BENEFITS CONNECT

KATY Katy Independent School District

Beneficios para las personas con un propósito en común

Guía de Beneficios 2026

Es fácil inscribirse en línea

Ingrese a www.katybenefits.org entre el 12 de noviembre y el 21 de noviembre.

Utilice el botón QUICK LINKS en la esquina superior derecha.

Haga clic en el enlace ENROLL IN BENEFITS.

Busque una declaración de confirmación personalizada por correo a fines de noviembre y notifique cualquier cambio o corrección a la línea de ayuda de beneficios llamando al 866-222-KISD (5473).

Revise los números y verifique que sus deducciones sean correctas en el talón de su primer cheque en enero.

No se pase de la fecha límite

La inscripción en línea termina a las **11 p. m., hora central,** y la inscripción por teléfono termina a las **5 p. m., hora central,** del **viernes 21 de noviembre.**

Si necesita ayuda con la inscripción, llame a la línea de ayuda de beneficios al **866-222-KISD (5473)**. Hay representantes que hablan inglés y español disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., hora central, excepto los feriados.

¿Tanto usted como su cónyuge son empleados de Katy ISD?
Si tanto usted como su cónyuge son empleados de Katy ISD y son elegibles para beneficios, necesitan saber algunas cosas sobre la inscripción:

+ Cada uno de ustedes puede tener cobertura, pero tendrán que decidir quién cubrirá a sus dependientes calificados.
+ Ninguno de ustedes puede inscribirse para cobertura de vida de cónyuge, pero ambos pueden tener seguro suplementario de vida y seguro básico por muerte y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés).

Contenido

6 — QUÉ ESTÁ CAMBIANDO

9 — PLANES MÉDICOS

10 — TABLA DE COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

14 — RECURSOS GRATIS

15 — BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

18 — PLANES DENTALES

18 — PLAN DE VISIÓN

19 — BENEFICIOS VOLUNTARIOS

24 — INFORMACIÓN DE CONTACTO

Los beneficios operan en un calendario diferente al calendario escolar.
Si se inscribe durante la inscripción abierta, su cobertura de beneficios de 2026 comienza el **1.º de enero** y termina el **31 de diciembre.**

BIENvenido/a.

Tiene muchos beneficios excelentes que considerar, así que dedique tiempo para determinar qué opciones son mejores para usted y su familia. Al seleccionar sus opciones con atención, usted y su familia pueden recibir la cobertura que necesitan y el apoyo para aprovechar sus beneficios.

Todos los beneficios actuales finalizan el 31/12/2025. Debe inscribirse durante la inscripción abierta para tener beneficios el 01/01/2026.

Atención médica sin contacto

RediMD

RediMD le permite consultar a un profesional médico a través de su computadora, tableta, teléfono inteligente o por teléfono, durante el día o la noche. Es sin cargo para los participantes en el plan médico. Llame a 888-RediMD5 para obtener su código para registrarse en línea en **redimd.com**.

Línea telefónica de enfermería las 24 horas/7 días por semana

La línea telefónica de enfermería es su conexión directa a una enfermera titulada que puede ayudarle a encontrar las respuestas de salud que necesita. Se ofrece sin cargo para los participantes en el plan médico.

Salud mental

EAP

El programa de asistencia para empleados (EAP, por sus siglas en inglés) le ayuda a solucionar problemas personales comunes que pudiesen afectarle. El EAP está disponible para todos los empleados, dependientes, familiares y personas que viven con el empleado, ya sea que usted participe o no en un plan médico de Katy ISD.

Cobertura de salud mental

Nuestros planes médicos cubren consultas con proveedores de salud mental a las mismas tarifas que se pagarían por consultar a otros médicos.

Respuestas claras y rápidas sobre sus beneficios

Cuando tenga una pregunta sobre el uso de sus beneficios, queremos ayudarle a encontrar una respuesta. Solo llame a nuestra línea de ayuda de beneficios al 866-222-KISD (5473). Hay representantes que hablan inglés y español disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., hora central, excepto los feriados. También puede visitar **www.katybenefits.org** o escanear el código QR a continuación para encontrar información y recursos útiles.

RediMD™
get well sooner

¿Qué es nuevo en 2026?

Cobertura de medicamentos recetados:

Todas las recetas se obtendrán a través del sistema de farmacia H-E-B.

¿Qué se mantiene igual para 2026?

Se continuará requiriendo verificación de todos los dependientes cubiertos en los planes médicos, dentales, de visión y el seguro de vida de su cónyuge. Cuando inscriba a un dependiente, se le avisará que se requiere verificación para cubrir a ese dependiente en uno de nuestros planes. Usted recibirá una carta indicándole qué documentación es aceptable y a dónde enviar esos documentos. Una vez que se ha verificado a un dependiente, no es necesario verificar de nuevo a esa persona. Sin embargo, no ignore ninguna notificación que pudiera recibir con respecto a la verificación de dependientes. Si tiene preguntas sobre la verificación de dependientes, comuníquese con nuestra línea de ayuda al 866-222-KISD (5473).

Aetna todavía administra nuestros tres planes de salud

El plan médico aún es administrado por Aetna. La cobertura sigue siendo la misma, salvo por algunos cambios en la prima y deducibles. Para más información, consulte las páginas 10 a 13.

RediMD es gratis y está listo para ayudarle

El servicio de telemedicina aún está disponible a través de RediMD para aquellas personas que se han inscrito en uno de los planes médicos. Consulte la página 14 para más información.

El Programa de asistencia para empleados (EAP) sigue estando a su disposición

Los servicios de EAP también seguirán estando disponibles a través de RediMD para todos los empleados. El plan de incapacidad permanece con The Hartford.

Compare sus opciones...

Los precios de nuestros planes médicos han cambiado, por eso le recomendamos enfáticamente que revise los detalles de estos planes antes de inscribirse.

...y tome una decisión

Si no se inscribe durante la inscripción abierta en noviembre, solo tendrá cobertura de seguro de vida básico y EAP a partir del 1.º de enero de 2026. **Sus selecciones de 2025 no se renovarán automáticamente para 2026.**

Tres maneras de ver su cobertura de 2025

Si desea revisar su cobertura de 2025 antes de tomar decisiones sobre 2026, puede hacerlo de tres maneras:

1. Vaya a **www.katybenefits.org**, haga clic en QUICK LINKS en la esquina superior derecha, y luego haga clic en ENROLL IN BENEFITS. Si tiene una sesión abierta en la red de Katy ISD, esto lo llevará a su pantalla personal de beneficios. Busque el bloque Your Benefits, luego haga clic en CURRENT BENEFITS.

2. **En MyKaty Cloud**, bajo Staff, haga clic en el bloque Benefits y aparecerán cinco bloques nuevos. Haga clic en el bloque Enroll que lo llevará a su pantalla de beneficios. Busque el bloque View Your Benefits, luego haga clic en CURRENT BENEFITS.

3. Llame a la línea de ayuda de beneficios al **866-222-KISD (5473)** y un representante le ayudará.

Planes médicos diferentes para necesidades diferentes

Katy ISD está ofreciendo los mismos tres planes este año, cada uno con características diferentes. Lea cuidadosamente las páginas siguientes para asegurarse de elegir el plan correcto para sus necesidades. No dude en llamar a nuestra línea de ayuda de beneficios al **866-222-KISD (5473)** si tiene alguna pregunta.

Memorial Hermann ACO: si solo le interesa consultar a médicos de Memorial Hermann, este plan le brinda justo lo que necesita. La red está compuesta SOLO de médicos y establecimientos de Memorial Hermann. **Tenga en cuenta que NO TODOS los médicos de Memorial Hermann están en esta red. Solo porque son médicos de Memorial Hermann, no significa que formen parte de la red de ACO.** Revise para ver si su médico está en la red de Memorial Hermann ACO antes de elegir los planes médicos.

HDHP (Plan médico con deducible alto): nuestro plan HDHP ofrece un compromiso: pagará primas más bajas cada mes, pero tendrá que satisfacer un deducible más alto antes de que el plan comience a pagar por los servicios médicos y de medicamentos recetados. Si desea poder controlar sus gastos médicos de manera más minuciosa, este podría ser su plan. Bajo este plan, usted es elegible para inscribirse en una Cuenta de ahorros para gastos de salud (HSA, por sus siglas en inglés).

Choice POS: nuestro plan Choice POS ofrece una red amplia. Si le gustan sus médicos, pero solo puede encontrar cobertura con ellos en esta red, este es su plan.

Asegúrese de que su médico esté en la red

Si ve a un médico fuera de la red, casi siempre le costará más que ver a un médico dentro de la red. Para ver qué médicos están disponibles con estos planes médicos, visite **www.katybenefits.org**, haga clic en **Quick Links** y luego haga clic en **Find a Network Provider**.

Tabla de comparación de planes médicos

LAS TARIFAS SON POR PERÍODO DE PAGO, con base en 24 cheques de pago por año	
Empleado solo	
Empleado + cónyuge	
Empleado + hijo(s)	
Empleado + familia	
LÍMITES DEL PLAN	
Deducible anual dentro de la red	Individual
	Familia
Deducible anual fuera de la red	Individual
	Familia
Máximo anual de bolsillo (incluye todos los deducibles médicos y de farmacia, copagos y coseguro)	Individual
	Familia
SU COSTO POR SERVICIOS CUBIERTOS DENTRO DE LA RED	
Preventivos	
Visita al consultorio	Médico de atención primaria (PCP)
	Especialistas
Paciente interno, hospital (se requiere precertificación)	
Paciente ambulatorio, hospital (se requiere precertificación)	
Paciente ambulatorio, centro quirúrgico separado (se requiere precertificación)	

Todas las primas corresponden a los montos del cheque de pago.

Memorial Hermann ACO	HDHP (Plan médico con deducible alto)	Choice POS
$63.50	$42.50	$127.50
$520.00	$448.50	$702.50
$235.50	$197.50	$397.00
$482.00	$418.00	$843.00
$1,950	$5,350	$5,000
$3,775	$10,600	$8,000
ningún beneficio	$10,000	$5,500
ningún beneficio	$20,000	$10,000
$4,700	$10,000	$11,000
$9,200	$20,000	$22,000
Gratis	Gratis	Gratis
20 % después del deducible	0 % después del deducible	30 % después del deducible
25 % después del deducible	0 % después del deducible	30 % después del deducible
20 % después del deducible	0 % después del deducible	30 % después del deducible
20 % después del deducible	0 % después del deducible	30 % después del deducible
20 % después del deducible	0 % después del deducible	30 % después del deducible

Tabla de comparación de planes médicos

SU COSTO POR SERVICIOS CUBIERTOS DENTRO DE LA RED (continuación)	
Atención de emergencia	
Centro de atención de urgencia	
Laboratorio, radiografía, mamograma de diagnóstico, escáner de diagnóstico (MRI, MRA, CAT, PET)	Paciente ambulatorio, hospital
	Centro separado, laboratorio independiente
Maternidad - parto	
Salud mental y abuso de sustancias (paciente hospitalizado y ambulatorio)	

Consulte los documentos del plan en **katybenefits.org** para información acerca de los beneficios fuera de la red.

RECETAS	
Deducibles anuales por recetas[1]	Genérico
	De marca
Medicamento recetado (30 días, farmacia minorista)	Genérico
	Marca preferida
	Marca no preferida
Medicamento recetado (90 días, farmacia minorista)	Genérico
	Marca preferida
	Marca no preferida

[1] El deducible corresponde una vez por año por persona y también se podría solicitar un copago.

Memorial Hermann ACO	HDHP (Plan médico con deducible alto)	Choice POS
50 % después de $250 de copago; después del deducible; no se cobra si lo hospitalizan	0 % después del deducible	50 % después de $750 de copago; después del deducible; no se cobra si lo hospitalizan
20 % después del deducible	0 % después del deducible	30 % después del deducible
20 % después del deducible	0 % después del deducible	30 % después del deducible
20 % después del deducible	0 % después del deducible	30 % después del deducible
20 % después del deducible	0 % después del deducible	30 % después del deducible
20 % después del deducible	0 % después del deducible	25 % después del deducible

$0	Deducible compartido (servicio médico y receta) $5,350 Individual/ $10,600 Familia	$0
$200		$200
$20		$20
$40		$40
$80		$80
$40		$40
$100		$100
$200		$200

RECURSOS GRATIS

Aproveche estos excelentes recursos gratis

GRATIS PARA TODOS LOS EMPLEADOS

+ **EAP (programa de asistencia para empleados)** — Disponible para todos los empleados y sus familias. Para asistencia gratis y confidencial las 24 horas sobre todo tipo de desafíos personales, llame al 888-733-4635 o al 888-REDIMD5.

GRATIS PARA LOS MIEMBROS DEL PLAN MÉDICO

+ **Línea telefónica de enfermería las 24 horas/7 días por semana** — Para consultar con una enfermera titulada durante el día o la noche, llame al 800--556--1555.

+ **Función de búsqueda de atención y precios de Aetna** — Vaya a Benefits Connect y haga clic en el enlace rápido a Aetna Navigator para utilizar la función de búsqueda de atención y precios una vez que esté en su página inicial de Aetna. Acá es donde puede comparar los estimados de costos de más de 550 servicios y procedimientos comunes, desde visitas al consultorio y pruebas de laboratorio hasta escaneos de alta tecnología, cirugías y más.

+ **RediMD**
  Telemedicina — Los empleados de Katy ISD y sus dependientes cubiertos que estén inscritos en un plan médico de Katy ISD pueden consultar a un médico certificado en su especialidad mediante videoconferencia, por teléfono o en línea.

  Por **$0 de copago**, usted puede evitarse la inconveniencia y gasto de un viaje a la sala de emergencia o a una clínica de atención de urgencia. Se pueden obtener resurtidos de medicamentos de mantenimiento visitando RediMD.

  Están disponibles resurtidos automáticos de recetas a través de RediMD.

  RediMD Consultas por teléfono disponibles desde el trabajo o la casa las 24 horas/ 7 días por semana llamando al 866-989-CURE (2873), opción 2 para RediMD.

  Manejo de diabetes — Llame al 888-733-4635 u 888-REDIMD5.

Sus beneficios de medicamentos recetados

Todos nuestros planes médicos incluyen beneficios de medicamentos recetados a través de H-E-B. La cobertura está disponible en las farmacias participantes.

Escanee el código QR para transferir con facilidad su receta a la farmacia H-E-B. Para preguntas con respecto a la cobertura de medicamentos recetados, puede llamar a **H-E-B RxTRA Advantage al 1-877-432-6315 o visitar www.rxtraadvantage.com**

Cómo surtir su receta

Si está inscrito en el plan Memorial Hermann ACO o en el plan Choice POS, usted paga $20 de copago sin ningún deducible por medicamentos genéricos recetados a corto plazo. Para medicamentos de marca, tiene un deducible anual por medicamentos recetados de $200 por persona. Después de satisfacer el deducible, usted paga el valor que sea más bajo entre el costo real del medicamento y un copago por cada receta. Puede ahorrar dinero comprando sus medicamentos de mantenimiento en cantidades para 90 días en una farmacia H-E-B local.

El Plan médico con deducible alto (HDHP) tiene diferentes coberturas de medicamentos recetados. Este plan no tiene copagos. El costo de las recetas se combina con los costos del plan médico para crear un deducible anual de $5,350 (individual)/$10,600 (familia). Hasta que alcance el deducible de $5,350 (combinando los cargos médicos y de recetas), el empleado debe pagar el 100 % del costo de los medicamentos recetados y todo cargo médico. Una vez que el empleado haya alcanzado el deducible de $5,350/$10,600, se paga el 100 % de todos los cargos. Esto incluye todos los costos médicos y de medicamentos recetados.

Pague $0 por medicamentos recetados

Mientras esté inscrito en alguno de los tres planes médicos (Memorial Hermann ACO Plan, High Deductible Health Plan [Plan médico con deducible alto] o Choice POS Plan), los medicamentos genéricos para la presión arterial alta, colesterol alto, asma o diabetes (incluyendo la insulina inyectable) están disponibles sin costo para usted. Necesitará comprar suministros para 90 días en una farmacia minorista H-E-B.

Ahorre en medicamentos especiales

Para medicamentos especiales, utilice el programa de medicamentos especiales H-E-B RxTRA Advantage. Este programa cubre ciertos medicamentos especiales y garantiza que, una vez que se inscriba y se confirme su elegibilidad, usted tendrá menos responsabilidad financiera por esos medicamentos.

¿Tiene preguntas? Llame a H-E-B RxTRA Advantage al 1-877-432-6315 para comenzar.

Aparte dinero para ayudarle a pagar sus gastos de salud

Las Cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) le permiten apartar dinero antes de impuestos para pagar los gastos médicos o gastos del cuidado de dependientes durante el día que sean elegibles. Usted decide de antemano cuánto dinero desea apartar, pero los fondos no ocupados se perderán. Para 2026, el IRS permitirá que usted aporte hasta $3,200 a una FSA para cuidados de salud y hasta $7,500 a una FSA para cuidado de dependientes.

¿Tiene preguntas? Llame a WEX al 866-451-3399.

Cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA). Cada período de pago, una pequeña parte de su cheque se depositará antes de impuestos en una HSA que acumula intereses. Recibirá una tarjeta de débito para que pueda utilizar sus fondos ahorrados en gastos médicos de bolsillo, tal como su deducible, copagos para la atención médica y medicamentos recetados o cuentas de atención dental y de visión. Este año, puede aportar hasta $4,400 a su HSA.

¿Tiene preguntas? Llame a Gulf Coast Educators al 281-436-5499.

Planes dentales

Katy ISD ofrece dos planes dentales. Si bien ambos pagan el 100 % del costo de los cuidados preventivos, las coberturas de los planes se diferencian dependiendo de los servicios que usted necesite y del dentista que consulte. Estos planes tienen coberturas dentro y fuera de la red. Además, ambos planes tienen un beneficio anual máximo de $1,000.

Plan alto

Usted paga un deducible por los cuidados básicos, mayores y de ortodoncia. Puede utilizar un dentista de su elección, pero si utiliza un dentista dentro de la red, se puede ahorrar dinero. Recuerde, usted tiene un beneficio anual máximo de $1,000.

Plan bajo

No hay ningún copago en este plan. Usted pagará un deducible por los cuidados básicos y mayores. Ambos servicios luego están cubiertos a un porcentaje del costo. **No hay cobertura para ortodoncia en este plan.** Puede utilizar un dentista de su elección, pero si utiliza un dentista dentro de la red, se puede ahorrar dinero. Recuerde, usted tiene un beneficio anual máximo de $1,000.

	Plan alto	Plan bajo
Empleado solo	$25.78	$7.46
Empleado + cónyuge	$52.30	$13.98
Empleado + hijo(s)	$46.91	$10.61
Empleado + familia	$66.10	$18.24

¿Tiene preguntas? Llame a Aflac al 877-675-7277. Número de grupo AFCA2255069.

Plan de visión

Katy ISD ofrece un plan de cobertura de la vista que proporciona una combinación de oftalmólogos, optometristas y oculistas independientes y minoristas para sus necesidades de cuidado de los ojos.

Empleado solo	$4.32
Empleado + 1	$7.26
Empleado + familia	$10.92

¿Tiene preguntas? Llame a Aflac al 800-999-5431.

Cobertura de seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

El seguro de vida se paga a sus beneficiarios si usted fallece mientras está cubierto por el plan. Los beneficios del seguro AD&D se le pagan a usted o a su beneficiario si usted sufre una pérdida cubierta que es el resultado directo de un accidente. Katy ISD proporciona sin cargo un nivel básico de cobertura para todos los empleados elegibles para recibir beneficios ($20,000 para el seguro de vida y también para el seguro AD&D para la mayoría de los empleados). Usted puede comprar cobertura adicional para usted, su cónyuge y sus hijos.

Seguro de vida suplementario

Seguro suplementario de vida y AD&D (las tarifas son para un monto de $10,000)											
Su edad el 1.º de enero del año del plan	<30	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	más de 70
	$0.30	$0.35	$0.40	$0.45	$0.65	$0.90	$1.30	$2.00	$2.95	$4.65

¿Tiene preguntas o necesita presentar un reclamo? Llame a Gestión de riesgos de Katy ISD al 281-396-2241.

Seguro de vida para el/la cónyuge

		Tarifa con base en la edad del empleado el 1.º de enero del año del plan									
		<30	**30 a 34**	**35 a 39**	**40 a 44**	**45 a 49**	**50 a 54**	**55 a 59**	**60 a 64**	**65 a 69**	**más de 70**
Nivel de beneficio	$10,000	$0.20	$0.25	$0.30	$0.35	$0.55	$0.80	$1.20	$1.90	$2.85	$4.55
	$20,000	$0.40	$0.50	$0.60	$0.70	$1.10	$1.60	$2.40	$3.80	$5.70	$9.10
	$35,000	$0.70	$0.88	$1.05	$1.23	$1.93	$2.80	$4.20	$6.65	$9.98	$15.93

Seguro de vida de un hijo

Nivel de beneficio	TARIFAS
$5,000	$0.20
$10,000	$0.40

NOTA: las tarifas para todos los planes mostradas en las páginas 18 a 23 son por período de pago, con base en 24 cheques de pago por año.

Vida permanente

Esta cobertura está disponible para ser adquirida por empleados menores de 17 años. La prima se basa en la edad del empleado en el momento en que se emite la póliza. El/La cónyuge del empleado también se puede inscribir para un beneficio del 50 % del beneficio del empleado. La prima para cobertura de cónyuge se basa en la edad del/de la cónyuge en el momento en que se emite la póliza. Hay prima tanto para usuarios de tabaco como para no usuarios de tabaco. Los beneficios se reducen a la edad de 70 años o después de 10 años de cobertura, el que ocurra más tarde. Esta cobertura es portable, por lo que puede continuar esta póliza después de que abandona el distrito.

Primas para tabaco

		No usuario de tabaco - Vida									
		18 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	61 a 65	66 a 70
Empleado solo	$25,000	$5.84	$6.79	$8.03	$10.06	$12.99	$16.94	$23.43	$34.48	$44.51	$68.25
	$50,000	$11.69	$13.58	$16.06	$20.13	$25.98	$33.88	$46.85	$68.96	$89.02	$136.50
	$75,000	$17.53	$20.38	$24.09	$30.19	$38.97	$50.81	$70.28	$103.44	$133.53	$204.75
	$100,000	$23.38	$27.17	$32.13	$40.25	$51.96	$67.75	$93.71	$137.92	$178.04	$273.00
	$125,000	$29.22	$33.96	$40.16	$50.31	$64.95	$84.69	$117.14	$172.40	$222.55	$341.25
	$150,000	$35.06	$40.75	$48.19	$60.38	$77.94	$101.63	$140.56	$206.88	$267.06	$409.50
Cónyuge	$12,500	$3.26	$3.79	$4.48	$5.61	$7.20	$9.23	$12.38	$17.41	$25.63	$38.94
	$25,000	$6.51	$7.58	$8.97	$11.23	$14.41	$18.46	$24.76	$34.82	$51.25	$77.89
	$37,500	$9.77	$11.38	$13.45	$16.84	$21.61	$27.69	$37.14	$52.23	$76.88	$116.83
	$50,000	$13.02	$15.17	$17.94	$22.46	$28.81	$36.92	$49.52	$69.65	$102.50	$155.77

		Usuario de tabaco - Vida									
		18 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	61 a 65	66 a 70
Empleado solo	$25,000	$7.60	$9.16	$11.52	$14.51	$18.61	$24.65	$33.58	$49.80	$69.72	$103.61
	$50,000	$15.21	$18.31	$23.04	$29.02	$37.23	$49.29	$67.17	$99.60	$139.44	$207.23
	$75,000	$22.81	$27.47	$34.56	$43.53	$55.84	$73.94	$100.75	$149.41	$209.16	$310.84
	$100,000	$30.42	$36.63	$46.08	$58.04	$74.46	$98.58	$134.33	$199.21	$278.88	$414.46
	$125,000	$38.02	$45.78	$57.60	$72.55	$93.07	$123.23	$167.92	$249.01	$348.59	$518.07
	$150,000	$45.63	$54.94	$69.13	$87.06	$111.69	$147.88	$201.50	$298.81	$418.31	$621.69
Cónyuge	$12,500	$4.30	$5.19	$6.55	$8.23	$10.51	$13.75	$18.32	$26.34	$40.20	$59.17
	$25,000	$8.60	$10.39	$13.09	$16.47	$21.01	$27.50	$36.65	$52.69	$80.40	$118.33
	$37,500	$12.91	$15.58	$19.64	$24.70	$31.52	$41.25	$54.97	$79.03	$120.59	$177.50
	$50,000	$17.21	$20.77	$26.19	$32.94	$42.02	$55.00	$73.29	$105.38	$160.79	$236.67

Vida permanente de un hijo

Nivel de beneficio	Tarifa
$25,000	$5.21

¿Tiene preguntas? Llame a Aflac al 800-433-3036.

Cobertura por incapacidad

Esta cobertura paga un beneficio semanal o mensual (después de un período de eliminación fijo) si usted está incapacitado o no puede trabajar debido a una lesión, enfermedad o embarazo. Si elige la cobertura STD, solo tendrá cobertura para los primeros 90 días de una incapacidad. Para tener cobertura más allá de los 90 días, tendrá que elegir también la LTD.

STD (Período de espera de 14 días)	$0.554 por $10 de beneficio cubierto.
LTD (Período de espera de 90 días)	$0.446 por $100 de salario congelado*

Si se inscribe en ambos planes, se le cobrará una combinación de ambas primas. El salario anual se congela cada octubre del año previo del plan. Este es el monto en el cual se basan sus primas.

Cuando se inscriba por primera vez en una cobertura por incapacidad, debe estar trabajando en forma activa antes de que la cobertura entre en vigencia.

¿Tiene preguntas? Llame a The Hartford al 888-301-5615.

Plan de protección legal

Este plan proporciona una solución legal integral para el empleado y todos los dependientes elegibles a través de un bufete de abogados dedicado para ayudarle con un amplio rango de asuntos legales personales. Los servicios cubiertos incluyen orientación y apoyo con los asuntos financieros y legales personales cotidianos, no solo con derecho de familia, testamento y planificación del patrimonio, hogar, vehículos automotores ¡y mucho más! Esta cobertura es portable, por lo que puede continuar su cobertura después de que abandona el distrito.

Empleado + familia	$8.75 por cheque de pago

¿Tiene preguntas? Visite **www.shieldbenefits.com/katy**

NOTA: las tarifas para todos los planes mostradas en las páginas 18 a 23 son por período de pago, con base en 24 cheques de pago por año.

Protección contra el robo de identidad

Este plan ofrece monitoreo completo del robo de identidad, monitoreo de crédito y servicio de restauración que le ahorrará tiempo, dinero y estrés si su identidad se ve comprometida.

Empleado solo	$3.97
Empleado + familia	$6.97

¿Tiene preguntas? Llame a Allstate℠ Identity Protection al 800-789-2720.

Transporte de emergencia

Este beneficio cubre una parte de los gastos de bolsillo del transporte de emergencia tanto terrestre como aéreo.

	Emergent Plus	Emergent Premier	Platinum
Empleado + familia	$7.00	$9.50	$19.50

¿Tiene preguntas? Llame a MASA al 800-423-3226.

Seguro por accidente

El seguro por accidente suplementa a su plan médico en caso de una lesión accidental.

Empleado solo	$6.07
Empleado + cónyuge	$10.34
Empleado + hijo(s)	$10.84
Empleado + familia	$15.11

¿Tiene preguntas? Llame a Aflac al 800-433-3036.

NOTA: las tarifas para todos los planes mostradas en las páginas 18 a 23 son por período de pago, con base en 24 cheques de pago por año.

Indemnidad de hospital

El seguro de indemnidad de hospital suplementa a su plan médico. Usted recibe beneficios en efectivo con base en su enfermedad o lesión, tratamientos y servicios cubiertos. Los beneficios se le pagan directamente a usted, así que usted decide cómo utilizarlos.

Empleado solo	$12.35
Empleado + cónyuge	$21.68
Empleado + hijo(s)	$19.35
Empleado + familia	$28.68

¿Tiene preguntas? Llame a Aflac al 800-433-3036.

Enfermedad crítica

El seguro por enfermedad crítica es un complemento de su plan médico, independientemente del tipo de cobertura que usted tenga. Usted recibe beneficios en efectivo con base en cada diagnóstico elegible. Los beneficios se le pagan directamente a usted, así que usted decide cómo utilizarlos.

		Su edad el 1.º de enero del año del plan					
		18 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	más de 70
Empleado solo	$5,000	$1.19	$1.90	$3.05	$6.02	$13.29	$17.83
	$10,000	$2.39	$3.81	$6.10	$12.05	$26.58	$35.67
	$15,000	$3.58	$5.71	$9.15	$18.07	$39.87	$53.50
	$20,000	$4.77	$7.61	$12.20	$24.09	$53.15	$71.33
	$25,000	$5.96	$9.51	$15.25	$30.12	$66.44	$89.17
	$30,000	$7.16	$11.42	$18.30	$36.14	$79.73	$107.00
Cónyuge	$5,000	$1.19	$1.90	$3.05	$6.02	$13.29	$17.83
	$7,500	$1.79	$2.85	$4.58	$9.04	$19.93	$26.75
	$10,000	$2.39	$3.81	$6.10	$12.05	$26.58	$35.67
	$12,500	$2.98	$4.76	$7.63	$15.06	$33.22	$44.58
	$15,000	$3.58	$5.71	$9.15	$18.07	$39.87	$53.50

¿Tiene preguntas? Llame a Aflac al 800-433-3036.

Información de contacto

Si tiene preguntas específicas sobre un plan de beneficios, comuníquese con el administrador indicado abajo. Para preguntas adicionales sobre los beneficios, llame al Departamento de gestión de riesgos al 281-396-2241.

	Administrador	Teléfono	Sitio web/Correo electrónico
NIVEL DE			
Línea telefónica de enfermería las 24 horas/7 días por semana	Aetna	800-556-1555	
Seguro por accidente	Aflac	800-433-3036	aflacgroupinsurance.com
Recursos para la inscripción/beneficios	Administrador de beneficios	866-222-KISD (5473)	katybenefits.org
COBRA	WEX	866-451-3399	cobralogin.wexhealth.com
Enfermedad crítica	Aflac	800-433-3036	aflacgroupinsurance.com
Dental	Aflac	877-675-7277	aflacgroupinsurance.com
Facturación directa	WEX	866-451-3399	customerservice@wexhealth.com
Incapacidad	The Hartford	888-301-5615	thehartford.com/employee-benefits/employees
Transporte de emergencia	MASA	800-423-3226	masamts.com
Programa de asistencia para empleados (EAP)	RediMD	888-733-4635	www.redimd.com
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	WEX	866-451-3399	customerservice@wexhealth.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA).	Gulf Coast Educators	281-436-5499	katyisdhsa.com
Indemnidad de hospital	Aflac	800-433-3036	aflacgroupinsurance.com
Protección contra el robo de identidad	Allstate℠ Identity Protection	800-789-2720	www.myaip.com/katyisd
Plan Legal	LegalShield	888-807-0407	www.shieldbenefits.com/katy
Seguro de vida y de AD&D	OneAmerica®	281-396-2241	
Plan médico	Aetna	877-224-6857	www.aetna.com
Medicamentos recetados	H-E-B RxTRA Advantage	1-877-432-6315	www.rxtraadvantage.com
Telemedicina	RediMD	866-989-CURE (2873)	www.redimd.com
Visión	Aflac	800-999-5431	aflacgroupinsurance.com

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Esta guía proporciona una reseña de sus opciones de beneficios. Las disposiciones completas de los planes, incluyendo los beneficios legislativos, exclusiones y limitaciones, se presentan en los documentos de los planes o en los contratos de seguro. Si la información en esta guía no corresponde con los documentos del plan, los contratos de seguro o las reglamentaciones estatales y federales, los documentos del plan, contratos de seguro y reglamentaciones estatales y federales prevalecerán. Esta guía no pretende ser un contrato ni una garantía de empleo actual o futuro. Esta guía de inscripción constituye un resumen de los cambios sustanciales para el año 2026. Sírvase compartir estos materiales con los miembros cubiertos de su familia.

BENEFITS CONNECT

KATY Independent School District

Mire en el interior para obtener información importante acerca de sus beneficios para el año 2026.

VISITE KATYBENEFITS.ORG PARA INFORMACIÓN ACERCA DE SUS BENEFICIOS EN 2026.

25-KISD-103