



Beneficios para proteger su salud y su futuro



Como empleado de una agencia del Estado de Texas o de una institución de educación superior, usted es elegible para participar en el Programa de Beneficios del Grupo de Empleados de Texas (GBP), que tiene beneficios valiosos para usted y para su familia.

La inscripción de verano es su oportunidad de revisar sus selecciones de beneficios y hacer cambios. Es el único momento en el que puede hacer cambios en los beneficios, a menos que tenga un cambio en la vida que califique durante el año del plan.

Consulte ers.texas.gov → **Active Employees** → **Life Changes** (Empleados activos → Cambios en la vida) para obtener información sobre los cambios en la vida que califican.

Debería aprovechar esta oportunidad para actualizar sus conocimientos sobre las opciones de cobertura. Tenga en cuenta los cambios en su vida durante el último año y piense en qué servicios de atención médica, dental o de la vista podrían necesitar usted o sus familiares en el año del plan 2025 (1 de septiembre de 2024 – 31 de agosto de 2025). Obtenga más información y hojas de tarifas premium en ers.texas.gov/se-2024.

Desde 2018, las primas de los planes médicos de ERS no han aumentado más de un 1 %, y hemos mantenido la cobertura de alta calidad en todos los planes. Esto se debe al apoyo financiero continuo del estado y a los esfuerzos de administración de costos de ERS. ERS usa administradores expertos en planes médicos externos para ayudar a mantener los costos bajos y a mantener la cobertura de alta calidad para los participantes de GBP.



¿Necesita hacer cambios en sus beneficios?

Debe hacer los cambios necesarios en sus beneficios durante su fase de inscripción de verano asignada de dos semanas.

Busque las fechas de su fase en la esquina superior izquierda de su Estado de cuenta personal de inscripción de beneficios o visite ers.texas.gov/se-2024.

¿No hará cambios? No es necesario que haga nada

Si quiere conservar la misma cobertura, no tiene que hacer nada. Sus beneficios seguirán siendo los mismos. Las selecciones de beneficios para el año del plan nuevo entran en vigor el 1 de septiembre.



Nota: Si está inscrito en el programa de Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) TexFlexSM, siempre es buena idea revisar dos veces sus selecciones anuales de atención médica o FSA de uso limitado o de atención de dependientes, para

asegurarse de que la cantidad sigue siendo apropiada para usted y su familia. Si no realiza cambios en su elección de TexFlex durante la inscripción de verano, aportará a las mismas FSA en el año del plan 2025 la misma cantidad que está aportando ahora. Las cantidades de aportación máxima anual cambiaron el año pasado; consulte la sección TexFlex de este folleto para obtener la información.

Mejoras en el seguro de discapacidad a corto plazo

El Texas Income Protection PlanSM (plan de protección de los ingresos de Texas, TIPP) implementará mejoras a la cobertura por discapacidad a corto plazo a partir del 1 de septiembre. Consulte la página 14 para obtener información sobre las actualizaciones.

Cambios en la aportación de la Cuenta de gastos flexibles (FSA) y límites de saldo transferible

El IRS establece las cantidades máximas transferibles y los límites de aportación anual para cuentas de gastos flexibles. Para el año del plan 2025, estas cantidades han aumentado para las FSA de atención médica y de uso limitado. Para aprovechar los ahorros fiscales adicionales deberá actualizar la cantidad de su aportación.

Tipo de cuenta de gastos	Cantidad máxima de aportación para año del plan 2025	Cantidad máxima transferible para año del plan 2025
FSA de atención médica	\$3,200 (\$150 de aumento)	\$640 (\$30 de aumento)
FSA de uso limitado	\$3,200 (\$150 de aumento)	\$640 (\$30 de aumento)

La aportación máxima para la FSA de atención de dependientes sigue siendo la misma: \$5,000 al año por grupo familiar. La FSA de atención de dependientes no permite la transferencia de cantidades restantes, pero tiene un período de gracia para gastarlos hasta el 15 de noviembre. Consulte la página 12 para obtener más información.

Nuevos programas de bienestar para este otoño

Este otoño, ERS lanzará Buena Vida, una nueva plataforma de bienestar. Este programa basado en la web y una aplicación móvil le da acceso a todos sus beneficios de bienestar en un solo lugar, para su comodidad. Ofrece contenido personalizado para la salud física, mental y financiera.

Usted podrá:

- obtener recompensas por participar en actividades saludables,
- participar en retos de forma física individuales, a nivel de agencia y a nivel estatal,
- personalizar los recursos de bienestar para satisfacer sus necesidades,
- conectar con otros usuarios en la plataforma.

Para obtener más información y recibir actualizaciones sobre bienestar en el boletín ERS Wellness Newsletter, suscríbase enviando un mensaje de texto con "TXERS Wellness" al 468-311 o escanee el código QR.



Además, Blue Cross and Blue Shield of Texas tendrá tres nuevos programas orientados a condiciones a partir del 1 de septiembre: Hello Heart, Hinge Health y Learn to Live. Podrá informarse más sobre ellos en una feria de inscripción de verano o en un seminario web de HealthSelect. Consulte nuestro calendario de eventos en ers.texas.gov → **View event calendars** → **Annual Enrollment Events** (Ver calendarios de eventos → Eventos de inscripción anual).

Este programa no está disponible para los miembros inscritos en Medicare.

Cambios en los gastos de bolsillo máximos

A partir del 1 de enero, el máximo de gastos de bolsillo total anual dentro de la red (médico y farmacia combinados) de los planes médicos HealthSelect of Texas[®] y Consumer Directed HealthSelectSM aumentará a \$8,050 por persona (desde \$7,500) y a \$16,100 por familia (desde \$15,000), para alinearse con los gastos máximos de IRS.

Cómo hacer cambios en los beneficios

Actualice sus selecciones en línea, el método más rápido disponible 24/7

Conéctese para hacer cambios en sus beneficios en cualquier momento durante su fase de inscripción de dos semanas:

1. Vaya a ers.texas.gov.
2. Haga clic en **My Account Login** (Inicio de sesión en mi cuenta).
3. Seleccione **Proceed to Login** (Proceder con el inicio de sesión) si ya tiene un nombre de usuario y contraseña, o **Register now** (Registrarse ahora) si necesita crear una cuenta.
4. Después de iniciar sesión, confirme que la información de contacto de **My Personal Information** (Mi información personal) es correcta.
5. Haga clic en **Benefits Enrollment** (Inscripción en los beneficios).
6. Haga clic en la casilla **edit** (Editar) correspondiente a la elección de beneficio que quiere cambiar. Tendrá que hacer esto para cada elección que quiera cambiar.
7. Haga clic en **Submit** (Enviar) después de cada cambio y luego una vez más desde la página principal de inscripción en beneficios, para guardar todos sus cambios.
8. ERS le enviará una confirmación por correo electrónico de sus cambios, siempre que usted tenga una dirección de correo electrónico en la cuenta de ERS. Si no tiene una dirección de correo electrónico en la cuenta de ERS, le enviaremos una confirmación a la dirección postal. Guarde la confirmación de sus cambios. Esto puede ayudar a los consejeros de beneficios si usted se comunica con ERS por cualquier problema con su cuenta.

Si no tiene acceso a Internet

Comuníquese con la oficina de Recursos Humanos o con el coordinador de beneficios de su agencia o institución de educación superior. Los empleados de HHS pueden hacer cambios mediante el Centro de Servicios para Empleados de HHS llamando al (888) 894-4747 (TTY: (866) 839-2747).

o
Llame gratis a ERS al (866) 399-6908 (TTY: 711). Asegúrese de llamar durante la fase de inscripción de dos semanas que se menciona en su estado de cuenta personal de inscripción en los beneficios. Los consejeros de beneficios trabajan en horarios extendidos durante la inscripción de verano, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:00 p. m., CT.

Jubilados que se reincorporan al trabajo

Si usted es un jubilado que se reincorpora al trabajo, puede cambiar entre beneficios para jubilados y para empleados activos a partir del 1 de septiembre. Para hacerlo, comuníquese con el coordinador de beneficios de su agencia o con el personal de Recursos Humanos durante su fase de inscripción de verano. Los empleados de Texas Health and Human Services deben comunicarse con el Centro de Servicios para Empleados de HHS llamando al (888) 894-4747 (TTY: (866) 839-2747).

Si desea información las diferencias entre los beneficios para empleados jubilados y activos, hable con su personal de Recursos Humanos o visite **Retirees → My ERS Retirement → State of Texas Retirement → Benefits for return-to-work retirees** (Jubilados → Mi jubilación ERS → Jubilación del estado de Texas → Beneficios para jubilados que se reincorporan al trabajo).

Ya llegó la autenticación de dos factores para ERS OnLine



Los miembros de ERS tienen la opción de inscribirse en la autenticación de dos factores. La autenticación de dos factores (2FA) es un método de seguridad que requiere que el usuario proporcione una verificación adicional para tener acceso a ERS OnLine.

¿Cómo funciona?

Además de un nombre de usuario y una contraseña para acceder a ERS OnLine, la 2FA requiere una dirección de correo electrónico o un número de teléfono celular donde mandar un código para verificar su identidad. Este paso adicional ayuda a proteger su información contra los ataques cibernéticos. Descubra cómo inscribirse en [ers.texas.gov](#) → **Employee News** → **Two-factor authentication for ERS OnLine** (Noticias para empleados → Autenticación de dos factores en ERS OnLine).

Protección voluntaria

No se aplica ninguna penalización por no inscribirse en la autenticación de dos factores. Sin embargo, ERS recomienda encarecidamente la 2FA, ya que la verificación adicional proporciona una mayor seguridad y reduce la posibilidad de que alguien entre ilícitamente en su cuenta.

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre la 2FA o necesita ayuda para actualizar la información de contacto de su cuenta de ERS, llame al (877) 275-4377 (TTY: 711).



Recuerde

Si ya revisó sus selecciones de beneficios actuales y no necesita cambiarla, ajustar las aportaciones de su cuenta de gastos flexibles TexFlex ni actualizar su estado de consumo de tabaco, no tiene que hacer nada. Si no hace nada, su cobertura actual y sus niveles de aportación se aplicarán al nuevo año del plan.

Cobertura para dependientes



Su cónyuge y otros dependientes elegibles pueden recibir seguro médico y otras coberturas por una prima extra. Sin embargo, usted debe estar inscrito en un plan para poder inscribir a sus dependientes. Puede agregarlos durante su fase de inscripción de verano.

Para saber qué dependientes son elegibles para los beneficios de ERS, visite ers.texas.gov → **Active Employees** → **Eligibility** (Empleados activos → Elegibilidad).

Certificación de menores dependientes

Si quiere inscribir a menores dependientes en cualquier cobertura de seguros, debe certificar su elegibilidad antes de enviar sus selecciones de inscripción.

Puede certificar a un menor dependiente de dos maneras:

- Inicie sesión en su cuenta de ERS OnLine y haga clic en el enlace **Benefits Enrollment** (Inscripción en beneficios) en **My Insurance Information** (Información sobre mi seguro).

o

- Complete e imprima el formulario de Certificación de hijo dependiente en ers.texas.gov → **Active Employees** → **Find Forms** (Empleados activos → Buscar formularios). Debe completar un formulario por cada menor dependiente que recibirá la cobertura. Entregue los formularios completados a su coordinador de beneficios o, si trabaja para HHS, al Centro de Servicios para Empleados de HHS.

Verificación de dependientes elegibles para la cobertura médica

Cuando inscriba a cualquier dependiente en cobertura médica por primera vez, debe comprobar que es elegible mediante el proceso de verificación de elegibilidad de dependientes. Si el dependiente se verificó antes, no es necesario que repita el proceso si lo va a reinscribir en cobertura médica.

1. Inscriba a sus dependientes elegibles en la cobertura médica y certifique a sus hijos dependientes, como se especificó arriba. (Certificar hijos dependientes elegibles no es lo mismo que verificar dependientes elegibles).
2. ERS enviará la información a Alight Solutions, el administrador externo de ERS para la verificación de elegibilidad de dependientes. Alight Solutions le enviará una carta por correo con los pasos que debe seguir para verificar si sus dependientes son elegibles para la cobertura.

IMPORTANTE: Cuando reciba una carta de Alight Solutions, ¡ábrala de inmediato! Lea atentamente toda la información y tenga presente la fecha límite.

3. Envíe los documentos necesarios según las instrucciones de Alight antes de la fecha límite mencionada en la carta.

Si no envía los documentos necesarios, o si no lo hace antes de la fecha límite, sus dependientes no serán elegibles y perderán la cobertura en todos los planes del GBP. Si tiene preguntas sobre la verificación de elegibilidad de sus dependientes, llame gratis a Alight Solutions al (800) 987-6605 (TTY: 711).

Adición de dependientes no verificados previamente debido a la verificación de elegibilidad de dependientes (DEV)

Si tiene dependientes que no se verificaron antes porque no cumplió el plazo de DEV o no presentó los documentos necesarios, puede agregarlos durante la inscripción de verano. Para hacerlo, debe presentar la documentación al ERS (no a Alight) para demostrar la elegibilidad de sus dependientes. Cuando envíe copias de los documentos obligatorios, debe incluir una nota con:

- su nombre, los últimos cuatro dígitos de su SSN y su número de teléfono de contacto,
- el nombre de los dependientes que está agregando a la cobertura y
- los tipos específicos de cobertura que está eligiendo para añadir a los dependientes (por ejemplo: HealthSelect of Texas, State of Texas Dental Choice PlanSM, etc.).

Puede consultar una lista de los documentos requeridos en ers.texas.gov → **Active Employees** → **Eligibility** → **Eligibility Requirements** (Empleados activos → Elegibilidad → Requisitos de elegibilidad).

Envíe la documentación por correo, fax o correo electrónico al ERS. (No envíe los originales. Los documentos no se le enviarán de vuelta). **El ERS debe recibir los documentos enviados por correo electrónico o fax antes del 19 de julio de 2024.**

Las copias enviadas por correo postal deben estar selladas en correos el 19 de julio de 2024 o antes.

Correo: Employees Retirement System of Texas
P.O. Box 13207
Attn: Benefit Support Services
Austin, TX 78711-3207

Fax: (512) 867-7438

Correo electrónico: erscustomer.service@ers.texas.gov

Si ERS aprueba la elegibilidad de sus dependientes, su cobertura comenzará el 1 de septiembre de 2024.

¿Va a agregar cobertura para un dependiente que antes no cumplió la fecha límite o no fue aprobado por DEV?

ERS debe recibir la documentación completa y precisa que verifique que los dependientes son elegibles para cobertura antes del **19 de julio de 2024**. Asegúrese de proporcionar la documentación antes de la fecha límite.

Sus opciones de seguro médico

Consulte la tabla de comparación del plan médico incluida en su paquete de inscripción de verano para comparar beneficios médicos, de salud mental y de medicamentos con receta que se usan frecuentemente en los dos planes HealthSelectSM disponibles para empleados activos que no son elegibles para Medicare: Plan de punto de servicios de HealthSelect of Texas y plan médico de deducible alto de Consumer Directed HealthSelect.

Para obtener más información sobre cada plan, lea el documento del plan maestro de beneficios en [HealthSelectofTexas.com](https://www.healthselectoftexas.com) → **Planes médicos y beneficios**. ¿Necesita ayuda para elegir un plan? Utilice la “Plan Decision Tool” (Herramienta de decisión del plan) en [HealthSelectofTexas.com](https://www.healthselectoftexas.com) → **Medical Plans and Benefits** → **HealthSelect Plans** (Planes médicos y beneficios → Planes HealthSelect).

En el resumen de beneficios y cobertura (SBC) de cada plan hay también una explicación fácil de entender de la cobertura. El SBC del año del plan 2025 estará disponible en el sitio web de HealthSelect antes del 17 de junio de 2024.

Resumen de las características del plan del seguro médico	HealthSelect of Texas [®]	Consumer Directed HealthSelect SM
Ventajas principales	<ul style="list-style-type: none"> Gastos de bolsillo más bajos para la atención dentro de la red Copagos para ciertos servicios dentro de la red, como visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria (PCP) Red amplia en todo el estado y en todo el país para quienes viven o trabajan fuera de Texas 	<ul style="list-style-type: none"> Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) con ventajas impositivas, con aportaciones mensuales del estado Redes amplias en todo el estado y todo el país No se necesitan remisiones Prima mensual más baja que la de HealthSelect of Texas para dependientes y empleados de tiempo parcial
Atención preventiva dentro de la red cubierta al 100 %	Sí	Sí
Cobertura de medicamentos con receta	Sí	Sí
Desventajas principales	<ul style="list-style-type: none"> Se necesitan remisiones para la mayor parte de los especialistas. Las primas mensuales para dependientes y empleados de tiempo parcial son más altas que las de Consumer Directed HealthSelect 	<ul style="list-style-type: none"> Excepto para servicios preventivos específicos y algunos elementos limitados, el plan no paga nada hasta que se alcance el deducible. Se deben cumplir las directrices de elegibilidad del IRS para participar en la HSA.
Puede ser bueno para las personas que...	<ul style="list-style-type: none"> quieren mantener bajos los gastos de bolsillo. no les molesta necesitar remisiones para la atención especializada. están dispuestas a pagar primas más altas para los dependientes o los empleados de tiempo parcial. 	<ul style="list-style-type: none"> generalmente tienen gastos médicos bajos (o muy altos). pueden pagar de su bolsillo los gastos médicos y de farmacia hasta que se alcance el deducible. quieren la aportación libre de impuestos del estado a HSA. no quieren remisiones para atención especializada.

Crédito por exclusión del seguro médico

Si puede certificar que tiene otro seguro médico equivalente o mejor que la cobertura ofrecida mediante el ERS, puede inscribirse en el crédito por exclusión del seguro médico. Para calificar para recibir el crédito por exclusión, debe ser elegible para recibir la aportación del estado que se aplicará a su prima del seguro médico.

El crédito mensual es hasta de \$60 para empleados a tiempo completo y de \$30 para empleados a tiempo parcial. Puede pedir este crédito para pagar las primas de su seguro dental, de la vista o voluntario por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D). No hay reembolso por ninguna parte no usada del crédito de \$60 o \$30. Cuando decide no tener un plan médico, también renuncia a la cobertura de medicamentos con receta, al seguro de vida básico a término y a la cobertura de AD&D.

El crédito por exclusión del seguro médico no está disponible si:

- el único otro seguro que tiene es Medicare,
- tiene cobertura de seguro médico con ERS como dependiente,
- no es elegible para la aportación del estado, o
- usted recibe una aportación del estado para cobertura de seguro médico de otro plan de beneficios de grupo.

Renuncia a la cobertura médica: lo que debe saber



Si renuncia a la cobertura médica, también renuncia a la cobertura de medicamentos con receta y ya no tendrá el seguro básico de vida a término de \$5,000 ni la cobertura por AD&D de \$5,000.

Si renuncia al seguro médico del GBP y más adelante pierde otra cobertura médica debido a un cambio en la vida que califique, puede inscribirse en el seguro médico ofrecido mediante el ERS si se inscribe en un plazo de 31 días después de perder la otra cobertura de seguro médico.

HealthSelect of Texas y Consumer Directed HealthSelect

Los participantes de HealthSelect of Texas o de Consumer Directed HealthSelect tienen acceso a una red de más de 110,000 proveedores médicos y de salud mental en Texas. Cada plan incluye un programa de medicamentos con receta. El ERS fija los beneficios del plan y paga los reclamos. Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) administra la red de proveedores, procesa reclamos y presta servicio al cliente.

HealthSelect[®] of Texas



HealthSelect of Texas es un plan de seguro médico de punto de servicios. Con este tipo de plan, generalmente usted paga menos si los proveedores dentro de la red manejan toda su atención médica. El plan cubrirá la

atención fuera de la red, pero usted pagará más (a veces mucho más) de lo que paga por la atención dentro de la red.

Obtenga más información sobre cómo evitar facturas médicas inesperadas en ers.texas.gov → **Active Employees** → **Health Benefits** → **Understanding health costs** (Empleados activos → Beneficios médicos → Explicación de los costos médicos).

En este plan usted debe designar en la red de HealthSelect a un proveedor de atención primaria (PCP) que se encargará de su atención y le dará remisiones para consultar con especialistas, para obtener el nivel más alto de beneficios. Si sus proveedores están en la red de HealthSelect, no es necesario que usted alcance un deducible y el plan comienza a pagar los servicios de inmediato.

Deducibles anuales para la atención médica de HealthSelect of Texas

Para el año calendario 2025

Los deducibles están sobre la base del año calendario y se restablecen el 1 de enero. No hay deducible médico para proveedores dentro de la red.

Esto no incluye el deducible anual de \$50 por persona para medicamentos con receta.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Individual	\$0	\$500
Familiar	\$0	\$1,500 (\$500 por participante)

Consulte la información sobre cómo se aplica el deducible por familia en el documento de planes de beneficios maestros de HealthSelect of Texas, en HealthSelectofTexas.com → **Publications and Forms** (Publicaciones y formularios).

Copagos y coseguro

Los participantes de HealthSelect of Texas son responsables de los copagos o del coseguro de las visitas al consultorio y al hospital, de los procedimientos como operaciones ambulatorias y de otros servicios médicos. Por ejemplo, si tiene una operación ambulatoria en un centro dentro de la red, usted pagará un copago de \$100 y el 20 % de la cantidad permitida.

Su PCP

Para recibir el nivel más alto de beneficios, los participantes de HealthSelect of Texas que viven y trabajan en Texas deben obtener una remisión de su PCP designado para consultar a la mayoría de los especialistas. Si no tiene una remisión de su PCP en el expediente de BCBSTX, pagará más por su tratamiento, incluso si el especialista está en la red de HealthSelect.

Su PCP es un socio valioso en su atención médica. Llegar a conocerlo a usted, y está informado sobre su historia médica y su estilo de vida. Si tiene un problema médico, su PCP puede hacer que reciba la atención que necesita de manera más fácil y rápida.

No necesita una remisión de su PCP para:

- exámenes de la vista de rutina y de diagnóstico;
- consultas con el ginecólogo;
- servicios médicos de salud mental;
- consultas con el quiropráctico, terapia ocupacional, terapia del habla y fisioterapia;
- visitas virtuales por medio de Doctor on Demand[®] o MDLIVE[®] para atención médica o de salud mental; o
- centros de atención de urgencia o clínicas sin cita previa.

Aproveche al máximo sus beneficios de HealthSelect

Tener una cobertura de atención médica no solo lo ayudará cuando esté enfermo. Obtenga más información sobre los programas e incentivos para mantener su bienestar en healthselectoftexas.com.

Un asistente médico personal de BCBSTX también puede responder preguntas sobre los beneficios y la cobertura de su plan, y dirigirlo a útiles herramientas y programas. Llame gratis al (800) 252-8039 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. CT, y sábados de 7:00 a. m. a 3:00 p. m. CT.

Para obtener más información sobre los beneficios de medicamentos con receta, consulte la página 8 de esta guía, visite HealthSelectRx.com o llame al (800) 935-7189 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Consumer Directed HealthSelect es un plan médico con deducible alto acompañado de una cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) sin impuestos. El deducible alto significa que usted podría tener gastos de bolsillo más altos

antes de que su plan médico comience a pagar la atención no preventiva y los medicamentos con receta. El plan cubre el 100 % de los servicios de atención preventivas dentro de la red. Está disponible para participantes del GBP que no están inscritos en Medicare.

En este plan, usted debe pagar todos los costos de la atención médica no preventiva, incluyendo los costos de los medicamentos con receta, hasta que alcance el deducible anual. El deducible está basado en el año calendario y se restablece el 1 de enero de cada año.

Deducibles anuales de Consumer Directed HealthSelect

Para el año calendario 2025 (incluye medicamentos con receta)

	Dentro de la red	Fuera de la red
Individual	\$2,100	\$4,200
Familiar	\$4,200	\$8,400

Después de alcanzar el deducible, usted paga un coseguro (20 % dentro de la red, 40 % fuera de la red) por servicios médicos y medicamentos con receta. No deberá pagar ningún copago por los servicios de este plan.

No es necesario que designe a un proveedor de atención primaria (PCP) ni que obtenga remisiones para consultar con especialistas, y generalmente pagará menos si consulta con un proveedor que esté dentro de la red.

Cuenta de ahorro para gastos médicos

Los participantes de Consumer Directed HealthSelect pueden ahorrar dinero creando una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) para pagar los gastos de atención médica elegibles. Las HSA tienen tres ventajas impositivas a nivel federal: las aportaciones están libres de impuestos; los fondos utilizados para pagar gastos médicos elegibles no están sujetos a impuestos; y las ganancias de los fondos HSA pueden quedar libres de impuestos. Los participantes elegibles del plan también reciben una aportación mensual del estado.

Puede usar los fondos de la cuenta para pagar los gastos médicos que califiquen para usted, su cónyuge y los dependientes elegibles, incluso si no están cubiertos por su seguro. Si desea más información, visite [HSAstore.com](https://www.HSAstore.com) y [Store.Optum.com](https://www.Store.Optum.com) → **See what's eligible** (Ver qué es elegible). A partir de los 65 años puede usar los fondos de su HSA con cualquier fin, pero los que use para algo que no sean gastos médicos elegibles están sujetos al impuesto federal sobre la renta.

Usted puede hacer aportaciones antes de impuestos a su HSA mediante deducciones de nómina. Todos los fondos que tiene en su HSA se transfieren de un año al siguiente, y usted puede conservar los fondos (incluyendo las aportaciones del estado) si cambia de plan médico o si deja de trabajar para el estado. Los miembros pueden invertir fondos de su HSA cuando tengan más de \$2,000 en su cuenta.

El IRS fija la cantidad máxima de aportación todos los años (consulte el cuadro). Si tiene más de 55 años, puede contribuir con otros \$1,000 cada año. Los límites y las aportaciones a HSA pueden cambiar de un año a otro, o según los requisitos de elegibilidad y de la edad del participante. Los máximos incluyen las aportaciones a HSA antes y después de impuestos. Todas las aportaciones del estado o por cheque se depositan en las cuentas a mediados del mes.

Aportaciones y cantidades máximas de HSA*

Aportación	Cuenta individual	Cuenta familiar**
Año calendario 2024: aportación máxima total anual (1 de enero – 31 de diciembre de 2024)	Hasta los 54 años: \$4,150; 55 años o más: \$5,150	\$8,300
Año calendario 2025: aportación máxima total anual (1 de enero – 31 de diciembre de 2025)	Hasta los 54 años: \$4,300; 55 años o más: \$5,300	\$8,550
Año fiscal 2025 aportación estatal anual (1 de septiembre de 2024 – 31 de agosto de 2025)	\$540 (\$45 al mes)	\$1,080 (\$90 al mes)

*Una cuenta familiar incluye al participante de GBP más cualquier cantidad de dependientes inscritos en Consumer Directed HealthSelect.

Configuración de la HSA

Abra una HSA de Optum Bank lo antes posible. Cuando elija inscribirse en Consumer Directed HealthSelect mediante ERS OnLine, verá un enlace al sitio web de Optum Bank (optumbank.com/) que le permite abrir una HSA de inmediato.

Si no abre su HSA mediante ERS OnLine, Optum Bank le enviará información sobre cómo abrir una cuenta después de haberse inscrito en Consumer Directed HealthSelect. Debe tener una HSA de Optum Bank para recibir la aportación del Estado; el Estado no hará depósitos en una HSA de otro banco.

Cuando haya abierto su HSA, Optum Bank le enviará una tarjeta de débito para que pague los gastos elegibles de atención médica.

Tenga en cuenta que tendrá acceso únicamente al dinero que se haya acumulado en su HSA, no a los fondos que se comprometió a depositar en el futuro.

Revise las directrices del IRS o consulte con un asesor de impuestos para asegurarse de que es elegible para participar en una HSA. Para obtener más información, consulte [OptumBank.com](https://www.OptumBank.com).

Cobertura de medicamentos con receta



El plan del seguro médico incluye cobertura para medicamentos con receta. Express Scripts administra el programa de medicamentos con receta para los planes HealthSelect. Para obtener más información sobre Express Scripts, consulte [HealthSelectRx.com](https://www.healthselectrx.com).

Su tarjeta de ID para medicamentos con receta es distinta de su tarjeta de ID médica. Es posible que deba presentar la tarjeta de ID para medicamentos con receta cuando surta una receta.

Los medicamentos con receta se clasifican en tres categorías, llamadas niveles. Conforme al programa de medicamentos con receta de HealthSelect, hay diferentes copagos para cada nivel.

- Las recetas del Nivel 1 suelen ser medicamentos genéricos de menor costo.
- Generalmente, los medicamentos con receta del nivel 2 son medicamentos de marca preferidos de menor costo.
- Los medicamentos con receta del nivel 3 son medicamentos de marca no preferidos con un costo más alto.

Puede usar medicamentos genéricos cuando sea posible para reducir sus costos de atención médica y del plan.

Límite de gastos de bolsillo en gastos médicos

Para ayudar a protegerse de costos médicos excesivamente altos, HealthSelect of Texas y Consumer Directed HealthSelect tienen un máximo de gastos de bolsillo para la atención que recibe de los proveedores dentro de la red. Esta es la cantidad máxima que usted o su familia pagarán en un año por los copagos, el coseguro y los deducibles dentro de la red (según corresponda) para gastos de atención médica y medicamentos con receta cubiertos. Si alcanza esta cantidad máxima, el plan pagará el 100 % de los gastos cubiertos de proveedores y de farmacia dentro de la red por el resto del año calendario. No hay máximo de gastos de bolsillo para atención fuera de la red.

El máximo de gastos de bolsillo se restablece cada año calendario (1 de enero). En el cuadro de abajo se indican el máximo de gastos de bolsillo de los planes médicos.

Máximo de gastos de bolsillo dentro de la red para los planes de HealthSelect(excepto planes de Medicare)	
Año calendario 2024 (1 de enero - 31 de diciembre de 2024)	\$7,500 por persona \$15,000 por familia (afiliado GBP + uno o más familiares cubiertos)
Año calendario 2025 (1 de enero - 31 de diciembre de 2024)	\$8,050 por persona \$16,100 por familia (afiliado GBP + uno o más familiares cubiertos)

¿Requiere su medicamento autorización previa?

Si su medicamento requiere autorización previa, Express Scripts puede comunicarse con su proveedor para pedirle más información. Recuerde a su proveedor que responda cuanto antes. Si Express Scripts no puede comunicarse con el proveedor, es posible que se comunique con usted para obtener ayuda. Tenga en cuenta que:

- si Express Scripts le deja un mensaje, es posible que para proteger su privacidad no incluya los datos completos, como el nombre del medicamento.
- Los medicamentos que no requerían autorización previa con el administrador anterior podrían requerirla ahora.

Para saber si sus medicamentos requieren autorización previa o terapia escalonada, o si tienen límites de cantidad, visite [HealthSelectRx.com](https://www.healthselectrx.com) y haga clic en "Preferred Drug List" (Lista de medicamentos preferidos), o llame gratis a un representante de atención al cliente al (800) 935-7189 (TTY: 711).

Para obtener más información



Consulte el cuadro comparativo de los planes médicos

en su paquete de inscripción de verano para comparar la cobertura de los medicamentos con receta de los diferentes planes médicos HealthSelect. Si desea más información sobre su cobertura de medicamentos con receta, visite el sitio web de su plan o ers.texas.gov → **Active Employees** → **Health Benefits** → **Learn more about health coverage for active employees** → **Prescription drug programs** (Empleados activos → Beneficios médicos → Más información sobre la cobertura médica para empleados activos → Programas de medicamentos con receta).

Estado de consumo de tabaco



Cada participante inscrito en un plan de seguro médico GBP debe certificar su estado de consumo o no consumo de tabaco. Debe actualizar su estado de consumo de tabaco si su consumo de tabaco o el de un dependiente ha cambiado.

Un consumidor de tabaco es una persona que ha consumido cualquier producto de tabaco cinco o más veces en los últimos tres meses consecutivos. Los consumidores de tabaco certificados pagan una prima mensual para consumidores de tabaco.

Los productos de tabaco son todos los tipos de tabaco, incluyendo, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco para masticar, rapé, tabaco de chupar; y todos los cigarrillos electrónicos y los productos de vapeo. Si usted o un familiar cubierto usan estos productos, debe informar al ERS.

Puede actualizar su estado de uso de tabaco durante la fase de inscripción de verano por medio de su cuenta de ERS OnLine. Si no certifica su uso de tabaco, podría perder su cobertura de seguro médico de GBP. Si va a usar el formulario para actualizar su estado de uso de tabaco, complete e imprima el formulario de certificación de ers.texas.gov → **Active Employees** → **Find Forms** (Empleados activos → Buscar formularios). Entregue los formularios completados a su coordinador de beneficios o, si trabaja para HHS, al Centro de Servicios para Empleados de HHS.

La primera prima de los participantes que cambian un certificado a consumo de tabaco durante la inscripción de verano se deducirá de su cheque de pago de sueldo del 1 de octubre. Para obtener más información de la prima de uso de tabaco, consulte la hoja de tarifas del año del plan 2025 (disponible en ers.texas.gov/se-2023) o su estado de cuenta personal de inscripción de beneficios. Si desea más información sobre la política de tabaco, visite ers.texas.gov → **Active Employees** → **Health Benefits** → **Read about ERS' tobacco policy** (Empleados activos → Beneficios médicos → Lea sobre la política de tabaco de ERS).

Si su consumo de tabaco o el de un dependiente cambian durante el año del plan, debe actualizar la condición en su cuenta lo antes posible. No tiene que esperar hasta la inscripción de verano para cambiar el estado de consumo de tabaco.

Alternativa a la prima para consumidores de tabaco



Si usted consume tabaco, puede calificar para una alternativa a la prima para consumidores de tabaco si esto se ajusta a las recomendaciones de su médico. Para obtener más información sobre esta alternativa, llamada "Choose to Quit" (Elijo dejarlo), consulte la política sobre tabaco del ERS en el sitio web del ERS (ver arriba).

Seguro de la vista



Los beneficios de la vista son una manera fácil para que usted y sus dependientes mantengan una vista y unos ojos saludables. Con State of Texas VisionSM, puede ahorrar dinero en exámenes de la vista y anteojos para usted y su familia con una pequeña prima mensual y copagos bajos.

EyeMed Vision Care, LLC. es el administrador de State of Texas Vision. Los participantes del plan tienen acceso a la red INSIGHT de EyeMed, que incluye tiendas de retail y proveedores en línea independientes, nacionales y regionales.

State of Texas Vision ofrece un examen ocular integral por participante cubierto en cualquier momento durante el año del plan. Los exámenes oculares completos pueden ayudar a detectar cambios sutiles o signos asociados con enfermedades sistémicas, como la diabetes y la hipertensión. En estos exámenes también se pueden detectar problemas de la vista, como cataratas o glaucoma, pero las condiciones oculares graves solo estarán cubiertas por su plan de salud GBP.

El plan State of Texas Vision proporciona una asignación anual de \$200 en retail para usar en monturas de anteojos, o en lentes de contacto, pero no en las dos cosas. Por ejemplo, si usa su asignación de \$200 para comprar lentes de contacto, no tendrá asignación para monturas de anteojos el resto del año del plan. Para ver una lista completa de los beneficios del plan y una lista de proveedores, visite StateofTexasVision.com. Consulte el cuadro comparativo de seguros de la vista en ers.texas.gov/se-2024 para ver cómo se compara State of Texas Vision con su plan de salud de GBP.



State of Texas Dental Choice PlanSM

State of Texas Dental Choice Plan es un plan de seguro dental de una organización de proveedores preferidos (PPO). Puede visitar a cualquier dentista que quiera, pero pagará menos si el dentista está en una de las dos redes de Delta Dental:

- Delta Dental PPO
- Delta Premier

Todos los dentistas de Delta Dental PPO y de Delta Premier son proveedores dentro de la red. Usted recibe la misma cobertura en cualquiera de las dos redes, pero es posible que pague menos por los servicios cubiertos de la red de Delta Dental PPO. Los dentistas de Delta Premier pueden cobrar tarifas más altas por los mismos servicios cubiertos.

Los beneficios están disponibles en los Estados Unidos. Si recibe un servicio cubierto en Canadá o en México, se procesará como un beneficio fuera de la red. Si viaja fuera de EE. UU., Canadá o México y necesita un servicio cubierto en caso de emergencia, se procesará como un beneficio fuera de la red, reembolsable en moneda estadounidense.

DeltaCare[®] USA

Organización para el mantenimiento de la salud dental de Estados Unidos DeltaCare[®] USA

Es un plan de seguro dental de la organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO).

- La cobertura se aplica solo a los dentistas del área de servicio de Texas. Antes de inscribirse, asegúrese de que en su área haya un dentista de la red de DeltaCare[®] USA.
- Debe elegir un dentista de atención primaria (PCD) de una lista de proveedores aprobados. Usted y sus dependientes inscritos pueden elegir PCD diferentes.
- Los servicios de los dentistas especialistas participantes cuestan un 25 % menos que los cargos habituales de los dentistas cuando su PCD coordina la atención especializada.

Tarjeta de identificación “Smart”, si quiere una



Para mantener los costos bajos, los empleados que se inscriban en el seguro dental del GBP no recibirán una tarjeta de ID, y los dentistas participantes de Delta no deben pedirla.

Si quiere una tarjeta, puede descargar una tarjeta de ID virtual en su teléfono inteligente mediante la aplicación Delta Dental. También puede descargar e imprimir su información de identificación desde www.ERSdentalplans.com o llamar gratis al teléfono de Delta Dental al (888) 818-7925 (TTY: 711) para que le envíen por correo una copia en papel.

Sus dependientes cubiertos no pueden acceder a la aplicación Delta Dental y sus nombres no se mencionan en la tarjeta de ID. Los proveedores pueden verificar la cobertura de un dependiente usando el nombre de este o su nombre y el número de identificación del plan.

Cuadro comparativo de planes dentales

Este cuadro es un resumen de los beneficios de los dos planes de seguro dental. Consulte los folletos del plan en **ERSdentalplans.com** para ver la cobertura real y las limitaciones. Delta Dental administra los dos planes. Antes de comenzar el tratamiento, hable del plan de tratamiento y de todos los cargos con su dentista.

	PPO de State of Texas Dental Choice Plan – dentro de la red	PPO de State of Texas Dental Choice Plan – fuera de la red	DeltaCare® USA DHMO(servicios solo para participantes PCD)
Dentistas	Dentistas dentro de la red	Dentistas fuera de la red	Debe elegir un dentista de atención primaria (PCD). NOTA: No todos los dentistas dentro de la red aceptan pacientes nuevos. Los dentistas no están obligados a permanecer en el plan durante todo el año.
Deducibles	Servicios de prevención: Individual: \$0; familiar: \$0 Servicios básicos/de alta complejidad combinados: Individual: \$50; familiar: \$150 Servicios de ortodoncia: sin deducible En State of Texas Dental Choice los deducibles se establecen por año calendario y se restablecen el 1 de enero.	Servicios de prevención: Individual: \$50; familiar: \$150 Servicios básicos/de alta complejidad combinados: Individual: \$100; familiar: \$300 Servicios de ortodoncia: sin deducible	Ninguno
Copagos/ coseguro	Servicios de prevención y diagnóstico: ninguno Servicios básicos: 10 % de coseguro después de cubrir el deducible para servicios básicos Servicios de alta complejidad: 50 % de coseguro después de cubrir el deducible para servicios de alta complejidad. No hay ningún cargo por nada que supere la cantidad permitida. Después de alcanzar el beneficio máximo del año calendario, el participante paga el 60 % hasta el 1 de enero.	Servicios de prevención y diagnóstico: 10 % de coseguro después de alcanzar el deducible para servicios de prevención y diagnóstico Servicios básicos: 30 % de coseguro después de alcanzar el deducible para servicios básicos Servicios de alta complejidad: 60 % de coseguro después de alcanzar el deducible para servicios de alta complejidad Es posible que los participantes deban pagar la diferencia entre la cantidad permitida y los cargos facturados. Una vez que se alcanza el beneficio máximo del año calendario, el participante paga el 100 % hasta el 1 de enero.	Dentista de atención primaria (PCD): Los copagos varían según el servicio y se mencionan en el folleto "Schedule of Dental Benefits" (Programa de beneficios dentales). Odontología especializada: 75 % de la tarifa usual y habitual del dentista cuando el PCD coordina la atención especializada (la DHMO no paga nada)
Beneficios máximos por año calendario	\$2,000 por persona cubierta (incluye extracciones ortodónticas) más 40 % después de alcanzar el beneficio máximo del año calendario.	No aplica a servicios de ortodoncia que prestan dentistas fuera de la red (el plan paga \$0).	Ilimitados
Beneficio máximo de por vida	\$2,000 por persona cubierta para servicios de ortodoncia	\$2,000 por persona cubierta para servicios de ortodoncia	Ilimitados
Costo promedio de la limpieza/ los exámenes bucales	Se permiten hasta dos limpiezas/ exámenes bucales por año calendario.	10 % de la cantidad permitida después de alcanzar el deducible Se permiten hasta dos limpiezas/ exámenes bucales por año calendario.	Varían según el servicio y se mencionan en el folleto "Schedule of Dental Benefits" (Programa de beneficios dentales). Se permiten hasta dos limpiezas/ exámenes bucales por año calendario.
Cobertura de ortodoncia	50 % de la cantidad permitida	50 % de la cantidad permitida Es posible que los participantes deban pagar la diferencia entre la cantidad permitida y los cargos facturados.	Servicios de ortodoncia que presta un dentista general mencionados en el directorio con un código de tratamiento "0": \$1,800 para niños, \$2,100 para adultos Servicios de ortodoncia que presta un especialista: 75 % de la tarifa habitual (el plan paga \$0)

Programa de cuentas de gastos flexibles

TEXFLEXSM

Si participa en una o más de las cuentas TexFlex de gastos flexibles (FSA), puede reservar dólares de su salario, antes de impuestos, para cubrir los gastos de bolsillo elegibles de atención médica o de cuidado de dependientes. Su aportación de TexFlex se deduce automáticamente de su sueldo y se deposita en su cuenta todos los meses.

Cómo funciona

Hay tres tipos de FSA:

- **Una FSA de atención médica** paga los gastos médicos, dentales y de la vista elegibles, para usted y para sus dependientes elegibles. Algunos ejemplos de gastos de atención médica elegibles son los copagos, los deducibles, los coseguros y algunos artículos de venta libre que no están cubiertos por el seguro médico. Los participantes de Consumer Directed HealthSelectSM no pueden tener una FSA de atención médica.
- **Una FSA de uso limitado** paga los gastos dentales y de la vista elegibles tanto para usted como para sus dependientes elegibles. Solo los participantes de Consumer Directed HealthSelect pueden tener una FSA de uso limitado de TexFlex.
- **Una FSA de atención de dependientes** paga la atención de niños o adultos discapacitados mientras usted está en el trabajo. Algunos ejemplos de gastos elegibles son el cuidado después de la escuela, el kinder, el preescolar, el campamento de verano y la guardería para adultos. Los niños elegibles deben ser menores de 13 años. Los adultos elegibles (o niños de 13 años o más) no deben ser capaces de cuidar de sí mismos.

Puede consultar una lista de los gastos elegibles o utilizar la herramienta de búsqueda de gastos elegibles visitando [TexFlexERS.com](#) → **Program Resources** (Recursos del programa).

Durante su fase de inscripción de verano puede cambiar la cantidad que aporta a su FSA. Si después de revisar sus necesidades de elección anuales no hace ningún cambio durante la inscripción de verano, las cantidades anuales que aporte a sus cuentas en el siguiente año del plan seguirán siendo las mismas que las de este año del plan.

Después de inscribirse en una FSA TexFlex de atención médica o de uso limitado, recibirá una tarjeta de débito por correo. Puede usarlas para pagar gastos de bolsillo elegibles no reembolsados por otra fuente, pero no para pagar la atención de dependientes. No hay ningún costo por usar la tarjeta de débito.

Si son elegibles, los empleados activos se pueden inscribir en una FSA de atención médica o en una FSA de uso limitado, y además, inscribirse en FSA una de atención de dependientes. Consulte el cuadro de la página 13 para conocer las reglas que se aplican a cada tipo de cuenta.

¿Por qué debería hacer aportaciones a una FSA?

Las aportaciones a una cuenta de gastos flexibles se deducen antes de que usted pague impuestos sobre sus ingresos. Como las FSA reducen sus ingresos imponibles, usted ahorrará en impuestos. Para obtener más información sobre los planes y sus características de ahorros de impuestos, visite [TexFlexERS.com](#) → **Program Resources** (Recursos del programa).

Ya que las FSA de TexFlex FSA están libres de impuestos, IRS exige que se validen todas las compras que se hagan con fondos de TexFlex. Inspira Financial, el administrador de planes de TexFlex, puede pedirle que presente un comprobante de que usó su tarjeta de débito de TexFlex para pagar gastos elegibles. Asegúrese de guardar sus facturas o una explicación de los beneficios. Puede encontrar otros consejos útiles para usar su tarjeta de débito TexFlex en la página “Program Resources” (Recursos del programa) de TexFlex, en [TexFlexERS.com](#).

¿Le sobra dinero TexFlex?

Los participantes actuales de FSA de atención médica o FSA de uso limitado pueden transferir hasta \$610 de los fondos no usados del año del plan 2024 (que termina el 31 de agosto de 2024) al año del plan 2025 (que comienza el 1 de septiembre de 2024). **Cualquier fondo no usado del año del plan 2024 que sobrepase los \$610 se debe considerar perdido.** Los reclamos se deben presentar antes del final del período de extensión que termina el 31 de diciembre de 2024. Si tiene FSA de atención médica o de uso limitado en el año del plan 2025, puede transferir hasta \$640 del año del plan 2025 (que termina el 31 de agosto de 2025) al año del plan 2026 (que comienza el 1 de septiembre de 2025).

La FSA de atención de dependientes no permite transferir los saldos restantes, pero los participantes tienen un período de gracia de 2½ meses después de que termine el año del plan para incurrir en gastos elegibles de atención de dependientes. Para el año del plan actual que termina el 31 de agosto de 2024, los participantes de FSA de atención de dependientes pueden incurrir en gastos elegibles hasta el 15 de noviembre de 2024. Cualquier fondo del año del plan 2024 que no se use antes del 15 de noviembre de 2024 se perderá. Los reclamos se deben presentar antes del final del período de extensión que termina el 31 de diciembre de 2024. El período de gracia aplica a las FSA de atención de dependientes para el año del plan 2025. Los participantes pueden incurrir en gastos elegibles del año del plan 2025 hasta el 15 de noviembre de 2025, y deben presentar sus reclamos antes del final del período de extensión, el 31 de diciembre de 2025.

Cuenta de gastos flexibles en el año del plan 2025

Atención médica, uso limitado y atención de dependientes

	FSA de atención médica	FSA de uso limitado (Solo para participantes de Consumer Directed HealthSelect)	FSA de atención de dependientes
Gastos elegibles Consulte la lista completa en textflex.inspirafinancial.com/	<ul style="list-style-type: none"> Copagos, coseguros y otros cargos por gastos de bolsillo médicamente necesarios no cubiertos por el seguro ni reembolsados por otra fuente Copagos y deducible para medicamentos con receta Medicamentos de venta libre 	<ul style="list-style-type: none"> Gastos de la vista y dentales no cubiertos por el seguro ni reembolsados por otra fuente 	<ul style="list-style-type: none"> Kinder, cuidado extraescolar y campamento diurno de verano para hijos dependientes menores de 13 años Programas de cuidados diarios para adultos para las personas que califican
Contribución máxima	\$3,200	\$3,200	\$5,000 por grupo familiar
Disponibilidad de fondos	Elección total disponible a partir del 1 de septiembre	Elección total disponible a partir del 1 de septiembre	Fondos disponibles todos los meses a medida que se hacen las aportaciones
Tarjeta de débito (sin cargo)	Sí	Sí	No
Transferencia de fondos o período de gracia	Se permite transferir hasta \$640 del año del plan 2025 (que termina el 31 de agosto de 2025) al año del plan 2026 (que comienza el 1 de septiembre de 2025). Los fondos no usados del año del plan 2025 de más de \$640 se deben considerar perdidos.	Se permite transferir hasta \$640 del año del plan 2025 (que termina el 31 de agosto de 2025) al año del plan 2026 (que comienza el 1 de septiembre de 2025). Los fondos no usados del año del plan 2025 de más de \$640 se deben considerar perdidos.	Hay un período de gracia de 2½ meses, del 1 de septiembre al 15 de noviembre de 2025. Cualquier fondo del año del plan 2025 que no se use antes del 15 de noviembre de 2025 se perderá.
Período de validez	Presente antes del 31 de diciembre de 2025 los reclamos para gastos elegibles que pagó entre el 1 de septiembre de 2024 y el 31 de agosto de 2025.	Presente antes del 31 de diciembre de 2025 los reclamos para gastos elegibles que pagó entre el 1 de septiembre de 2024 y el 31 de agosto de 2025.	Presente antes del 31 de diciembre de 2025 los reclamos para gastos elegibles que pagó entre el 1 de septiembre de 2024 y el 15 de agosto de 2025.

TEXA\$AVERSM
401(k) / 457 Programa

Aunque puede abrir y modificar una cuenta Texa\$aver 401(k) o 457 en cualquier momento, la inscripción de verano es un momento excelente para pensar sobre sus ahorros personales para jubilación e inscribirse en una cuenta Texa\$aver o cambiar las cantidades que aporta.

Su renta vitalicia por jubilación y sus beneficios del Seguro Social del Estado de Texas son solo parte de una seguridad económica durante la jubilación. Con Texa\$aver puede aumentar sus ahorros de jubilación mediante una cuenta con ventajas impositivas que permite flexibilidad de inversión y tarifas más bajas que la media. Obtenga más información en Texasaver.com.

¿Tiene preguntas sobre Texa\$aver?

Los asesores de planes de jubilación de Texa\$aver están disponibles para responder preguntas sobre cuentas individuales y ayudarlo con sus objetivos de planificación de la jubilación. Visite el sitio web de Texa\$aver en Texasaver.com → **Plan resources** → **Retirement Advisors Map** (Recursos del plan → Mapa de asesores de jubilación) para programar una cita en línea, o llame gratis a un representante al (800) 634-5091, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., CT. También puede escanear el código QR para buscar a un asesor de su región y su información de contacto.



Seguro por discapacidad



¿Qué es el seguro por discapacidad?

TIPP ofrece cobertura por discapacidad a corto y largo plazo, que protege sus ingresos pagando un porcentaje de su cheque de pago si queda discapacitado y no puede trabajar por enfermedad, lesión o embarazo. TIPP es un beneficio opcional y solo está disponible para empleados activos, que pueden optar por inscribirse en uno de los planes o en los dos.

Mejoras en la cobertura de TIPP a partir del 1 de septiembre



Para el año del plan 2025, la Junta Directiva de ERS aprobó ciertas mejoras en el programa del Texas Income Protection Plan (plan de protección de los ingresos de Texas, TIPP) para seguir apoyando la seguridad financiera y el bienestar general de los empleados y de sus familias. Estos cambios proporcionarán mayor flexibilidad en relación con el momento en que los empleados puedan acceder a los beneficios, sin aumentar las tarifas de aportación al plan.

El plan de discapacidad a corto plazo acorta el período de espera

El período de espera requerido por el plan de discapacidad a corto plazo se reducirá de 30 días calendario a 14 días calendario. Esto significa que puede comenzar antes a recibir cobertura por discapacidad, pero aún deberá agotar su permiso de ausencia por enfermedad, si procede, antes de que comience la cobertura. Este es un beneficio muy conveniente para quienes tienen limitaciones en el permiso de ausencia por enfermedad.

Cómo funciona el TIPP con el permiso de ausencia parental pagada de las agencias estatales

Los beneficios del TIPP y el permiso de ausencia parental pagado para empleados de agencias estatales (no empleados de educación superior) se coordinarán para proporcionar cobertura complementaria en los reclamos de maternidad elegibles.

- El permiso de ausencia parental pagado para empleados de agencias estatales paga 40 días de permiso de ausencia a los padres de niños recién nacidos o recién adoptados. Los días pagados se basan en el programa laboral del empleado y no en los días calendario.
- La cobertura de TIPP para un reclamo de maternidad elegible para una madre cubierta comienza cuando se completa el período de espera o se agota el permiso de ausencia por enfermedad. La cobertura de TIPP no se aplicará si el permiso de ausencia por enfermedad supera el período máximo de beneficios. Sin embargo, una madre cubierta que acaba de dar a luz y es elegible para el permiso de ausencia parental pagado de una agencia estatal no necesita agotar el permiso de ausencia parental pagado para empezar a recibir pagos del TIPP.

Nota: ERS no administra el permiso de ausencia parental pagado. Si desea saber si es elegible para el permiso de ausencia parental pagado, consulte al coordinador de beneficios de su agencia.

Cómo funciona

	Cobertura por discapacidad a corto plazo	Cobertura por discapacidad a largo plazo
Beneficios mensuales	Proporciona un beneficio máximo del 66 % del salario mensual, hasta un beneficio de \$6,600 al mes si su salario mensual es superior a \$10,000. Ejemplo: Si su salario mensual es de \$4,000, recibirá como máximo \$2,640 al mes (el 66 % de su salario).	Proporciona un máximo del 60 % de su salario mensual, hasta un beneficio de \$6,000 al mes si su salario mensual es superior a \$10,000. Ejemplo: Su salario mensual es de \$4,000. Recibirá como máximo \$2,400 al mes (el 60 % de su salario).
Posible reducción de beneficios	Si usted es elegible para otros pagos por discapacidad (Seguro Social, pagos de compensación de los trabajadores, beneficios de jubilación por discapacidad del ERS, beneficios de jubilación por discapacidad del Sistema de Jubilación para Maestros de Texas u otros pagos por discapacidad), se reducirán sus pagos por discapacidad a corto y largo plazo. El beneficio mínimo es del 10 % de su salario mensual.	Si usted es elegible para otros pagos por discapacidad (Seguro Social, pagos de compensación de los trabajadores, beneficios de jubilación por discapacidad del ERS, beneficios de jubilación por discapacidad del Sistema de Jubilación para Maestros de Texas u otros pagos por discapacidad), se reducirán sus pagos por discapacidad a corto y largo plazo. El beneficio mínimo es del 10 % de su salario mensual.
¿Cuándo comienzan los beneficios?	Después de un período de espera de 14 días consecutivos (a partir del 1 de septiembre de 2024; 30 días antes del 1 de septiembre de 2024); cualquier permiso de ausencia por enfermedad se puede usar durante el período de espera de 14 días.	Después de un período de espera de 180 días naturales o después de que haya usado todo su permiso de ausencia por enfermedad (el período que sea más prolongado); el permiso de ausencia por enfermedad se puede usar durante el período de espera de 180 días
¿Durante cuánto tiempo se pagan los beneficios?	Hasta 166 días después de que haya finalizado el período de espera, aunque esto puede variar en función del agotamiento del permiso de ausencia por enfermedad.	Hasta que pueda reincorporarse al trabajo o hasta que alcance su período máximo de beneficios (según la edad cuando sufra la discapacidad) o según la condición que produzca la discapacidad Nota: En el caso de algunas deficiencias y enfermedades mentales, el período máximo de beneficios por discapacidad es de dos años. Si sufre una discapacidad a partir de los 69 años, los beneficios se pagarán durante un máximo de 12 meses.

Inscripción en el TIPP

Revise los documentos del plan antes de solicitar el seguro por discapacidad del TIPP. Solo pueden inscribirse los empleados activos. La cobertura del TIPP no está disponible para los familiares. Las condiciones preexistentes están sujetas a ciertas exclusiones. Si cancela su cobertura del TIPP, no podrá volver a inscribirse a menos que sea un nuevo empleado o proporcione evidencia de asegurabilidad (EOI) durante la inscripción de verano o cuando tenga un cambio en la vida que califique (QLE).

Cómo utilizar el permiso de ausencia por enfermedad

Debe usar todo el permiso de ausencia por enfermedad (incluyendo el permiso de ausencia extendido por enfermedad, el fondo de permisos de ausencia por enfermedad y la donación de permiso de ausencia por enfermedad) o completar un período de espera (14 días para corto plazo, 2024 días para largo plazo, la opción que sea más prolongada), antes de que se paguen los beneficios por discapacidad. Si tiene preguntas sobre las políticas de ausencia, incluyendo FMLA y ausencia parental pagada, consulte con el personal de recursos humanos de su organización.

Seguro de vida



Su cobertura médica mediante el ERS incluye un seguro de vida básico a término de \$5,000 con una cobertura de \$5,000 por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D) sin costo para usted.

Es probable que esta cobertura limitada no sea suficiente para cubrir los costos del final de la vida y de funeral, o para mantener a familiares que sigan vivos. Si quiere que su familia u otras personas que dependen de su salario tengan más seguridad económica cuando usted muera, debe considerar la contratación de un seguro de vida extra.

Seguro opcional de vida a término

Durante la inscripción de verano usted puede pedir un seguro de vida extra mediante evidencia de asegurabilidad o EOI (consulte la información a la derecha) en incrementos sobre la base de su salario anual, con una cantidad que coincida con el seguro de AD&D. Puede elegir de una a cuatro veces su salario anual, hasta una cobertura de \$400,000.

Securian Financial Group, Inc. es el administrador de planes de seguro básico y opcional de ERS. La calculadora de Securian, en lifebenefits.com/plandesign/ers → **Calculate**, puede ayudarlo a decidir cuánta cobertura de seguro de vida podría necesitar. La prima mensual del año del plan 2025 está basada en su elección de cobertura y en su salario y edad al 1 de septiembre de 2024.

Seguro de vida a término para dependientes

Para primas mensuales extra, usted puede pedir por medio de EOI (consulte la información a la derecha) la inscripción de sus dependientes elegibles en seguro de vida a término para dependientes con seguro de AD&D.

Si sus dependientes reciben aprobación, los beneficios incluyen \$5,000 de seguro de vida a término con \$5,000 por AD&D para cada familiar cubierto. Recibirá el beneficio tras el fallecimiento de un dependiente cubierto o en caso de ciertas lesiones accidentales. Su prima mensual cubre a todos sus dependientes elegibles, pero debe nombrar a todos los dependientes en su póliza.

Seguro voluntario por AD&D

El seguro voluntario de muerte y desmembramiento accidentales (AD&D) puede dar más protección financiera a usted y a su familia en caso de ciertas lesiones o muerte accidentales. Puede elegir el seguro desde \$10,000 hasta \$200,000 en incrementos de \$5,000.

Puede inscribirse para obtener cobertura solo o incluir a su familia. NO se necesita una EOI para la cobertura por AD&D.

- Si usted fallece como resultado directo de una lesión corporal accidental, sus beneficiarios reciben la cantidad total de la cobertura.
- Los familiares inscritos están cubiertos con niveles de beneficios parciales.
- Si tiene un accidente y sufre alguna de las lesiones cubiertas, como la pérdida de una mano, de un pie o de la vista en al menos un ojo, recibirá un beneficio hasta de la cantidad total de su cobertura.
- Si un familiar elegible pierde una mano, un pie o la vista en al menos un ojo en un accidente, usted recibirá un porcentaje del beneficio si tiene cobertura para ese familiar.

Evidencia de asegurabilidad

Si espera hasta después de los primeros 31 días de empleo para solicitar la inscripción en el seguro opcional de vida a término, en el de vida a término para dependientes o en el de discapacidad TIPP, debe proporcionar evidencia de asegurabilidad (EOI). EOI es un proceso de solicitud en el que da información sobre su salud o la de sus dependientes. Se puede denegar la cobertura para usted o sus dependientes basándose en la información de la solicitud de EOI.

Cómo presentar su EOI

Puede iniciar el proceso de EOI en línea después de solicitar la inscripción en el seguro de vida o por discapacidad. Puede decidir si quiere que el asegurador de EOI se comunique con usted por correo postal o electrónico. Luego:

- El asegurador de EOI le dará instrucciones para presentar su solicitud de EOI.
- Debe responder todas las preguntas de la solicitud de EOI de manera veraz y completa. Si falta información, se puede retrasar el proceso.
- Si es necesario, el asegurador de EOI le pedirá más información para tomar una decisión sobre su solicitud.

Si tiene preguntas sobre el proceso de EOI para el seguro de vida, llame gratis a Securian al (877) 494-1716, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., CT.

Si tiene preguntas sobre el proceso de EOI para el seguro por discapacidad, llame gratis a TIPP al (855) 604-6230, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., CT.

Fechas de inicio de la cobertura

Si inició la EOI durante la inscripción de verano y recibió la aprobación, la cobertura comienza:

- el 1 de septiembre de 2024, si la aprobación de EOI tiene fecha anterior al 1 de septiembre, o
- el primer día del mes siguiente a la aprobación de EOI, si la aprobación tiene fecha del 1 de septiembre o después.

Contactos

Médico

Plan	Administrador	Teléfono	Sitio web
HealthSelect of Texas® HealthSelect SM Out-of-State Consumer Directed HealthSelect SM	Blue Cross and Blue Shield of Texas Número de grupo – 238000	Llame gratis: (800) 252-8039 (TTY: 711) Línea de enfermería: (800) 581-0368	healthselectoftexas.com
Programa de medicamentos con receta de HealthSelect SM	Express Scripts	Llame gratis: (800) 935-7189 (TTY: 711)	HealthSelectRx.com
Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) de Consumer Directed HealthSelect	Optum Bank	Llame gratis: (800) 791-9361 (TTY: 711)	optumbank.com/

Dental

State of Texas Dental Choice Plan SM	Delta Dental Número de grupo – 20010	Llame gratis: (888) 818-7925 (TTY: 711)	ERSdentalplans.com
DeltaCare® USA DHMO	Delta Dental Número de grupo – 79140		

De la vista

State of Texas Vision SM	EyeMed Vision Care, LLC Número de grupo – 1050072	Llame gratis: (844) 949-2170 (TTY: 711)	StateofTexasVision.com
-------------------------------------	--	--	--

Seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales

Seguro básico de vida a término Seguro opcional de vida a término Seguro de vida a término para dependientes Seguro voluntario por AD&D	Securian Financial Group, Inc.	Llame gratis: (877) 494-1716 (TTY: 711)	lifebenefits.com/plandesign/ers
--	--------------------------------	--	--

Seguro por discapacidad a corto y a largo plazo

Texas Income Protection Plan SM (TIPP)	Alight, Inc. Evidencia de asegurabilidad garantizada por Guardian Life Insurance	Administrador del plan - Llamada gratis: (855) 604-6230 (TTY: 711) Preguntas sobre el seguro EOI - Requested_Information@glic.com	texasincomeprotectionplan.com
---	---	--	--

Otros programas

Programa de cuenta de gastos flexibles (FSA) TexFlex SM	Inspira Financial	Llame gratis: (866) 353-9839 (TTY: 711)	TexFlexERS.com
Programa TexaSaver SM 401(k)/457	Empower Retirement	Llame gratis: (800) 634-5091 (TTY: (800) 766-4952)	texasaver.com
Discount Purchase Program (programa de compras con descuento)	Beneplace	Llame gratis: (800) 683-2886 (TTY: 711) Local: (512) 346-3300	Beneplace.com/DiscountProgramERS

Ferías y seminarios web para inscripción de verano



ERS y los administradores del plan estarán en las ferías de inscripción de verano en todo el estado para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre sus beneficios. **Puede asistir a cualquiera de las ferías, no solo a las de su agencia o institución de educación superior.** No tiene que inscribirse para asistir a un evento en persona.

Si no puede asistir a un evento en persona, ERS y los administradores del plan GBP también harán varios seminarios web de una hora durante la inscripción de verano. Puede participar en tantos seminarios web cómodamente y como quiera, desde su casa o cualquier lugar que tenga acceso

a internet. Los seminarios web de inscripción de verano dan un resumen de todos los planes de Programas de Beneficios para Grupos de Empleados de Texas y sobre cualquier cambio de beneficios para el próximo año. Los seminarios web de planes específicos tienen un resumen del plan seguido de preguntas y respuestas con el administrador del plan. (Los representantes del plan pueden responder preguntas generales; si tiene una pregunta específica sobre su cuenta o un reclamo, llame al número de atención al cliente del plan).

Regístrese para un seminario web en ers.texas.gov → **View event calendars** → **Annual Enrollment Events** (Ver calendarios de eventos → Eventos de inscripción anual).

TENGA EN CUENTA: en casos poco frecuentes, el ERS deberá cancelar o cambiar los eventos por motivos ajenos a nuestro control. Cuando sea posible, avisaremos sobre las cancelaciones o los cambios en el sitio web del ERS. Si planea asistir a una feria de inscripción de verano o unirse a un seminario web, revise la página web de eventos de ERS (ers.texas.gov/Event-Calendar) poco antes del evento para ver cualquier actualización e información sobre estacionamiento.



Seminarios web durante la inscripción de verano

Inscríbese para un seminario web en ers.texas.gov/Event-Calendar. Cuando se registre, recibirá la información de inicio de sesión por correo electrónico.

Todos los horarios de los seminarios web están en CT.

Tema	Expositores	Fechas y horarios	
Resumen sobre la inscripción de verano	ERS	17 de junio a las 10 a. m.	15 de junio a las 10 a. m.
HealthSelect of Texas®	Blue Cross and Blue Shield of Texas	17 de junio a las 3:00 p. m.	1 de julio a las 3:00 p. m.
Consumer Directed HealthSelect SM	Blue Cross and Blue Shield of Texas Optum Bank	21 de junio a las 10 a. m.	9 de junio a las 10 a. m.
Programa de medicamentos con receta de HealthSelect SM	Express Scripts	18 de junio a las 3:00 p. m.	1 de junio a las 10 a. m.
Seguro dental	Delta Dental	24 de junio a las 10 a. m.	11 de julio a las 3:00 p. m.
State of Texas Vision SM	EyeMed	20 de junio a las 10 a. m.	12 de julio a las 3:00 p. m.
Seguro de vida a término y AD&D	Securian Financial	28 de junio a las 3:00 p. m.	8 de julio a las 10 a. m.
Texas Income Protection Plan SM	Alight, Inc. (antes ReedGroup)	20 de junio a las 3:00 p. m.	9 de julio a las 3:00 p. m.
TexFlex SM	Inspira Financial	21 de junio a las 3:00 p. m.	8 de julio a las 3:00 p. m.



Ferias de inscripción de verano en persona

Todas las ferias son de 10:30 a. m. a 1:30 p. m., hora local. La presentación de ERS empieza a las 11 a. m. y dura una hora. Si es usted un empleado activo, es posible que su agencia esté organizando una feria privada que no figure en la lista de abajo. Pida más información en el Departamento de Recursos Humanos (Human Resources Department).

10 de junio

Texas Department of Transportation – Training Center
135 Slaton Road,
Lubbock, 79404

12 de junio

**El Paso Community College
Administrative Services Center –
Edificio A**
9050 Viscount Blvd.,
El Paso, 79925

12 de junio

**Midland College
Edificio Allison Fine Arts –
Auditorio Wagner and Brown**
3600 N. Garfield St.,
Midland, 79705

13 de junio

**Centro de Servicios del Estado de
Texas – Presentación en la Sala 104**
622 S. Oakes St.,
San Angelo, 76903

20 de junio

**Texas Department of Criminal Justice
Recinto ferial del condado de
Walker – Sala Committeeman**
3925 St. Hwy. 30 W.,
Huntsville, 77340

26 de junio

**Austin Community College
Highland Campus, Edificio 2000,
Sala 1550 – Presentation Hall**
6101 Highland Campus Drive,
Austin, 78752

26 de junio

**South Texas College
Student Union Ballroom –
Sala 2.100**
3201 W Pecan Blvd., Edificio U
McAllen, 78501

27 de junio

**Texas State Technical College
Learning Resource Center**
1902 N. Loop 499,
Harlingen, 78550

27 de junio

**Edificio ACCESS del distrito de
Alamo Colleges
Sala de juntas y sala Broadway 100**
2222 N. Alamo St.,
San Antonio, 78215

2 de julio

**Tarrant County College – Campus
TRTR Trinity River
Salas 4202-C, 4212-C y 4216-C**
300 Trinity Campus Circle,
Fort Worth, 76102

9 de julio

**North Central Texas College
Leo and Mabel Scott Health Edificio
Science Center 2400**
1525 W. California St.,
Gainesville, 76240

10 de julio

**Employees Retirement System of
Texas** 1836 San Jacinto Blvd. Novena
planta Austin, 78701 *Estacionamiento
disponible en el garaje del edificio,
entrada por 18th St.*

10 de julio

**Texas Department of Transportation
Sala VTC Training**
1365 N. Main St.,
Paris, 75460

11 de julio

**Texarkana College
James Henry Russell STEM
Complex – Edificio Math**
2500 N. Robison Road.,
Texarkana, 75599

12 de julio

**Texas State Technical College
Edificio ITC**
2650 E. End Blvd. S.,
Marshall, 75672

16 de julio

**Brazosport College
Edificio Dow Academic Center (DAC)**
500 College Blvd.,
Lake Jackson, 77566

17 de julio

**College of the Mainland –
Conference Center
Edificio 21, Sala 135 A, B y C**
1200 N. Amburn Road,
Texas City, 77591

18 de julio

**Lone Star College
Edificio Community, Star Ballroom**
5000 Research Forest Drive,
The Woodlands, 77381

19 de julio

Texas Department of Transportation
7600 Washington Ave.,
Houston, 77007

El Sistema de Jubilación de Empleados de Texas (ERS) cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. ERS da ayuda y servicios lingüísticos gratuitos, como información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos), intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al: 1-877-275-4377, TDD: 711.

Si usted considera que el ERS no ha prestado estos servicios o ha discriminado de otro modo por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Correo: Section 1557 Coordinator Employees Retirement System of Texas
P.O. Box 13207, Austin, Texas 78711 Fax: 512-867-3480.

Correo electrónico: 1557coordinator@ers.texas.gov

Para obtener más información, visite: <http://www.ers.texas.gov>.

También puede presentar una queja de derechos civiles en línea ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por correo postal o por correo electrónico:

En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Correo: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201.

Correo electrónico: OCRCComplaint@hhs.gov

Visite <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html> para obtener más información.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you.	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。	توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ.

1-877-275-4377