por exención que sea financiado por el empleador, hasta $2,100 al año. Existen dos opciones de HRA por exención: el HRA de propósito general con exención y el HRA de propósito limitado con exención. Un empleado es elegible para el HRA de propósito general con exención solo si él, su cónyuge y sus dependientes, si corresponde, cuentan con otra cobertura de salud grupal. Un empleado que elija un HRA de propósito general con exención debe declarar que él y, si corresponde, su cónyuge y dependientes están inscritos en otro plan médico grupal que proporcione un valor mínimo. Un "plan médico grupal" se refiere a la cobertura provista por un empleador, una organización de empleadores o un sindicato. Un "plan médico grupal" no incluye pólizas individuales adquiridas a través del mercado de seguros ni planes gubernamentales como TRICARE, Beneficios para Veteranos, Medicare o Medicaid. Un plan médico grupal que proporciona "valor mínimo" significa que el plan cubre al menos el 60% del costo total permitido de los beneficios/servicios cubiertos y que los participantes o miembros del plan deben pagar como máximo el 40% del costo total permitido de los beneficios/servicios cubiertos. Un empleado que elija un HRA de propósito general con exención y deje de estar cubierto por otro plan médico grupal que proporcione valor mínimo debe notificar al KEHP dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que terminó la cobertura del otro plan médico grupal. En este caso, la cobertura bajo el HRA de propósito general con exención se dará por terminada, y el empleado podrá optar por un plan de seguro médico del KEHP o por el HRA de propósito limitado con exención. A cada empleado se le permite optar de manera permanente por no participar y renunciar a futuros reembolsos del HRA de propósito general con exención, al menos una vez al año durante la inscripción abierta.

J. NOTIFICACIÓN DE ACTIVIDAD FRAUDULENTA SOSPECHOSA

Cada empleado es responsable de confirmar que solo se procesen reclamos legítimos en sus cuentas de gastos flexibles (FSA) y HRA. El empleado debe notificar a KEHP o HealthEquity dentro de los 60 días posteriores a cualquier actividad fraudulenta sospechosa registrada en su cuenta de HealthEquity.

Declaración de uso de tabaco de KEHP

La Mancomunidad de Kentucky está comprometido con fomentar y promover el bienestar y la salud en la fuerza laboral. Como parte del programa de bienestar LivingWell del KEHP, el KEHP ofrece un descuento mensual en las tasas de contribución del seguro médico para no fumadores. Eres elegible para las tasas de contribución del seguro médico para no fumadores, siempre que certifiques, durante el proceso de inscripción al seguro de salud, que tú o cualquier otra persona mayor de 18 años cubierta por tu plan no ha usado tabaco de manera regular en los últimos seis meses. "Regularmente" significa que se ha consumido tabaco un promedio de cuatro o más veces por semana, excluyendo usos religiosos o ceremoniales. "Tabaco" se refiere a todos los productos de tabaco, incluidos, entre otros, cigarrillos, pipas, tabaco para mascar, rapé, tabaco en polvo, puros y cualquier otro producto de tabaco, sin importar el método de consumo. "Solicitud de Inscripción en el Seguro Médico del KEHP" se refiere a cualquier método para inscribirse en la cobertura de seguro médico del KEHP, incluyendo enviar una solicitud en papel, completar y enviar una solicitud en línea, o inscribirse en la cobertura de seguro médico del KEHP a través de un sistema de inscripción en línea como KHRIS.

Ya sea que completes tu inscripción al seguro médico del KEHP en línea o envíes una solicitud en papel, debes certificar que todas las declaraciones sobre el uso de tabaco son precisas. Al completar el proceso de inscripción, certificas lo siguiente:

1. He respondido de manera veraz a todas las preguntas de mi Solicitud de Inscripción en el Seguro Médico del KEHP sobre el uso de tabaco por mi parte, la de mi cónyuge y la de mis dependientes mayores de 18 años. Mi Solicitud de Inscripción en el Seguro Médico del KEHP refleja con precisión el uso de productos de tabaco en los últimos seis meses respecto a mí y a las personas que estarán cubiertas como cónyuge o dependientes bajo mi plan de seguro.
2. Si estoy completando mi Solicitud de Inscripción en el Seguro Médico del KEHP durante la inscripción abierta, entiendo que las tasas de contribución para usuarios de tabaco se aplicarán a partir del 1.° de enero de 2027, si respondí "Sí" a la pregunta sobre el uso de tabaco.
3. Si estoy completando mi Solicitud de Inscripción en el Seguro Médico del KEHP como empleado recién contratado, entiendo que las tasas de contribución para usuarios de tabaco se aplicarán a partir del primer día del segundo mes después de mi fecha de contratación, si respondí "Sí" a la pregunta sobre el uso de tabaco para empleados no pagados por la Mancomunidad, y hasta el primer día de contratación para empleados pagados por la Mancomunidad.
4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al KEHP sobre cualquier cambio en mi uso de tabaco o en el de mi cónyuge o dependiente cubierto bajo mi plan de seguro, incluyendo notificar al KEHP si todos los fumadores se vuelven no elegibles para la cobertura o son de otro modo dados de baja durante el año del plan. La notificación se realizará completando un Formulario de Cambio de Uso de Tabaco.
5. Entiendo que si yo o un cónyuge o dependiente cubierto por mi plan de seguro usamos actualmente productos de tabaco y dejamos de usarlos durante el año del plan, seré elegible para las tasas de contribución para no fumadores a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de firma del Formulario de Cambio de Uso de Tabaco, certificando que ni yo ni mi cónyuge/dependiente(s) usamos regularmente productos de tabaco durante los seis meses previos a la cumplimentación del formulario. Ambos titulares del plan que se hacen referencia cruzada deben firmar el Formulario de Cambio de Uso de Tabaco.
6. Entiendo que si respondí "No" a la pregunta sobre el uso de tabaco, y yo o un cónyuge o dependiente cubierto por mi plan de seguro nos convertimos en fumadores regulares en cualquier momento, debo notificar al KEHP y mis tasas de contribución se ajustarán a las tasas para fumadores a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de firma del Formulario de Cambio de Uso de Tabaco.
7. Entiendo que la pregunta sobre el uso de tabaco forma parte de mi solicitud de seguro médico del KEHP. Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa, o que oculte información sobre algún hecho relevante para la solicitud con el fin de inducir a error, comete un acto de fraude de seguros, el cual constituye un delito.
8. Entiendo que si no respondo de manera veraz a las preguntas sobre el uso de tabaco, el KEHP puede ajustar mis tasas de contribución de manera retroactiva para aplicar las tasas más altas correspondientes a los fumadores. Tras recibir una notificación por escrito, pagaré al KEHP la diferencia entre las tasas de contribución para fumadores y para no fumadores por el periodo en el que certifiqué falsamente mi elegibilidad para las tasas de contribución para no fumadores.
9. El KEHP ofrece tasas de contribución mensual con descuento a los no fumadores como parte de su programa de bienestar LivingWell. Cada miembro del KEHP tiene al menos una oportunidad por año del plan para calificar para el descuento. KEHP se compromete a ayudarte a lograr tu mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si consideras que no cumplirás con los estándares para obtener una recompensa conforme a este programa de bienestar, es posible que califiques para tener la oportunidad de obtener las mismas recompensas de formas diferentes. Comunícate con el Departamento de Seguro para Empleados al **(888) 581-8834** o al **(502) 564-6534**, y trabajaremos contigo (y, si lo deseas, con tu médico) para encontrar un programa de bienestar adecuado para ti que ofrezca la misma recompensa, considerando tu estado de salud.

Términos y condiciones

A continuación, se presentan los Términos y condiciones para la participación en la cobertura grupal de seguro de vida, dental, de visión y de salud administrada por el Departamento de Seguro para Empleados (DEI).

Un empleado o jubilado (según corresponda) puede firmar una copia impresa de la Solicitud de Inscripción en el Seguro Médico del KEHP, la Solicitud de Seguro de Vida Grupal, las Solicitudes de Seguro Dental o de Visión Grupales, o una versión electrónica de las solicitudes. Al escribir tu nombre en una solicitud electrónica o al iniciar sesión y usar tu ID de usuario único de KHRIS para inscribirte a través del portal de Autoservicio del Empleado, aceptas realizar la inscripción en los seguros de vida, salud, dental y de visión por medios electrónicos, creando así un contrato legal y vinculante, además de consentir en recibir todos los registros o avisos en formato electrónico según lo elija el DEI o tu empleador, como se describe en la Sección AA a continuación. Al firmar de cualquiera de las dos formas, entiendes y aceptas lo siguiente:

A. AÑO DEL PLAN. El año del plan 2027 comienza el 1.° de enero de 2027 y termina a la medianoche del 31 de diciembre de 2027.

B. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LAS ELECCIONES. Si estás eligiendo un plan médico, dental, de la visión o una Cuenta de gastos flexibles (FSA) durante la inscripción abierta, la cobertura será efectiva a partir del 1.° de enero del siguiente año del plan. Si eres un empleado nuevo o un empleado recién elegible que elige cobertura de seguro o una cuenta FSA fuera de la inscripción abierta, la cuenta FSA y tu cobertura de seguro serán efectivas el primer día del segundo mes después de que el empleado nuevo o recién elegible pueda inscribirse, para empleados no pagados por la Mancomunidad, y hasta el primer día de contratación para empleados pagados por la Mancomunidad. Los empleados que se inscriban en el seguro de vida deben estar trabajando activamente a tiempo completo el día en que se programe el inicio de su seguro.

C. INFORMACIÓN DEL PLAN. Has leído y comprendido la Guía de Selección de Beneficios 2027 (BSG). Las normas y limitaciones del plan se encuentran en los Resúmenes de Descripción del Plan (SPD) o en los Folletos de Beneficios Médicos (MBB) del KEHP, así como en el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC). Las normas y limitaciones de los seguros de vida, dental y de visión se describen en los Certificados de Cobertura (CoC). Todos los beneficios para tus dependientes elegibles y para ti se proporcionarán de acuerdo con las normas y limitaciones establecidas en los SPD, MBB, BSG, SBC y CoC. Cumplirás con todos los términos y condiciones que rigen la participación, la membresía y la recepción de servicios de los planes en los que te hayas inscrito, según lo establecido en el SPD, MBB y CoC. En caso de conflicto entre los términos de cobertura establecidos en los SPD, MBB, BSG, SBC y CoC, prevalecerán los términos de cobertura establecidos en los SPD, MBB y CoC.

D. TERCEROS ADMINISTRADORES. El DEI utiliza terceros, incluidos Anthem, CVS/Caremark, HealthEquity, Castlight, SmartShopper y Metropolitan Life Insurance Company (MetLife), para llevar a cabo ciertas funciones administrativas. El DEI puede comunicarse contigo directamente o a través de estos terceros sobre tu cobertura de seguro, tus beneficios o productos o servicios relacionados con la salud proporcionados por, o incluidos en, los planes de seguro médico, dental, de visión o de vida del Commonwealth.

E. REFERENCIA CRUZADA. La opción de pago por referencia cruzada para el seguro médico puede estar disponible para cónyuges que sean ambos elegibles para participar en el KEHP y tengan al menos un dependiente. Si tú y tu cónyuge son elegibles y eligen la opción de pago por referencia cruzada para el seguro médico, ambos son titulares del plan con cobertura familiar. En caso de pérdida de elegibilidad de uno de los cónyuges, el titular restante del plan pasará automáticamente a un nivel de cobertura de padre más dependientes. La opción de pago por referencia cruzada cesa en caso de pérdida de elegibilidad o empleo de cualquiera de los cónyuges/titulares del plan. NOTA: A partir del 1/1/2025, no se ofrecerán nuevos planes de referencia cruzada para los inscritos recién elegibles. Los titulares de planes con elegibilidad existente para planes de referencia cruzada pueden mantener dicha elegibilidad más allá del 1/1/2025.

F. ELEGIBILIDAD DEL DEPENDIENTE. Certificas que cada dependiente inscrito cumple con los requisitos de elegibilidad para dependientes establecidos en los SPD, MBB y CoC. El DEI requerirá documentación de respaldo para verificar la elegibilidad de cualquier dependiente inscrito o que solicite ser inscrito en los beneficios. Los cónyuges e hijastros pueden estar sujetos a una reverificación periódica previa notificación. El no proporcionar la documentación adecuada de la elegibilidad de los dependientes resultará en la terminación del dependiente no verificado de tu(s) plan(es) de seguro.

G. CAMBIOS EN LAS ELECCIONES. Las elecciones indicadas en tu Solicitud de Inscripción en el Seguro Médico del KEHP, Solicitud de Seguro Dental o de la Visión, Solicitud de Seguro de Vida Grupal, o inscripción en línea no pueden modificarse ni cancelarse durante el Año del Plan sin un Evento calificado permitido.

H. DEDUCCIÓN DE SALARIOS. Cuando te inscribes en la cobertura de seguro (médico, dental, de la visión o de vida) o en una cuenta FSA, autorizas a tu empleador a deducir de tu salario el monto necesario para cubrir tu contribución como empleado a la cuenta FSA y a la cobertura de seguro que elegiste, incluidos los pagos atrasados que puedas deber. Las deducciones para la cuenta FSA y las contribuciones del empleado al seguro médico, dental y de visión se realizan antes de impuestos, a menos que firmes un Formulario de Solicitud después de Impuestos. Las deducciones para las primas del seguro de vida se realizan después de impuestos.

I. PRIORIDAD DE PAGOS. Cualquier dinero que envíes al DEI con la intención de financiar tu cuenta FSA o pagar las contribuciones de las primas de seguro puede ser utilizado primero para saldar otras deudas prioritarias que puedan estar vencidas, como impuestos y manutención de hijos.

J. ELECCIÓN DE CUENTA FSA DE CUIDADO DE DEPENDIENTES (antes conocido como cuenta FSA para cuidado diurno de niños y adultos) Y TRASLADO DE SALDO. Si eliges una cuenta FSA de cuidado de dependientes, eres elegible para solicitar reembolso, según lo autorizado por las Secciones 21 y 129 del Título 26 del Código de los Estados Unidos (26 U.S.C.), por los gastos de cuidado de dependientes. Puedes optar por contribuir hasta $7,500 por hogar (o $3,750 en el caso de un empleado casado que presenta declaración de impuestos por separado) a una cuenta FSA de cuenta FSA de cuidado de dependientes para el Año del Plan 2027. La cuenta FSA de cuidado de dependientes solo puede reembolsar los gastos de cuidado de dependientes elegibles que se incurran durante el periodo de cobertura correspondiente. Los fondos en tu cuenta FSA de cuidado de dependientes solo pueden usarse para reembolsar gastos elegibles de cuidado de niños y adultos, y no podrán ser reembolsados al finalizar la cuenta FSA por ninguna razón. Los fondos aportados a una cuenta FSA de cuidado de dependientes no se transferirán al siguiente año del plan.

K. ELECCIÓN DE CUENTA FSA DE CUIDADO MÉDICO Y TRASLADO DE SALDO. Puedes optar por contribuir hasta $3,400 a una cuenta FSA de cuidado médico para el Año del Plan 2027 para cubrir gastos de cuidado médico elegibles que no sean cubiertos por tu plan de seguro médico. Los montos no utilizados de al menos $50 y hasta un máximo de $680 que queden en tu cuenta FSA de cuidado médico al final del Año del Plan se trasladarán al siguiente Año del Plan y podrán usarse para reembolsarte los gastos elegibles que se incurran durante ese Año del Plan siguiente. Puedes usar los montos trasladados de la cuenta FSA de cuidado médico aunque no elijas una cuenta FSA de cuidado médico para el Año del Plan siguiente. Los montos superiores a $680 que queden en tu cuenta FSA de cuidado médico al final del Año del Plan se perderán. Todos los fondos que queden en una cuenta FSA de cuidado médico en la que no se hayan realizado nuevas elecciones de contribución durante dos Años del Plan consecutivos se perderán.

L. TARJETA DE CUIDADO MÉDICO HEALTHEQUITY. HealthEquity administrará las cuentas FSA y HRA para el Año del Plan 2027 y te emitirá una Tarjeta de cuidado médico HealthEquity para el pago de los gastos elegibles de la cuenta FSA y HRA de cuidado médico. Tu Tarjeta de cuidado médico HealthEquity será suspendida si la verificación de reclamación solicitada no se envía a HealthEquity dentro de los noventa (90) días posteriores al uso de la tarjeta. Aceptas cumplir con todas las normas y guías establecidas por el Plan en relación con la Tarjeta de cuidado médico HealthEquity. El Plan se reserva el derecho de negar el acceso a la tarjeta, exigir el reembolso, deducir/retener de tu salario y compensar tu cuenta FSA o HRA de cuidado médico si no verificas una reclamación.

M. RENUNCIA A LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO. Si eliges renunciar a la cobertura de seguro médico del KEHP, con o sin un Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA) por exención, lo haces de manera voluntaria. Si tu empleador participa en el programa HRA con exención, hay dos opciones disponibles: HRA de propósito general con exención y HRA de propósito limitado con exención. Entiendes que solo serás elegible para la HRA de propósito general con exención si cuentas con cobertura de otro plan médico grupal. Además, entiendes que tu cónyuge y dependientes elegibles, si corresponde, no pueden estar cubiertos bajo la HRA de propósito general con exención a menos que tu cónyuge y dependientes también tengan cobertura de otro plan médico grupal.

Términos y condiciones

N. NORMAS DE HRA DE PROPÓSITO GENERAL CON EXENCIÓN. Si eliges una HRA de propósito general con exención, declaras que tú y tu cónyuge y dependientes, si corresponde, están inscritos en otro plan médico grupal que proporciona un valor mínimo. Un "plan médico grupal" se refiere a la cobertura provista por un empleador, una organización de empleadores o un sindicato. Un "plan médico grupal" no incluye pólizas individuales adquiridas a través del mercado de seguros ni planes gubernamentales como TRICARE, Beneficios para Veteranos, Medicare o Medicaid. Un plan médico grupal que proporciona "valor mínimo" significa que el plan cubre al menos el 60% del costo total permitido de los beneficios/servicios cubiertos y que los participantes o miembros del plan deben pagar como máximo el 40% del costo total permitido de los beneficios/servicios cubiertos. Si eliges una HRA de propósito general con exención y dejas de estar cubierto por otro plan médico grupal que proporciona un valor mínimo, aceptas notificar a KEHP dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que terminó la cobertura de ese otro plan médico grupal. En este caso, la cobertura bajo el HRA de propósito general con exención se dará por terminada, y tú podrás optar por un plan de seguro médico del KEHP o por el HRA de propósito limitado con exención. Los fondos no utilizados que queden en la HRA de propósito general con exención al momento de la terminación se perderán. Se te permite optar de manera permanente por no participar y renunciar a futuros reembolsos del HRA de propósito general con exención, al menos una vez al año durante la inscripción abierta.

O. TRASLADO DE SALDO DE HRA. HRA con exención: Los montos no utilizados hasta un máximo de $2,100 que queden en tu HRA de exención al final del año del plan podrán transferirse al siguiente año del plan siempre que seas elegible para optar por una HRA. HRA integradas con CDHP: Los montos no utilizados de hasta $7,500 que queden en tu HRA integrada con CDHP al final del Año del Plan pueden trasladarse al siguiente Año del Plan. Debes elegir el mismo tipo de HRA en un Año del Plan posterior para que los fondos se trasladen.

P. FONDOS DE HRA CON EXENCIÓN/CUENTA FSA TRAS LA FINALIZACIÓN. Puedes usar los fondos que queden en una HRA con exención o cuenta FSA después de la finalización para reembolsarte los gastos elegibles incurridos durante el periodo de cobertura y antes de la terminación de la HRA o FSA. Al finalizar el empleo, incluida la jubilación, los montos restantes en una HRA con exención y cuenta FSA se perderán, excepto que puedes ser reembolsado por cualquier gasto elegible incurrido antes del último día del último periodo de pago trabajado, siempre que presentes un reclamo antes del 31 de marzo siguiente al cierre del Año del Plan en que se incurrió el gasto.

Q. REEMBOLSO DE GASTOS DE CUENTA HRA Y FSA. Una cuenta HRA y/o FSA de cuidado médico solo puede reembolsarte los gastos médicos, según lo autorizado por las Secciones 105(b) y 213(d) del Título 26 del Código de los Estados Unidos (26 U.S.C.), que se incurran durante el periodo de cobertura correspondiente. La ley federal ahora te permite usar tu tarjeta HealthEquity para pagar medicamentos de venta libre (OTC), fármacos, productos de cuidado menstrual y ciertos equipos de protección personal, como mascarillas, desinfectante de manos y toallitas desinfectantes. La HRA de propósito limitado con exención solo puede reembolsarte los gastos elegibles de dental y visión. Si tienes una cuenta FSA y una HRA, los fondos para gastos elegibles se reembolsarán primero de tu cuenta FSA antes de ser reembolsados de tu HRA.

R. PERIODO DE EJECUCIÓN DE CUENTA HRA Y FSA. Tienes un periodo de ejecución de 90 días (hasta el 31 de marzo) para el reembolso de los gastos elegibles de cuenta FSA y HRA incurridos durante el periodo de cobertura.

S. COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA. KEHP ofrece opciones de plan que, según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), constituyen una cobertura esencial mínima que es asequible y proporciona un valor mínimo. Por lo tanto, al recibir una oferta de cobertura a través de tu empleador, ni tú, ni tu cónyuge, ni tus dependientes son elegibles para un crédito fiscal para las primas de seguro médico si compras un seguro a través del mercado de seguros.

T. COORDINACIÓN DE LOS PLANES MÉDICOS KEHP Y LA COBERTURA DE MEDICARE. En general, las cuatro opciones de plan KEHP y la HRA de propósito general con exención deben pagar primero antes que Medicare. La HRA de propósito limitado con exención paga de manera secundaria a Medicare.

U. COMPROMISO DE LIVINGWELL. La ley federal permite a KEHP recompensar a los miembros que participan en el programa de bienestar LivingWell de KEHP. En 2027, los cuatro planes médicos KEHP forman parte del programa de bienestar LivingWell de KEHP y requieren completar el Compromiso de LivingWell para recibir descuentos en las primas durante el Año del Plan 2028.

Si cumpliste tu Compromiso de LivingWell en 2026, recibirás un descuento mensual en la prima de hasta $40.00 en 2027. Si no cumpliste tu Compromiso de LivingWell, no recibirás un descuento mensual en la prima en 2027.

Si eliges un plan médico KEHP en 2027, debes completar una Evaluación de la Salud proporcionada por Castlight entre el 1.° de enero de 2027 y el 1.° de julio de 2027 para recibir un descuento en la prima en 2028. Si eres un empleado nuevo con fecha de contratación posterior al 1.° de enero de 2027 y eliges un plan fuera del periodo de inscripción abierta, no se te exigirá completar el Compromiso de LivingWell para recibir el descuento en la prima en 2028.

V. ELECCIONES DE DEPENDIENTES PARA EL SEGURO Y REEMBOLSO DE PRIMAS. Es tu responsabilidad notificar oportunamente a DEI que tu dependiente o tu cónyuge ya no es elegible para la cobertura de seguro de vida. (Véase las cláusulas de elegibilidad en el CoC para más información sobre la elegibilidad). Aviso "oportuno" significa que informaste a DEI que un dependiente o cónyuge ya no es elegible para la cobertura del seguro dentro de los 90 días posteriores a la pérdida de elegibilidad. Al recibir el aviso de que un dependiente o cónyuge ya no es elegible para la cobertura del seguro, DEI reembolsará tu prima desde la fecha en que cesó la elegibilidad, hasta un máximo de 90 días.

W. HIPAA. Tienes derechos bajo HIPAA respecto a la protección de tu información de salud. KEHP cumplirá con las normas de Privacidad y Seguridad de HIPAA, y los usos y divulgaciones de tu información de salud protegida se harán de acuerdo con la ley federal. KEHP puede usar y divulgar dicha información a asociados comerciales u otros terceros únicamente de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de KEHP, disponible en **kehp.ky.gov** (enlace Resources/Docs, Forms, and Legal Notices [Recursos/Documentación, Formularios y Avisos legales [Resources/Docs, Forms, and Legal]).

X. ADVERTENCIA DE FRAUDE. Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa (incluida una firma falsificada o una fecha de firma incorrecta) o que oculte información sobre algún hecho relevante para la solicitud con el fin de inducir a error, comete un acto de fraude de seguros, el cual constituye un delito. Puedes ser responsabilizado por cualquier acto fraudulento que pudieras haber evitado mientras desempeñabas tus funciones relacionadas con la obtención de seguros médicos, dental, de visión y de vida patrocinados por el empleador, y esto puede ser usado para reducir o denegar una reclamación o para terminar tu cobertura. La información contenida en tus elecciones de beneficios de seguro de vida, si es incorrecta o engañosa, puede anular la póliza a partir de la fecha de emisión.

Y. RECONOCIMIENTO. Has leído completamente estos Términos y Condiciones, los Avisos Legales de KEHP y la Declaración de Uso de Tabaco de KEHP. Tu firma en la Solicitud de Inscripción de Seguro Médico de KEHP, en las Solicitudes de Seguro Dental o de la Visión del Grupo, en la Solicitud de Seguro de Vida del Grupo, o tu firma electrónica utilizada para la inscripción en línea, certifica que toda la información proporcionada durante esta oportunidad de inscripción es correcta según tu leal saber y entender.

Z. PUEDEN APLICAR EXCEPCIONES. Pueden aplicarse excepciones para empleados de ciertos empleadores que participen en el plan médico de KEHP y en los beneficios de seguro grupal dental, de visión y de vida del Commonwealth. También pueden aplicarse excepciones a los jubilados de TRS, KPPA, KCTCS, LRP y JRP. Consulta las normas de participación de tu empleador o sistema de jubilación para obtener más información.

AA. CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIONES ELECTRÓNICAS. Otorgas tu consentimiento para recibir todas las comunicaciones, incluidos registros, divulgaciones o información sobre la cobertura (o cualquier parte de ellos), en formato electrónico, ya sea por correo electrónico o a través de KHRIS, según lo decida el DEI, el Coordinador de Seguros o el Generalista de Recursos Humanos que se comunique en nombre del DEI, o un proveedor contratado por el DEI o tu empleador para la administración de sus beneficios de seguro. Aun así, es posible que recibas documentos en papel de vez en cuando o que se te solicite completar y firmar documentos en formato físico. Asimismo, reconoces que puedes imprimir o guardar cualquier comunicación o acuerdo electrónico para conservarlo en tus registros y revisarlo posteriormente. Debes tener acceso a una computadora y a un navegador web suficientemente actualizados para ingresar al sitio web de KEHP/KHRIS, así como acceso a un correo electrónico que acepte mensajes externos. Puedes solicitar una copia impresa de cualquier registro o divulgación electrónica comunicándote con el coordinador de seguros de tu empleador. Se puede cobrar un cargo por cada copia impresa. Puedes retirar tu consentimiento para recibir registros y avisos electrónicos comunicándote con el coordinador de seguros de tu empleador y completando cualquier formulario necesario.

Notas

Notas

Notas

Notas

TEAM KENTUCKY®
PERSONNEL CABINET

Kentucky Employees' Health Plan