



Preguntas frecuentes sobre la inscripción para recién contratados

Si tiene una pregunta específica, verifique si está incluida en la lista a continuación y haga clic en el enlace para ir directamente a la respuesta que está buscando. De lo contrario, siéntase con la libertad de explorar las preguntas frecuentes a su propio ritmo.

Preparación para la Inscripción	3
1. ¿Cómo me debo preparar para la inscripción?	3
2. ¿Qué necesitare hacer durante la inscripción?	3
3. ¿Qué pasa si no actúo durante la inscripción?	3
4. Si quiero renunciar a la cobertura para 2025, ¿necesito actuar en el sitio web Your Benefits Resources?	3
5. ¿Puedo hacer cambios a mis elecciones después de que termine el plazo de la inscripción?	4
6. ¿Cómo me inscribo en los beneficios para 2025?	4
7. ¿Cómo creo mi identificación de usuario y mi contraseña para el sitio web Your Benefits Resources?	4
8. ¿Cómo reinicio mi contraseña para el sitio web Your Benefits Resources?	4
9. ¿Necesito estar en la red de la compañía para inscribirme?	5
10. ¿Qué información debo tener disponible cuando me inscriba durante la inscripción?	5
11. ¿Qué es Aon Benefit Experience (BenX)?	5
12. ¿Dónde puedo obtener más información?	5
Mis opciones	6
13. ¿Cómo decido cuál opción médica es la indicada en mi caso?	6
14. ¿Cuándo sabré el costo de las diversas opciones de cobertura de seguro?	6
15. ¿Qué opciones de plan tengo para la cobertura médica y de medicamentos recetados?	7
16. ¿Cuáles son mis opciones de compañía de seguro médico?	7
17. ¿Difiere la cobertura médica entre las compañías de seguros?	7
18. ¿Se tienen beneficios médicos disponibles que no se incluyan usualmente con la cobertura médica?	7
19. ¿Qué debo tomar en cuenta si me inscribo en un plan médico con deducible alto Bronze o Silver y tengo gastos al inicio del año?	8
20. Vivo en California. ¿Cómo difieren mis opciones médicas?	8
21. ¿Ofrece la compañía beneficios para formar una familia?	8
22. ¿Ofrece Kindbody servicios de apoyo para la menopausia?	9

23. ¿Cómo puedo comenzar a utilizar los beneficios y los servicios de Kindbody?	9
24. ¿Podré usar los mismos proveedores que uso actualmente?	9
25. ¿Por qué debo usar los proveedores de la red?	10
26. ¿Cómo debo elegir una aseguradora si mis dependientes y yo vivimos en distintos estados?	10
27. ¿Se cubrirán las enfermedades preexistentes?	10
28. ¿Cómo recibirán cobertura mis medicamentos recetados?	10
29. ¿Qué es “autorización previa” y cuándo se requiere?	11
30. ¿Recibiré una nueva tarjeta de identificación para la cobertura médica y de medicamentos recetados?	11
31. ¿Qué necesito saber acerca de las redes de proveedores dentales?	11
32. ¿Qué necesito saber acerca de las redes de proveedores de la vista?	12
33. ¿Qué otras opciones de beneficios tengo disponibles a través del proceso de inscripción?	12
34. Los empleados cubiertos por un contrato colectivo de trabajo ¿son elegibles para los beneficios voluntarios que se ofrecen en BenX?	13
35. ¿Se tienen disponibles beneficios de bienestar financiero?	13
36. ¿Tengo que verificar la elegibilidad de mis dependientes para estar cubierto en los beneficios de mi compañía?	13
Pago de la cobertura	13
37. ¿Qué significa la opción del costo más bajo (o la compañía de seguros más baja) y cómo se aplica a las opciones de inscripción para 2025?	13
38. ¿Qué es un deducible y cómo funciona?	14
39. ¿Qué es el máximo de su bolsillo y cómo funciona?	14
40. ¿Existen costos adicionales de los que debo enterarme?	15
41. ¿Puedo inscribirme en la cobertura a mi cónyuge/pareja doméstica que tenga acceso a una cobertura médica de grupo con su empleador?	15
42. ¿Qué es una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)?	15
43. ¿Por qué desearía usar una cuenta HSA?	16
44. ¿En qué difiere una cuenta HSA de una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Cuidado de la Salud?	16
45. ¿Puedo inscribirme en una cuenta HSA y en una cuenta FSA para Cuidado de la Salud?	16
46. ¿Puedo aportar a una HSA si tengo cobertura en virtud de la cuenta FSA para Cuidado de la Salud de Propósitos Generales de mi cónyuge?	16
47. ¿Necesito estar inscrito en un plan médico a través de mi compañía para participar en una FSA para Cuidado de la Salud?	16
48. ¿Puedo conservar mi cuenta HSA actual?	17
49. ¿Recibiré una aportación de la compañía en mi cuenta HSA?	17
50. ¿Qué es una FSA para cuidado de dependientes y por qué querría inscribirme en una?	17
51. ¿Qué es una FSA para viajero interurbano y para qué se usa?	17

Preparación para la Inscripción

1. ¿Cómo me debo preparar para la inscripción?

Las selecciones que haga durante la inscripción tendrán vigencia hasta el 31 de diciembre de 2025. Usted **no puede** agregar ni dejar la cobertura hasta la siguiente Inscripción Anual, que se lleva a cabo en noviembre de cada año, a menos que experimente un suceso de vida que califique, tal como un matrimonio, el nacimiento de un hijo o un cambio en su situación de empleo.

Mientras se prepara para inscribirse, considere las siguientes preguntas:

- ¿A qué redes pertenece su médico, su dentista y/u optometrista/oftalmólogo? Elegir una compañía de seguros que incluya a sus proveedores preferidos en su red asegurará que pague el costo más bajo del servicio que recibe de sus proveedores.
- ¿Cómo se cubren sus recetas?
- ¿A quién quiere cubrir y para qué planes?
- ¿Espera alguna cirugía opcional o tiene planes de tener un bebé en 2025?
- ¿Cuánto quiere pagar por las primas de su cheque de pago o de su propio bolsillo al momento en que reciba atención?
- ¿Separará dinero en las cuentas de ahorros/gastos disponibles para que pueda pagar los gastos de atención médica y de cuidado de dependientes libres de impuestos?

2. ¿Qué necesitaré hacer durante la inscripción?

Debe inscribirse a través del [sitio web Your Benefits Resources™](#) (acceda por medio de un [solo inicio de sesión](#) al estar en la red de la compañía) o en la aplicación de ALight Mobile a menos de **30 días de su fecha de contratación, o en 2025 no tendrá cobertura médica, dental o de la vista por medio de su compañía.** Tenga en cuenta que si no selecciona cobertura médica, tampoco tendrá cobertura de medicamentos recetados. Además, para aportar a una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) (si califica) o a una Cuenta de Gastos Flexibles, debe hacer una elección activa para participar en estas cuentas de ahorros/gastos.

Durante el proceso de inscripción, deberá:

- Inscribir a los dependientes elegibles a los que desee incluir en la cobertura en el año 2025.
- Elegir a las aseguradoras y niveles de cobertura que desea para sus beneficios médicos, dentales y de la vista.
- Confirme y/o inscribese en el resto de sus beneficios, incluidas sus opciones voluntarias disponibles.

Puede obtener información en el sitio web de Make It Yours en GAF.makeityoursource.com.

3. ¿Qué pasa si no actúo durante la inscripción?

Si no elige beneficios a menos de 30 días de la fecha de su contratación, **no tendrá** cobertura médica, dental o de la vista por medio de su compañía para 2025. Si no elige cobertura médica, tampoco tendrá cobertura de medicamentos recetados. Para aportar a una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) (si califica) o a una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA), debe hacer una elección activa.

4. Si quiero renunciar a la cobertura para 2025, ¿necesito actuar en el sitio web Your Benefits Resources?

Sí. Aun si no desea beneficios por medio de su compañía para 2025, debe iniciar una sesión en el [sitio web Your Benefits Resources](#) para renunciar a la cobertura médica (incluidos los medicamentos recetados), dental y de la vista y la participación en una cuenta HSA o FSA.

5. ¿Puedo hacer cambios a mis elecciones después de que termine el plazo de la inscripción?

Las selecciones que haga durante la inscripción tendrán vigencia hasta el 31 de diciembre de 2025. Usted no puede agregar ni dejar la cobertura hasta la siguiente Inscripción Anual, que se lleva a cabo en noviembre de cada año, a menos que experimente un suceso de vida que califique. Los siguientes sucesos de vida que califican le permitirán realizar cambios a sus beneficios actuales durante el año del plan:

- Matrimonio
- Divorcio o separación legal
- Nacimiento de un hijo
- Muerte de su cónyuge o de un hijo dependiente
- Adopción o colocación para adopción de un hijo
- Cambio en la situación de empleo de usted, de su cónyuge o de su hijo dependiente
- Calificación por parte del administrador del plan de una orden de manutención infantil para la cobertura médica

6. ¿Cómo me inscribo en los beneficios para 2025?

Durante su plazo de inscripción tiene tres opciones para inscribirse:

- **Opción 1:** Inicie una sesión en el [sitio web Your Benefits Resources](#) (acceda por medio de un [solo inicio de sesión](#) al estar en la red de su compañía).
- **Opción 2:** Llame a la línea directa de Your Benefits Resources al **855-564-6155**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. Si no se puede comunicar de inmediato con un representante, se le dará la opción para conservar su lugar en la cola de espera y se regresará su llamada cuando haya disponible un representante. En cualquier momento del año también puede programar una cita con un representante a través del sitio web Your Benefits Resources. Simplemente inicie una sesión en el [sitio web Your Benefits Resources](#) y haga clic en el botón "Appointment Scheduling" (Programación de citas); después, elija entre las fechas y horas disponibles. Se le pedirá que proporcione su nombre, teléfono y código postal, así como una descripción breve del asunto con el que necesita ayuda.
- **Opción 3:** Use la aplicación Alight Mobile, disponible en [Apple App Store](#) o [Google Play](#).

7. ¿Cómo creo mi identificación de usuario y mi contraseña para el sitio web Your Benefits Resources?

Si usted es usuario nuevo, necesitará configurar su identificación de usuario y contraseña, necesarias para acceder a su cuenta a través de la aplicación Alight (disponible en [Apple App Store](#) o [Google Play](#)).

- Visite el [sitio web Your Benefits Resources](#) y seleccione **New User** (Nuevo usuario);
- Ingrese los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social y su fecha de nacimiento para autenticar su cuenta;
- Genere su identificación de usuario y contraseña; y
- Genere respuestas para las preguntas de seguridad para verificar su identidad, en caso de que en un futuro se le olvide su identificación de usuario o su contraseña.

8. ¿Cómo reinicio mi contraseña para el sitio web Your Benefits Resources?

Para reiniciar su contraseña, visite el sitio web Your Benefits Resources (YBR), haga clic en **Forgot User ID or Password** (Olvidé mi ID de usuario o contraseña) y siga las indicaciones para reiniciar su

contraseña. Necesitará su identificación de usuario y contraseña para acceder a su cuenta a través de la aplicación Alight Mobile (disponible en [Apple App Store](#) o [Google Play](#)).

9. ¿Necesito estar en la red de la compañía para inscribirme?

No. Aunque lo más práctico es inscribirse al estar en la red de la compañía porque ya está “autenticado” (el sistema ya sabe quién es usted), puede inscribirse desde cualquier computadora personal usando el URL directo al sitio web Your Benefits Resources (YBR) (myhranywhere.com/benefits) o por medio de la aplicación Alight Mobile. Si usó el URL directo o la aplicación, necesitará su identificación de usuario y contraseña de YBR para acceder a su cuenta. Si no se sabe su identificación de usuario y/o contraseña de YBR, haga clic en el enlace Forgot User ID or Password (Olvidé mi identificación de usuario o contraseña) y siga las instrucciones.

10. ¿Qué información debo tener disponible cuando me inscriba durante la inscripción?

Cuando esté listo para inscribirse, asegúrese de tener a la mano la fecha de nacimiento y el número de Seguro Social de sus dependientes elegibles. Si agrega a un dependiente a su cobertura, necesitará enviar documentos que confirmen la elegibilidad de los dependientes que cubre en sus planes de seguro médico/de recetas, dental, de la vista y de vida de la compañía. Si agrega dependientes a estos planes, recibirá una carta por correo del Centro de Verificación de Dependientes de Alight Solutions pidiendo que compruebe que sus dependientes cumplen con los criterios de elegibilidad. La carta incluirá una lista de documentos aceptables, las instrucciones de envío y la fecha límite para el envío. Si no cumple con esta solicitud y lo hace en la fecha límite, sus dependientes quedarán eliminados de la cobertura.

Cuando se inscriba, debe tener preparada también una lista de los proveedores preferidos suyos (y de su familia) y los medicamentos recetados que toma usted (y su familia) con regularidad, para que los pueda ingresar en la herramienta **Help Me Choose** (Ayúdeme a elegir) para recibir recomendaciones para una cobertura personalizada. Para poder obtener los resultados más precisos, se recomienda que busque a su proveedor por nombre y apellido, no por práctica médica. Si el año pasado ingresó estos datos en la herramienta Help Me Choose (Ayúdeme a elegir), estarán disponible para que los use en sus resultados este año. Acceda a la [Lista de verificación de la inscripción](#) en el sitio web Make It Yours como ayuda para prepararse.

Si tiene problemas para encontrar a un proveedor en la herramienta o si no está seguro si sus proveedores preferidos forman parte de la red de una aseguradora, llame directamente a la [compañía de seguros](#) para obtener más información.

11. ¿Qué es Aon Benefit Experience (BenX)?

Es una manera de inscribirse en las coberturas médica, dental, de la vista y de otros tipos. Es un mercado de seguros privados en línea en donde los empleados pueden comprar cobertura de varias compañías de seguros médicos que están compitiendo para tenerlo como cliente. BenX combina lo mejor de ambos mundos: tarifas de grupo con una mejor elección individual por medio de opciones y competitividad de precios de las compañías regionales y nacionales. BenX es la primera compañía privada de Estados Unidos dedicada al mercado de aseguradoras de múltiples seguros para empresas grandes.

12. ¿Dónde puedo obtener más información?

- **Sitio web Make It Yours**—Visite GAF.makeityoursource.com para conocer más sobre sus opciones de cobertura y la elección de la cobertura adecuada para usted y su familia.
- **Your Carrier Connection** (disponible a través del sitio web Make It Yours)—Visite el sitio de vista previa de cada compañía de seguros para ponerse al día sobre redes de proveedores, información de medicamentos recetados y otros recursos de la compañía de seguros.
- **Documentos útiles** (disponibles a través del sitio web Make It Yours)—Visite la página [Helpful Documents](#) para tener acceso a la Guía de beneficios de 2025, la herramienta de precios Express Scripts, una lista de contactos del plan y más.

- **El sitio web Your Benefits Resources y la aplicación Alight Mobile**—Cuando sea el momento de inscribirse, inicie una sesión en el sitio web [Your Benefits Resource](#) (acceda por medio de un [solo inicio de sesión](#) al estar en la red de su compañía) o en la aplicación Alight Mobile (disponible a través de [Apple App Store](#) o [Google Play](#)) para comparar sus opciones y precios, obtener apoyo útil para tomar decisiones e inscribirse.

¿Tiene preguntas? Una vez que inicie una sesión en el [sitio web Your Benefits Resources](#), busque el ícono “Need Help?” (¿Necesita ayuda?) para preguntarle a Lisa. Lisa es una asistente virtual, a la que le puede plantear preguntas y obtener respuestas. También lo puede conectar con un representante de un chat por Internet y con otros recursos útiles. Si desea más apoyo, puede programar una cita con un representante de servicio al cliente a través del sitio web Your Benefits Resources. Haga clic en el botón “Appointment Scheduling” (Programación de citas) y luego elija entre las fechas y horarios disponibles. Se le pedirá que proporcione su nombre, teléfono y código postal, así como una descripción breve del asunto con el que necesita ayuda. También puede llamar a Your Benefits Resources al **855-564-6155**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. Si no se puede comunicar con un representante de inmediato, se le dará la oportunidad para conservar su lugar en la cola de espera y se le regresará la llamada.

- **Apoyo adicional**—Si necesita ayuda con problemas de cobertura más complejos, llame al **866-300-6530** y pida que le comuniquen con un Health Pro. Los Health Pros pueden explicar el funcionamiento de los beneficios y ayudar a resolver problemas.

Mis opciones

13. ¿Cómo decido cuál opción médica es la indicada en mi caso?

Comience por visitar el sitio web Make It Yours en [GAF.makeityoursource.com](#) para obtener acceso a vídeos, detalles sobre sus opciones, tablas comparativas y más.

Después, durante la inscripción tendrá tres opciones para inscribirse:

- 1) **Inicie una sesión en el [sitio web Your Benefits Resources](#)** (acceda por medio de un [solo inicio de sesión](#) al estar en la red de su compañía) para ver sus opciones de precios y hacer sus elecciones. También tendrá acceso a herramientas que le darán sugerencias personalizadas, le ayudarán a comparar detalles de sus opciones, podrá ver las calificaciones de las aseguradoras y mucho más.

Utilice la herramienta **Help Me Choose** (Ayúdeme a elegir) en el sitio web [Your Benefits Resources](#), para que pueda elegir un plan con confianza. Responda algunas preguntas acerca de sus proveedores preferidos y recetas continuas, y la herramienta le dará recomendaciones. Help Me Choose (Ayúdeme a elegir) asignará un puntaje a cada una de sus opciones de plan, con base en la información que suministró. Después puede comparar las características y los precios de cada plan e incluso leer las reseñas de las aseguradoras de otros usuarios de atención médica. También podrá ver cálculos de sus costos totales esperados para el año siguiente.

- 2) **Comuníquese a Your Benefits Resources al 855-564-6155**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.
- 3) **Use la aplicación Alight Mobile**, disponible en [Apple App Store](#) o [Google Play](#).

14. ¿Cuándo sabré el costo de las diversas opciones de cobertura de seguro?

Entendemos que usted pueda estar ansioso por conocer los precios ahora. La estructura de precios para 2025 está adecuada según su zona regional, su sueldo y sus necesidades específicas de cobertura. Como está personalizada, usted podrá acceder a su información específica de precios por medio del sitio web Your Benefits Resources durante el periodo de inscripción. Podrá ver los precios de sus opciones disponibles mientras se inscribe en el sitio web Your Benefits Resources (YBR). Para acceder al sitio web

de YBR desde cualquier computadora personal, visite myhranywhere.com/benefits. Para usar este URL, necesitará su identificación de usuario y contraseña. Si no tiene su identificación de usuario y/o contraseña, haga clic en **“New User?”** (¿Nuevo usuario?) y siga las instrucciones.

15. ¿Qué opciones de plan tengo para la cobertura médica y de medicamentos recetados?

Antes de elegir a su compañía de seguro médico, elija primero su nivel de cobertura (o plan). Elegirá entre cuatro opciones de cobertura (Bronze, Bronze Plus, Silver y Gold) que cuentan con niveles diferentes de cobertura, ofrecidas por diversas compañías de seguros nacionales y regionales (si están disponibles en su área). Cada combinación de nivel de cobertura y aseguradora tiene costos diferentes relacionados. Cuando se inscriba en el [sitio web Your Benefits Resources](#) (acceda por medio de un [solo inicio de sesión](#) mientras esté en la red de la compañía) o por medio de la aplicación Alight Mobile, podrá comparar beneficios, características y precios de sus opciones.

16. ¿Cuáles son mis opciones de compañía de seguro médico?

Usted podrá elegir entre planes de cobertura médica que ofrecen compañías de seguros nacionales y regionales (si están disponibles en su área). Las compañías de seguros nacionales incluyen: Aetna, Cigna, Anthem Blue Cross Blue Shield y UnitedHealthcare. Las compañías de seguros regionales (si están disponibles en su área) incluyen: Health Net, Dean/Prevea360, Kaiser Permanente, Geisinger Health Plan, UPMC, Medical Mutual y Priority Health. Conozca sobre cada una de las compañías de seguros y las áreas que atienden en el sitio web [Make It Yours](#).

17. ¿Difiere la cobertura médica entre las compañías de seguros?

En general, en cada nivel de cobertura (Bronze, Bronze Plus, Silver y Gold), las compañías de seguros han aceptado la mayoría de los beneficios estandarizados del plan configurado por BenX. El [sitio web Your Benefits Resources](#) le brinda una explicación más detallada de estos y otros detalles de las coberturas, y toma en cuenta algunos ajustes de las compañías de seguros a los beneficios estandarizados de los planes. Para ver los resúmenes cuando se inscribe en línea, marque las casillas que están junto a los planes que desea revisar y haga clic en **Compare** (Comparar). Llame directamente a la compañía de seguros para obtener la información más completa sobre alguna cobertura específica.

18. ¿Se tienen beneficios médicos disponibles que no se incluyan usualmente con la cobertura médica?

¡Sí! Todos los planes médicos de su compañía incluirán los servicios de una segunda opinión de expertos con respecto a su problema médico, a través de 2nd.MD. 2nd.MD le facilita obtener una segunda opinión virtual de parte de médicos reconocidos a nivel nacional, y esto está disponible para usted sin costo adicional, si está inscrito en un plan médico de GAF. Usted y sus familiares cubiertos con un plan médico de GAF pueden conectarse con médicos certificados por la junta, ya sea por teléfono o video.

Al conectarse con 2nd.MD puede obtener una segunda opinión de expertos en cuestión de días, acerca de preguntas como:

- ¿Tengo el diagnóstico correcto?
- ¿Estoy en el mejor plan de tratamiento?
- ¿Estoy tomando los medicamentos correctos?
- Esta cirugía o procedimiento, ¿es la mejor opción para mí?

Y no necesita una remisión para una segunda opinión. Para comenzar, visite 2nd.MD/GAF.com o llame al 866-887-0712.

19. ¿Qué debo tomar en cuenta si me inscribo en un plan médico con deducible alto Bronze o Silver y tengo gastos al inicio del año?

Si se inscribe en un plan médico con deducible alto (niveles de cobertura Bronze o Silver), debe estar preparado para pagar hasta el costo de su deducible anual, en caso de que tenga gastos médicos significativos poco después de que comience el año del plan (o después de la fecha de vigencia de su cobertura). Usted pagará el precio completo del costo de todas las recetas y las visitas de emergencia hasta que alcance el deducible anual. Con los niveles de cobertura Bronze y Silver, usted puede contribuir a una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA); pero aun si comienza a contribuir de inmediato a la cuenta HSA, tal vez no tenga suficiente dinero como para cubrir servicios costosos al inicio del año. Una opción es pagar esos primeros gastos de su bolsillo y luego, cuando el saldo de su cuenta aumente lo suficiente para cubrir el gasto calificado, reembolsarse usted mismo de su HSA. Esta es una buena razón para estar seguro de que ha ahorrado lo suficiente en una HSA (si califica).

20. Vivo en California. ¿Cómo difieren mis opciones médicas?

Sus opciones serán diferentes, según la compañía de seguros que elija. Para comenzar, cada compañía de seguros en California tiene la opción de ofrecer cada nivel de cobertura como una opción que ofrece beneficios dentro y fuera de la red (los planes Bronze, Bronze Plus, Silver y Gold) o como opción que ofrezca solo beneficios dentro de la red (el plan Gold II, disponible únicamente en California).

Las compañías de seguros en California tienen la opción de ofrecer **la opción Gold estándar o una opción Gold II, pero no ambas a la vez**. Aetna, Anthem Blue Cross Blue Shield, Cigna y UnitedHealthcare ofrecen la opción Gold. La opción Gold II la ofrecen Health Net y Kaiser Permanente.

Conozca más acerca de sus opciones de cobertura y compañías de seguros en California [aquí](#).

21. ¿Ofrece la compañía beneficios para formar una familia?

Sí. Su compañía provee beneficios de fertilidad y formación de una familia por medio de Kindbody, líder en la industria de la planificación familiar. Con este beneficio, usted tendrá acceso a servicios completos de fertilidad a través de las clínicas de la red de asociados de las Kindbody Signature Clinics o los Kindbody's Centers of Excellence. Los servicios incluyen, entre otros, congelación de óvulos, fertilización in vitro (IVF), inseminación intrauterina (IUI), medicamentos para fertilidad, apoyo a LGBTQ+, salud ginecológica y holística¹.

Sin importar el camino que elija, Kindbody está listo para apoyarle en su recorrido para formar una familia. Usted tendrá acceso al equipo especializado, Care Navigation, quien le guiará en cada paso del camino.

Usted es elegible hasta por dos (2) ciclos (llamados KindCycles) de servicios de por vida por medio del beneficio Kindbody de su compañía. Servicios diferentes implican partes diferentes de su límite de 2 ciclos. Su equipo Care Navigation trabajará con usted para entender todos los servicios que se cubren con su plan.

Debe estar inscrito en la cobertura médica por medio de su compañía para ser elegible para los beneficios de fertilidad de Kindbody. Una vez que esté inscrito en un plan médico, no tendrá el requisito de estar inscrito en los beneficios de Kindbody por separado en el sitio web Your Benefits Resources. Siga las instrucciones indicadas a continuación sobre cómo utilizar los beneficios y servicios de Kindbody, y para crear una cuenta.

Su compañía ofrece también un beneficio de reembolso para los costos relacionados con otras rutas hacia la paternidad, que incluyen adopción, subrogación y madre sustituta². El plan de reembolso no requiere inscribirse en el plan médico de la compañía³.

¹ Se aplican límites. Para participar en los beneficios de la fertilidad, debe estar inscrito en el plan médico de su compañía.

² Los empleados cubiertos por un contrato colectivo de trabajo no son elegibles para los beneficios de reembolso.

³ El reembolso para los beneficios elegibles de Kindbody está sujeto a impuestos. En caso de tener preguntas o inquietudes con respecto al gravamen de estos servicios, comuníquese con su asesor fiscal.

22. ¿Ofrece Kindbody servicios de apoyo para la menopausia?

Sí. Kindbody ofrece apoyo para la menopausia a los beneficios disponibles. Este beneficio para la menopausia incluye programas que apoyan la salud ginecológica, nutricional, de acondicionamiento físico, mental, emocional, holística y sexual. El apoyo para la menopausia lo brindan ginecólogos/obstetras certificados por la junta y proveedores especializados en salud holística de Kindbody. Todos los empleados en un plan médico tendrán acceso automáticamente a este beneficio adicional de Kindbody.

Debe estar inscrito en la cobertura médica por medio de su compañía para ser elegible para los beneficios de la menopausia de Kindbody. Una vez que esté inscrito en un plan médico, no tendrá el requisito de estar inscrito en los beneficios de Kindbody por separado en el sitio web. Siga las instrucciones indicadas a continuación sobre cómo utilizar los beneficios y servicios de Kindbody y para crear una cuenta.

23. ¿Cómo puedo comenzar a utilizar los beneficios y los servicios de Kindbody?

Para utilizar el programa de Kindbody, necesitará crear una cuenta en el sitio web de Kindbody en kindbody.com/activate-kindbody-benefit. Una vez que cree su cuenta, use las herramientas en línea del portal de Kindbody para:

- Programar una cita virtualmente o en una clínica cercana.
- Asegurar mensajes con su equipo Care Navigation
- Revisar los resultados y los próximos pasos para su plan de atención
- Acceder al contenido educativo y a los tutoriales en video

Para verificar su elegibilidad y activar su beneficio, visite el [sitio web de Kindbody](#). Ingrese el código de acceso **KINDFAMILY** y use su identificación única (es su identificación de empleado; para su cónyuge o pareja, la identificación única es su identificación de empleado más una "S" al final). O bien, llame a Kindbody al **855-747.1630**.

24. ¿Podré usar los mismos proveedores que uso actualmente?

Depende. Cada compañía de seguros tiene su propia red de proveedores preferidos (es decir, médicos, especialistas, hospitales). Si desea seguir atendiendo con sus médicos actuales, seleccione una compañía de seguros que incluya a sus proveedores preferidos en su red. Si se siente cómodo cambiando de médicos, seleccione una compañía de seguros cuya red incluya proveedores que sean vitales para su atención.

Incluso si puede quedarse con su aseguradora actual, la red de proveedores podría ser diferente y puede cambiar, así que **siempre** revise los directorios de proveedores antes de tomar una decisión.

No se fíe de la oficina del proveedor para conocer las redes de las compañías de seguros. Para ver si su médico forma parte de la red:

- Visite los [sitios de vista previa de las compañías de seguros](#).
- Al inscribirse, revise las redes de cada compañía de seguros que esté considerando en el [sitio web Your Benefits Resources](#). Usted puede acceder a esta información haciendo clic en **Find Doctors** (Buscar médicos) cuando seleccione su plan médico. Para obtener los mejores resultados:
 - Busque a su proveedor por nombre, no por especialidad médica.
 - Examine solo las ubicaciones de los consultorios que esté dispuesto a visitar.
 - Cuando busque un centro, use el nombre completo del centro y confirme si la especialidad de dicho centro está cubierta en la red.

¡Importante! Si tiene **alguna** incertidumbre (por ejemplo, cubrir a dependientes fuera del área) o si necesita el nombre de la red, debe llamar a la compañía de seguros. Se puede consultar la información de contacto en el sitio web [Make It Yours](#).

También puede usar la herramienta Help Me Choose (Ayúdeme a elegir), disponible en el [sitio web Your Benefits Resources](#) para tomar en cuenta todas sus opciones del plan médico. La herramienta Help Me Choose (Ayúdeme a elegir) le ayudará a acotar las opciones de cobertura hasta llegar a la opción más adecuada para sus necesidades. La herramienta es un cuestionario en línea, que otorga puntajes a cada una de sus opciones del plan médico y brinda información sobre sus proveedores de la red y los medicamentos cubiertos. Esta herramienta la puede usar muchas veces, con suposiciones de salud diferentes para usted y su familia, con el fin de obtener el mejor plan para usted.

25. ¿Por qué debo usar los proveedores de la red?

Lo más probable sea que ver a proveedores fuera de la red le cueste considerablemente más que ver a proveedores dentro de la red. Por ejemplo, pagará más por medio de un deducible más alto y un coaseguro más alto. También tendrá que pagar el monto total del cargo del proveedor fuera de la red que exceda el monto máximo permitido, aun después de que llegue al máximo de su bolsillo anual fuera de la red.

26. ¿Cómo debo elegir una aseguradora si mis dependientes y yo vivimos en distintos estados?

Ya que usted y sus dependientes deben inscribirse en la misma opción, se recomienda que considere una de las compañías de seguros nacionales que ofrezca redes de proveedores nacionales, de tal manera que sus dependientes tengan acceso a proveedores dentro de la red en algunos lugares. (*Es posible* que las compañías de seguros regionales ofrezcan cobertura dentro de la red fuera de su área de servicio regional mediante asociaciones con otras compañías de seguros. Puede comunicarse con su compañía de seguros para pedir los detalles.)

No se fíe de la oficina del proveedor para conocer las redes de las compañías de seguros. Necesita llamar a la [compañía de seguros](#) para confirmar que un proveedor fuera del área participa en la red de la compañía de seguros.

27. ¿Se cubrirán las enfermedades preexistentes?

Sí. Al inscribirse en la cobertura médica a través de su compañía, se garantiza la cobertura, independientemente de si usted y/o sus dependientes elegibles tienen alguna enfermedad preexistente.

28. ¿Cómo recibirán cobertura mis medicamentos recetados?

Express Scripts administrará y cubrirá los beneficios de farmacia de los empleados que se inscriban en un plan de una aseguradora nacional (con Aetna, Anthem Blue Cross Blue Shield, Cigna o UnitedHealthcare). [Haga clic aquí](#) para usar la herramienta de precios de Express Scripts. Otras compañías de seguros regionales administrarán sus propios beneficios de farmacia.

Cada administrador de beneficios de farmacia tiene sus propias reglas sobre cómo se cubren los medicamentos recetados. Por esa razón necesita hacer su investigación para determinar cómo estarán cubiertos sus medicamentos antes de elegir una compañía de seguros.

Si usted o un familiar cubierto toma medicamentos con regularidad:

Antes de inscribirse, recomendamos encarecidamente que llame a la compañía correspondiente para entender mejor cómo deberían cubrirse sus medicamentos recetados en particular.

- Si considera la cobertura con Aetna, Anthem Blue Cross Blue Shield, Cigna o UnitedHealthcare, llame a [Express Scripts](#); o
- Si considera la cobertura con una compañía de seguros regional, llame directamente a la [compañía de seguro médico](#).

No dé por sentado que todos los años cada compañía de seguros cubrirá su medicamento genérico o de marca de la misma manera. Consulte el sitio web Make It Yours para ver [una lista de preguntas](#) que debería hacer.

Consejo: Si está tomando un medicamento de mantenimiento, uno que toma a largo plazo, considere inscribirse en el programa de surtido de recetas por correo de su aseguradora. La inscripción es sencilla y usted puede recibir un suministro de 90 días de medicamentos enviados automáticamente a su hogar antes de que los necesite, y ahorrará dinero en comparación con los costos de surtir una receta en una farmacia de venta minorista.

29. ¿Qué es “autorización previa” y cuándo se requiere?

Antes de obtener ciertos tipos de atención, usted o su médico podrían necesitar consultarlo primero con la compañía de seguros. Obtener una “autorización previa” (también mencionada como revisión o certificación previa) permite a la compañía de seguros verificar si usted es elegible para recibir los servicios, para asegurarse de que esté recibiendo la atención que sea la indicada para su enfermedad, y para confirmar cómo se pagarán las facturas.

Quién realiza el proceso depende de dónde obtiene la atención:

- Cuando se queda dentro de la red, su médico generalmente realiza el proceso en su nombre cuando se necesita. Pero siempre debe confirmar con su médico para asegurarse de que se encargará de eso.
- Si va fuera de la red, generalmente usted es responsable de realizar el proceso. Podría tener que hacerlo con su médico o directamente con la compañía de seguros para llenar la documentación y recibir la aprobación adecuada antes de obtener la atención.

Cuando se requiere una autorización previa y no se le aprueba previamente, podría terminar teniendo que pagar la mayoría o **toda** la factura o una multa. Por esa razón, es por su bien que siempre pregunte al médico si necesita hacer algo por adelantado y confirmar que los servicios que necesita estarán cubiertos por su compañía de seguros.

30. ¿Recibiré una nueva tarjeta de identificación para la cobertura médica y de medicamentos recetados?

Sí. Si se inscribe en la cobertura médica/de recetas, recibirá una tarjeta de identificación de la compañía de seguros respectiva, después de que se inscriba en la cobertura. Si necesita atención antes de recibir su tarjeta, también se puede registrar en los sitios web de la aseguradora para descargar una identificación temporal o descargar la aplicación móvil de la compañía de seguros para acceder electrónicamente a su tarjeta.

Nota: Si se inscribe por primera vez con Aetna, Anthem Blue Cross Blue Shield, Cigna o UnitedHealthcare, recibirá por separado una tarjeta de identificación para medicamentos recetados de Express Scripts. Si se emiten, debe recibir las tarjetas de identificación antes de que sus beneficios entren en vigor. Si necesita de inmediato una tarjeta de identificación, visite el sitio web de su compañía de seguros, regístrese en línea e imprima una tarjeta de identificación temporal.

31. ¿Qué necesito saber acerca de las redes de proveedores dentales?

Al igual que con las compañías de seguro médico, cada aseguradora dental tiene su propia red de proveedores del seguro que puede variar según el plan que haya elegido. Si es importante que siga usando el mismo dentista, verifique para determinar si su dentista se encuentra en la red antes de elegir una aseguradora.

No se fíe de la oficina del proveedor para conocer las redes de las compañías de seguros. Para ver si su dentista forma parte de la red:

- Visite los sitios de vista previa de la [compañía de seguros](#).
- Al inscribirse, revise las redes de cada compañía de seguros que esté considerando en el [sitio web Your Benefits Resources](#).

32. ¿Qué necesito saber acerca de las redes de proveedores de la vista?

Cada aseguradora que ofrece seguro de la vista tiene su propia red de proveedores. Si para usted es importante continuar usando el mismo oculista o tienda, debe verificar si el oculista o la tienda está en la red antes de elegir a la aseguradora.

No se fíe de la oficina del proveedor para conocer las redes de las compañías de seguros. Para ver si su médico oculista o tienda forma parte de la red:

- Visite los sitios de vista previa de la [compañía de seguros](#).
- Al inscribirse, revise la red de cada compañía de seguros que esté considerando en el [sitio web Your Benefits Resources](#).

33. ¿Qué otras opciones de beneficios tengo disponibles a través del proceso de inscripción?

Si usted es un empleado que no tiene cobertura de un contrato colectivo de trabajo, puede elegir complementar su cobertura médica con estos beneficios que se ofrecen a través de BenX.

Administrado por Allstate:

- **Seguro para enfermedades críticas:** Le paga un beneficio si usted o un miembro de su familia cubierto requiere tratamiento para una enfermedad médica mayor (por ejemplo, un infarto o un derrame cerebral) o le diagnostican una enfermedad crítica (como cáncer o insuficiencia renal terminal)
- **Seguro de indemnización hospitalaria:** Paga un beneficio en el caso de hospitalización de usted o un miembro de su familia cubierto con este plan
- **Seguro contra accidentes:** Paga un beneficio en el caso de que usted o un miembro de su familia cubierto con este plan sufra un accidente

Puede obtener más detalles acerca de los beneficios anteriores en el sitio web de Make It Yours en [GAF.makeityoursource.com](#).

Además, durante la inscripción puede elegir si se inscribe en los beneficios adicionales siguientes en el [sitio web Your Benefits Resources](#) (acceda por medio de un [solo inicio de sesión](#) mientras esté en la red de la compañía).

- **Seguro opcional de vida y de muerte accidental y desmembramiento:** Administrado por Securian Financial, puede comprar el seguro de vida opcional para usted mismo, su cónyuge y sus hijos. Esta cobertura puede aumentar el monto del beneficio que recibirían sus beneficiarios con el seguro básico de vida.
 - Si no está cubierto con un contrato colectivo de trabajo, puede elegir que se aumente el seguro de vida para el cónyuge y comprar seguro por muerte accidental y desmembramiento para el cónyuge.
- **Seguro de vida completa con cláusula de atención de largo plazo (LTC):** Disponible a través de Allstate, el nuevo plan de vida completa tiene muchas opciones de cobertura, y puede cubrir también a su cónyuge/pareja doméstica. Las tarifas están garantizadas durante la vida de la póliza. Este plan incluye también una cláusula de atención de largo plazo, que ayudará a cubrirlo en caso de que incurra en gastos de atención asistida de largo plazo en una institución (puede que se apliquen las reglas de la prueba de asegurabilidad). Residentes de California: Este beneficio, si se elige, le puede ayudar a evitar implicaciones de impuestos sobre nómina cuando se estipule la atención de largo plazo en su estado.
- **Discapacidad a largo plazo (LTD):** Administrada por Lincoln Financial, esta cobertura se asegura de que usted siga recibiendo un porcentaje de su sueldo base si está totalmente discapacitado por más de 180 días consecutivos.

- **Servicios legales:** Brinda acceso a servicios legales profesionales a través de MetLife. Los beneficios incluyen la cobertura para cuestiones de dinero, problemas de la casa y bienes raíces, planificación del patrimonio, asuntos familiares y personales, juicios civiles, asuntos del cuidado de los ancianos y cuestiones de vehículos y conducción.
- **Cobertura de protección contra el robo de identidad:** Ayude a proteger mejor las identidades de usted y su familia con ID Watchdog. ID Watchdog proporciona vigilancia de identidad y protección contra fraudes de avanzada, servicios de protección al crédito, un centro de llamadas de atención a clientes 24/7/365 con servicios de resolución totalmente administrada y herramientas y recursos en línea.

34. Los empleados cubiertos por un contrato colectivo de trabajo ¿son elegibles para los beneficios voluntarios que se ofrecen en BenX?

Las coberturas de vida completa, enfermedad crítica, contra accidentes y de indemnización hospitalaria no están disponibles para nuestra población sindicalizada. Existen también ciertas coberturas en los beneficios de vida y muerte y desmembramiento accidental para las que los empleados sindicalizados no son elegibles. Además, la mayoría de los empleados sindicalizados no son elegibles para los beneficios de servicios legales, robo de identidad o discapacidad a largo plazo. Si usted es elegible para alguno de estos beneficios, se le indicará durante el proceso de inscripción (en el sitio web Your Benefits Resources) para inscribirse en la cobertura o rechazarla.

35. ¿Se tienen disponibles beneficios de bienestar financiero?

¡Sí! Quotient Wealth Partners ofrece a los empleados, sin cargo, servicios de planificación financiera y preparación para la jubilación. Consulte más información en su Guía de Beneficios, disponible en el [sitio Make It Yours](#).

36. ¿Tengo que verificar la elegibilidad de mis dependientes para estar cubierto en los beneficios de mi compañía?

Como nuevo empleado, necesitará verificar a cualquier dependiente a quien inscriba en los beneficios de su compañía. Después del proceso de inscripción, recibirá instrucciones para verificar a sus dependientes. Por lo general tiene 45 días calendario para responder. Your Benefits Resources enviará una solicitud a su domicilio requiriendo ciertos documentos de verificación; esta comunicación contendrá una fecha límite expresa. Es obligatorio responder y enviar los documentos. Si no responde antes de la fecha límite, se eliminará a sus dependientes de la cobertura y no serán elegibles para la cobertura de COBRA. Las personas que no resulten elegibles para la cobertura según los planes de la compañía también serán eliminadas de la cobertura.

Pago de la cobertura

37. ¿Qué significa la opción del costo más bajo (o la compañía de seguros más baja) y cómo se aplica a las opciones de inscripción para 2025?

La opción del plan con el costo más bajo va a variar por zona geográfica (vea el archivo PDF: [¿Por qué debo considerar a la compañía de seguros con el costo más bajo?](#)). Asegúrese de revisar sus opciones con mucho cuidado, para que sus elecciones sean adecuadas para usted y su familia en el aspecto financiero. Cuando se inscriba en el [sitio web Your Benefits Resources](#) (acceda por medio de un [solo inicio de sesión](#) mientras esté en la red de la compañía), la herramienta Help Me Choose (Ayúdeme a elegir) puede ayudarle como guía para los planes médicos que sean más adecuados para sus necesidades. También puede hacer clic en el icono "Need Help?" (¿Necesita ayuda?) para preguntarle a Lisa. Lisa es la asistente virtual de Alight, a la que le puede plantear preguntas y obtener respuestas. También lo puede conectar con un representante de un chat por Internet y con otros recursos útiles. Si desea más apoyo, puede programar una cita con un representante de servicio al cliente.

38. ¿Qué es un deducible y cómo funciona?

El deducible es la cantidad que usted paga de su propio bolsillo antes de que la aseguradora empiece a pagar su parte de los costos. Si tiene un deducible, usted paga el costo completo “negociado” de todos los servicios dentro de la red hasta que cumpla con el deducible. Los costos “negociados” son los pagos que los proveedores (médicos, hospitales, laboratorios, etc.) acordaron aceptar de una compañía de seguros para prestar un servicio específico.

El funcionamiento del deducible médico depende de su nivel de cobertura:

- **Los niveles de las coberturas médicas Bronze, Bronze Plus y Gold tienen un “deducible tradicional”.** Después de que un miembro de la familia cubierto cumpla con el deducible *individual*, su seguro comenzará a pagar los beneficios de ese miembro de la familia. Los cargos de todos los otros miembros de la familia seguirán contándose como parte del deducible de la familia. Después de satisfacer el deducible de la familia, su seguro pagará los beneficios para todos los miembros de la familia con cobertura.
- **El plan médico Silver tiene un “verdadero deducible familiar”.** Esto significa que se debe cumplir con todo el deducible familiar antes de que su seguro pague los beneficios para los miembros de la familia que reciben cobertura. No hay un "deducible individual" en el plan Silver cuando tiene cobertura familiar.
 - Como aclaración: si elige un plan Silver, el deducible individual solo se aplica si solamente lo cubre a usted. Si elige también la cobertura para dependientes, debe cumplir con el deducible familiar antes de que se aplique el coseguro, aunque solamente un miembro de la familia tenga gastos aplicables al deducible.

El deducible anual no incluye los copagos o los montos que le descuentan de su cheque de pago para la cobertura.

¿Usa proveedores fuera de la red? Es importante saber que los cargos fuera de la red **no** se toman en cuenta para el deducible anual dentro de la red; solo se toman en cuenta para el deducible fuera de la red.

39. ¿Qué es el máximo de su bolsillo y cómo funciona?

El máximo de su bolsillo anual es la cantidad máxima que usted y los miembros de la familia con cobertura tendrían que pagar en un año por los costos de atención médica. El máximo de su bolsillo anual no incluye las cantidades que se retiran de su cheque de pago para la cobertura médica ni para ciertos copagos a través de los planes Bronze Plus y Gold. El funcionamiento del máximo de su bolsillo de su opción médica depende de su plan.

Los planes Bronze, Bronze Plus y Gold tienen un “máximo de su bolsillo tradicional”. Una vez que un miembro de la familia con cobertura alcanza el máximo de su bolsillo *individual*, el seguro pagará el costo total de los cargos con cobertura para ese miembro de la familia. Los cargos de todos los miembros de la familia seguirán contándose respecto del máximo de su bolsillo para cumplir el deducible de la familia. Cuando se cumpla el máximo de su bolsillo familiar, el seguro pagará el costo completo de los cargos con cobertura para todos los miembros de la familia que reciban cobertura.

El plan Silver tiene un “verdadero máximo de su bolsillo familiar”.⁴ Esto significa que se debe cumplir con todo el máximo de su bolsillo antes de que su seguro pague el costo total de los cargos cubiertos para cualquier miembro de la familia que recibe cobertura. No hay un "máximo de su bolsillo individual" en esta opción cuando tiene cobertura familiar.

¿Usa proveedores fuera de la red? Los cargos fuera de la red **no** se toman en cuenta para el máximo de su bolsillo anual dentro de la red; nada más se toman en cuenta para el máximo de su bolsillo fuera de la red.

⁴ **Excepción:** Si vive en California, cubre a dependientes y se inscriba en el plan Silver con Health Net o Kaiser Permanente, tendrá un máximo de su bolsillo anual *tradicional*.

40. ¿Existen costos adicionales de los que debo enterarme?

Para empleados que no tengan un contrato colectivo de trabajo: Si participa en un plan médico de la compañía, debe dar fe si consume productos de tabaco (incluyendo cigarrillos electrónicos). Si no puede dar fe de esto, en 2025 será sujeto a un recargo mensual de \$30 por consumir tabaco. El cargo de \$30 se puede suspender si usted participa y completa un curso titulado “Cómo dejar de consumir productos de tabaco” en nuestro Portal Learning, suministrado por Optum, nuestro administrador del Programa de Asistencia para Empleados (EAP).

Se le reembolsará cualquier recargo de 2025 por consumo de tabaco que haya pagado a la fecha, y nosotros eliminaremos el recargo por el resto del año si completa el curso antes del:

La fecha de su inscripción médica para el año del plan	La fecha en la que debe completar el curso para dejar de consumir productos de tabaco
Eventos de Inscripción Anual para recién contratados al 1 de enero	31 de marzo
Recién contratado o suceso de vida que califique (nuevo para el plan): 2 de enero a 30 de septiembre	31 de octubre:
Recién contratado o suceso de vida que califique (nuevo para el plan): Después del 30 de septiembre	No se aplica recargo para el año del plan

Si su médico determina que el curso para dejar el tabaco no es adecuado médicamente para usted, puede que sea elegible para evitar el recargo completando una actividad alternativa que cumpla con las recomendaciones de su médico con respecto a la idoneidad médica o a una renuncia.

Comuníquese con Servicios de RH al 833-HRXPRT o a HR Connect en

https://standardindustries.service-now.com/hr_connect. Los mismos plazos descritos anteriormente para completar el curso para dejar el tabaco se aplican para completar una actividad alternativa o para obtener una renuncia.

Pasos del empleado para localizar y comenzar el curso para dejar de consumir productos de tabaco:

- Inscribáse en el curso de una hora de [Optum: Cómo dejar de consumir productos de tabaco](#) en el Portal Learning.
- Inicie una sesión usando su inicio de sesión individual (SSO)/credenciales de okta, si se lo piden.
- Complete todo el curso hasta que reciba una pantalla de confirmación donde se indique que se completó todo.
- Una vez que termine el curso, se notificará la situación al Equipo de Beneficios y se eliminará su recargo en el siguiente periodo de pago disponible; se le reembolsará cualquier recargo pagado a la fecha en 2025.

41. ¿Puedo inscribirme en la cobertura a mi cónyuge/pareja doméstica que tenga acceso a una cobertura médica de grupo con su empleador?

Sí. Todos los empleados pueden seleccionar cobertura para un cónyuge/pareja doméstica que tenga acceso a una cobertura médica de grupo con su empleador. Pero si lo hace, pagará un recargo por su cónyuge/pareja doméstica que trabaja de \$100 al mes como parte de sus aportaciones médicas. El recargo no se aplica si los dos trabajan en su compañía. *Si un cónyuge/pareja doméstica no tiene acceso a una cobertura médica de grupo, no hay cargo relacionado.*

42. ¿Qué es una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)?

Una HSA es una cuenta bancaria especial que usted puede usar cuando se escribe en un plan Bronze o Silver. Le permite apartar fondos antes de la deducción de impuestos para pagar gastos de atención médica que cumplan con los requisitos, como sus copagos, deducibles y coaseguros médicos, dentales y de la vista. Dado que usted será responsable al 100% de sus gastos médicos y

de medicamentos recetados hasta cumplir con el deducible en el plan Bronze o Silver, una cuenta HSA es una manera excelente de pagar menos por los gastos de su propio bolsillo, dado que está utilizando fondos libres de impuestos.

Solo asegúrese de usar los fondos de su cuenta HSA únicamente para gastos calificados de atención médica. Si usa los fondos de su cuenta HSA para pagar gastos que no califican, pagará impuestos sobre la renta sobre dichos fondos y una multa adicional del 20% si tiene menos de 65 años de edad. Guarde documentación adecuada de todos sus gastos de atención médica y de los retiros de su cuenta HSA en caso de que alguna vez necesite comprobar que sus gastos cumplan con los requisitos.

Usted puede decidir si se inscribe en una cuenta HSA y cuánto dinero desea aportar (si desea aportar). Si no tiene muchos gastos de atención médica, sus fondos pueden permanecer en la cuenta año tras año y generar intereses libres de impuestos. Además, el dinero es suyo y se puede quedar con él aunque ya no trabaje para la compañía. Si tiene preguntas sobre el uso y lo apropiado de una cuenta HSA según se aplica a una situación específica, debe consultar a un profesional en el campo fiscal.

43. ¿Por qué desearía usar una cuenta HSA?

La cuenta HSA le permite apartar fondos para pagar gastos de atención médica que cumplan con los requisitos correspondientes, como sus copagos médicos, dentales y de la vista, deducibles y coaseguro. Usted decide cuánto dinero desea aportar y puede cambiar su aporte en cualquier momento. Si no tiene muchos gastos de salud, sus fondos pueden permanecer en la cuenta año tras año.

Una cuenta HSA tiene las siguientes ventajas fiscales:

- Sus aportaciones a una cuenta HSA son libres de impuestos, lo cual significa que se deducen de su salario antes de que se deduzcan los impuestos.
- Los intereses devengados sobre el saldo de la HSA no están gravados.
- No tiene que pagar impuestos cuando usa fondos de la cuenta HSA para pagar gastos que califiquen.

44. ¿En qué difiere una cuenta HSA de una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Cuidado de la Salud?

Aunque ambas cuentas ofrecen un beneficio libre de impuestos cuando usted paga los gastos médicos, dentales y de la vista elegibles, difieren en varios puntos clave. Compare sus [diferencias](#) en el sitio web Make It Yours.

45. ¿Puedo inscribirme en una cuenta HSA y en una cuenta FSA para Cuidado de la Salud?

No. Si se inscribe en el plan Bronze o Silver, puede aportar a una cuenta HSA. Si se inscribe en el plan Bronze Plus o Gold, puede aportar a una cuenta FSA para Cuidado de la Salud. No puede aportar a una HSA y al mismo tiempo participar en la FSA para Cuidado de la Salud.

46. ¿Puedo aportar a una HSA si tengo cobertura en virtud de la cuenta FSA para Cuidado de la Salud de Propósitos Generales de mi cónyuge?

No. Si la cuenta FSA para Cuidado de la Salud de Propósitos Generales de su cónyuge puede pagar sus gastos médicos, se consideraría otra cobertura médica y, por lo tanto, usted no calificaría para aportar a una HSA.

47. ¿Necesito estar inscrito en un plan médico a través de mi compañía para participar en una FSA para Cuidado de la Salud?

No. Usted puede aportar a una FSA para Cuidado de la Salud sin estar inscrito en un plan médico a través de su compañía.

48. ¿Puedo conservar mi cuenta HSA actual?

Sí. Si actualmente tiene una cuenta HSA y tiene un saldo, los fondos que no se utilicen permanecerán en su cuenta HSA, generarán intereses sin la deducción de impuestos y estarán disponibles para usarlos en los gastos de atención médica que califiquen en cualquier momento en el futuro.

Para seguir aportando a una cuenta HSA en 2025, necesita cumplir con los siguientes criterios:

- Debe estar inscrito en un plan médico con deducible alto en el plan Bronze o Silver;
- No puede estar inscrito en Medicare o en un plan médico de veteranos (TRICARE);
- No puede ser considerado un dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona; y
- No puede recibir la cobertura de ningún otro plan de seguro médico, como el plan de su cónyuge, que no sea un plan médico con deducible alto.

Si bien usted puede inscribir a sus hijos de hasta 26 años de edad en su cobertura médica, no puede usar los fondos de su cuenta HSA para pagar los gastos de atención médica de ellos, a menos que los declare como dependientes en su declaración de impuestos federales (generalmente, hijos hasta los 19 años o menores de 24 años si son estudiantes de tiempo completo).

49. ¿Recibiré una aportación de la compañía en mi cuenta HSA?

No. Aunque no recibirá una aportación de la compañía en su cuenta HSA, la compañía ofrece una aportación generosa al costo compartido de los planes Bronze y Silver. Los ahorros en las primas pueden ser financiados por usted o por su cuenta HSA.

50. ¿Qué es una FSA para cuidado de dependientes y por qué querría inscribirme en una?

La FSA para cuidado de dependientes es una cuenta que le ayuda a ahorrar y pagar por gastos que califican para el cuidado de niños (menores de 13 años) y de dependientes. Las aportaciones a la cuenta son antes de impuestos por medio de deducciones de nómina. Por lo tanto, usted no incurre en impuestos cuando se le reembolse de su cuenta y su ingreso sujeto a impuestos al final del año es más bajo. Usted determina el monto anual en dólares para aportar cuando se inscriba, hasta \$5,000 (por familia). A diferencia de una HSA, el dinero en una FSA tiene que "usarlo o perderlo" cada año, así que es importante que calcule detenidamente sus gastos elegibles anticipados para el año siguiente.

Para inscribirse en la cuenta FSA para Cuidado de Dependientes **no** es necesario que esté inscrito en una cobertura médica.

Si está criando a un niño pequeño o cuidando a un familiar anciano, puede usar la FSA para cuidado de dependientes para pagar el preescolar, el campamento de verano, los programas para antes y después de la escuela y el cuidado diurno de niños o ancianos. Para conocer otros gastos elegibles, visite [irs.gov/pub/irs-pdf/p503.pdf](https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p503.pdf).

51. ¿Qué es una FSA para viajero interurbano y para qué se usa?

Puede inscribirse en el programa de beneficios para viajeros interurbanos y ahorrar dinero antes de impuestos para trasladarse hacia y desde el trabajo, así como para el estacionamiento que se relacione con el trabajo.

Todos los nombres de productos y compañías son marcas comerciales™ o marcas registradas® de sus respectivos titulares. El uso de las mismas no implica afiliación alguna con ellas ni respaldo de ellas.