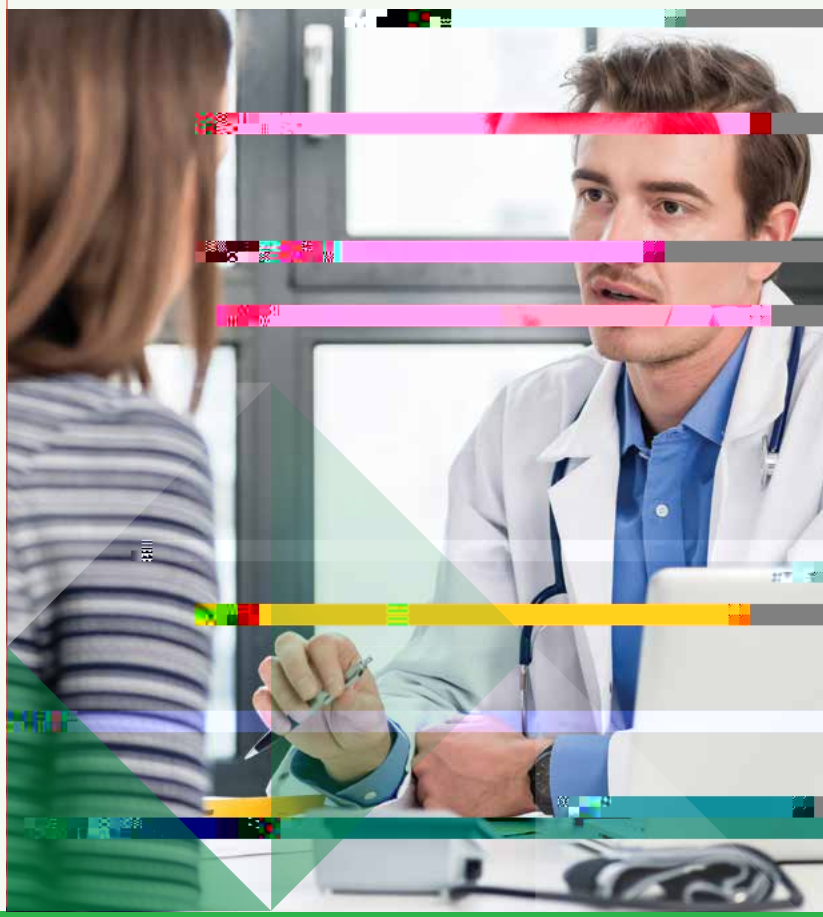
Términos básicos sobre seguros de salud



Costos de desembolso médicos y de farmacia para 2023-2024

6L VH LQVFULEH HQ HO SODQ
R VH SDVD D HVWH SODQ V
GHGXFLEOHVPEROVRV VH UHLQ
rGHQHUR \ FDGD rbGHbHQH

Planes de ahorros para la jubilación (continuación)

- Antes de abrir una cuenta de anualidad 403(b)(1) o de custodia 403(b)(7), usted debería investigar exhaustivamente las opciones disponibles, incluso otros planes, como por ejemplo un plan 457(b) patrocinado por el empleador. Puede obtener más información sobre los planes 403(b) en www.403bwise.org .
- Ni Conroe ISD ni First Financial Administrators, Inc. ofrecen asesoramiento ni respaldan o aprueban explícita o implícitamente ningún proveedor o agente especí co del plan 403(b). Puede comparar las tarifas de los planes 403(b) de los proveedores disponibles en www.403compare.com . Además, puede investigar a las rmas y los agentes en www.investor.gov/CRS .

PASO 2: Con gure su cuenta del plan 403(b).

- Complete las formas de inscripción del plan 403(b) o inscríbase en línea a través de la compañía que seleccione. Si tiene una cuenta existente que fue abierta mientras usted era empleado de otro distrito escolar, es posible que pueda seguir contribuyendo a la cuenta a través de Conroe ISD. Contacte al proveedor de su plan 403(b) o a First Financial para obtener ayuda. Es posible que deba completar una forma de transferencia entre planes.
- Si la compañía del plan 403(b) que selecciona no permite que usted se inscriba por su cuenta y exige que lo haga a través de un agente, puede llamar a la compañía para obtener información sobre un agente en su área. También puede usar la herramienta de búsqueda de agentes del plan 403(b) de First Financial en Si -.9(e)1342139as8 [(S)-6(i)-8.7(t)-18.al en 8.7(s .2(. o(d.9(i).6(a)-7.4(l14.43.2(n)-8.7(t)-163)-3(e)-3.9-1Tde (l148)-13.31. qu

CONROE
INDEPENDENT

Asistencia con el pago de primas conforme a Medicaid y al Programa de Seguro de Salud para Niños

Si usted o sus hijos cumplen con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) y si los cumplen para recibir cobertura de salud a través de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia con el pago de primas, que puede ayudarlo a pagar la cobertura por medio de los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si ni usted ni sus hijos cumplen con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid o de CHIP, usted no cumplirá con los requisitos para estos programas de asistencia con el pago de primas, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información, visite www.HealthCare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se mencionan a continuación, comuníquese con la o cina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si está disponible la asistencia con el pago de primas.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o uno de ellos podría cumplir con los requisitos para alguno de estos programas, comuníquese con la o cina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS NOW (1-877-543-7669) o ingrese en www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar la cobertura. Si reúne los requisitos, consulte con el estado para saber si este cuenta con un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes cumplen con los requisitos para recibir asistencia con el pago de primas conforme a Medicaid o CHIP y al plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de “inscripción especial”, y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse declarado que cumple con los requisitos para recibir asistencia para el pago de primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través del sitio web (www.askebsa.dol.gov) o 1-877-5 3631533-1523(orf)29.p--53(TDendi4129.48ra ave

Introducción

Le hemos enviado este aviso porque recientemente obtuvo cobertura según un plan de salud de grupo (“el Plan”). Este aviso tiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura según la COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura según el Plan. En este aviso, se explica qué es la continuación de la cobertura según la COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger el derecho a recibirla. Si cumple con los requisitos para la continuación de la cobertura según la COBRA, es posible que también cumpla con los requisitos para otras opciones de cobertura que pueden ser menos costosas que la continuación de la cobertura según la COBRA.

Derechos de continuación de la cobertura según la COBRA

Istdsobrsunsing2n accesrecho a la

8 Tf -1.062 TRA.

n de la cobertura según ?062 TRA. equisit(puebavi riueia oho a la)y elige 363para l

0 e062 TRA. 6

CONROE
NDEPENDENT