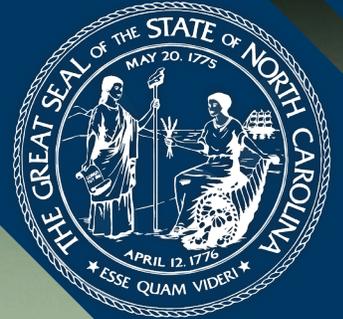


Guía de inscripción **2024**



Mariposa ojos de venado en aster aromático
Fotografía Roger C via flickr

¡Esta es su oportunidad para descubrir los beneficios que ofrece NCFlex y de elegir las opciones de beneficios que sean mejor para usted y su familia!



¡Bienvenido a la inscripción de NCFlex!

NCFlex le da acceso a una diversidad de beneficios y recursos que lo ayudarán a cuidar su salud física, emocional y financiera. La elección de los beneficios que mejor cubran sus necesidades depende de usted.

Tome medidas para aprovechar al máximo todo lo que NCFlex ofrece, incluyendo:

6 Cuenta de gastos flexibles

- Cuenta de gastos flexibles para atención médica (HCFA)
- Cuenta de gastos flexibles para el cuidado diurno de personas dependientes (DDCFSA)

9 Seguro médico complementario

- Plan de accidentes
- Cáncer y enfermedades específicas
- Enfermedades graves

18 Plan dental

20 Plan de la vista

22 Información financiera y sobrevivientes

- Seguro de vida a término de grupo
- Muerte y desmembramiento accidental (AD&D) Core
- Muerte y desmembramiento accidental (AD&D) Voluntary
- Discapacidad

37 Plan complementario de TRICARE

☆ ¡Consejo sobre beneficios!

Todos los planes médicos complementarios (accidente, cáncer y enfermedades específicas y enfermedades críticas) incluyen un Beneficio de bienestar. Usted y sus familiares cubiertos son elegibles para un Beneficio de bienestar en cada uno de los planes médicos en los que esté inscrito. Vea las páginas del plan individual en esta guía para obtener más información.

Acerca de esta guía

Esta guía describe los beneficios que se ofrecen mediante NCFlex. En el caso de que haya discrepancias entre el contenido de este documento y el contenido del documento del plan y los certificados del seguro, regirá el documento del plan y los certificados del seguro. Las modificaciones en las leyes de impuestos y en otros requisitos pueden producir cambios en el plan. El estado se reserva el derecho de modificar o terminar los planes o cualquier beneficio de este plan en cualquier momento. Esta guía es solo un resumen de los planes de beneficios. Usted puede revisar u obtener una copia de los certificados de cobertura visitando el sitio web en ncflex.org.

¿Tiene preguntas?

Comuníquese con su Representante de Beneficios Médicos (HBR) local o con el Departamento de Recursos Humanos, ncflex@nc.gov, o puede comunicarse con los proveedores de beneficios individuales que están en la parte de atrás de esta guía.

Inscríbese para obtener los beneficios

Mariposa monarca en vara de oro
Fotografía: David Hess vía flickr

Cuándo puede inscribirse

Como empleado nuevo o como empleado elegible recientemente para recibir beneficios	Como empleado actual durante la inscripción anual	Como empleado actual si tiene un evento de vida que lo hace calificar
<p>Los beneficios entran en vigor el primer día del mes después de su fecha de contratación o elegibilidad, a menos que se necesite la Evidencia de asegurabilidad (EOI).*</p>	<p>Los beneficios entran en vigor el 1 de enero del nuevo año del plan (2024), a menos que se necesite la EOI.*</p>	<p>Los beneficios entran en vigor el primer día del mes después del evento de vida, a menos que necesite la Evidencia de asegurabilidad (EOI).*</p>
<p>Usted tiene 30 días desde su fecha de contratación para inscribirse en los beneficios. Sus elecciones de beneficios entrarán en vigor el primer día del mes posterior a su fecha de contratación.</p> <p>Si no se inscribe en el plazo de 30 días, no tendrá ningún beneficio de NCFlex por el resto del año del plan. Su próxima oportunidad para inscribirse será en el próximo otoño durante la inscripción anual para el próximo año del plan o cuando tenga un evento de vida calificado que le pueda permitir agregar o eliminar un dependiente, por ejemplo, si se casa o se divorcia.</p>	<p>La inscripción anual es una oportunidad única en el año para revisar y seleccionar sus beneficios para el siguiente año, agregar o cancelar la cobertura de dependientes y para inscribirse en las cuentas de gastos flexibles. La inscripción anual para 2024 será del 9 de octubre al 27 de octubre de 2023.</p> <p>Si no se inscribe durante el período de la inscripción anual, sus elecciones actuales se renovarán, excepto las elecciones de la Cuenta de gastos flexibles (cuenta de gastos flexibles para atención médica o la cuenta de gastos flexibles para cuidado diurno de personas dependientes), que debe seleccionarse cada año.</p>	<p>Usted puede inscribirse o hacer modificaciones en las elecciones de los beneficios durante el año si tiene un evento de vida calificado (consulte la lista abajo). Usted debe inscribirse o hacer modificaciones en el plazo de 30 días a partir del evento que haga que califique.</p> <p>Los eventos de vida que hacen que califique incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matrimonio • Divorcio o separación legal • Nacimiento o adopción (o colocación en adopción) de un niño • Fallecimiento de un dependiente cubierto • Cambio de empleo de su cónyuge, que afecte la elegibilidad de sus beneficios • Su dependiente cumple 26 años <p>Toda modificación que haga en la cobertura debe coincidir con su cambio de estado.</p>

*Para el plan Voluntary Disability, la cobertura entra en vigor el primer día del mes después de la fecha de inscripción en el plan. Sin embargo, si usted se inscribe en el plan el primer día del mes, su fecha de entrada en vigor será ese día.

*Los requisitos de EOI (evidencia de asegurabilidad) varían según la cobertura. Revise cada sección de cobertura para obtener más información.

Cómo inscribirse

Usted puede inscribirse en los beneficios de NCFlex de una de dos maneras:



En línea en **ncflex.org**

Visite el sitio web **ncflex.org** y haga clic en el botón *Enroll Now* (Inscríbase ahora).

Haga clic en el botón para SU sistema de inscripción. Si su empleador no está incluido en la lista, seleccione el botón “eBenefits” o comuníquese con su representante de HR para recibir asistencia.

Cuando haya iniciado la sesión, el sistema de inscripción lo guiará por los pasos que debe seguir para inscribirse.



Llame al **1-855-859-0966**

Llame al call center de elegibilidad e inscripción al **1-855-859-0966**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., ET.

El horario del call center se extenderá durante la inscripción anual hasta las 10:00 p. m. y también incluirá algunas horas del fin de semana.

★ Consejos para inscribirse correctamente

Cuando inicie sesión en el sistema de inscripción, asegúrese de:

- Escribir o actualizar su información de contacto (teléfono, dirección de correo electrónico) y asegurarse de que su dirección de correo postal esté correcta (de lo contrario, escriba la información actual en el sistema de HR/nómina de pago). Usaremos esta información para comunicarnos con usted sobre sus beneficios.
- Escribir o actualizar la información de su dependiente, incluyendo la fecha de nacimiento y el número de Seguro Social, de cada dependiente que quiera inscribir.
- Revisar, añadir y actualizar los beneficiarios en sus planes de seguro de Vida a Término, AD&D, Enfermedades críticas y Cáncer, según sea necesario.
- Imprimir la declaración de confirmación una vez que haya elegido los beneficios para tener un registro de sus elecciones.

Ventaja antes de impuestos de NCFlex

Sus costos o aportaciones para los siguientes beneficios de NCFlex se hacen antes de deducir los impuestos. Los beneficios antes de impuestos le permiten pagar la cobertura con dinero de su pago antes de que se hayan deducido los impuestos, lo que da como resultado ahorros de impuestos para usted.

- Cuenta de gastos flexibles: Atención médica y centros de cuidado diurno de dependientes
- Plan de accidentes
- Cáncer y enfermedades específicas
- Enfermedades críticas
- Plan dental
- Plan de la vista
- Seguro de vida a término de grupo (prima solo por el empleado)
- Muerte y desmembramiento accidental
- Plan Voluntary Disability
- Plan complementario de TRICARE

Usted paga la prima del seguro de vida a término de grupo para sus dependientes después de deducir los impuestos. Los beneficios después de deducir los impuestos le permiten pagar la cobertura usando dólares de su pago después de la deducción de impuestos.



Abejorro en raíz de Culyer
Fotografía: Larry Reis via flickr

Elegibilidad

Usted

Usted puede inscribirse en cualquiera o en todos los beneficios de NCFlex si trabaja para una agencia estatal, universidad, universidad comunitaria o escuela charter por 20 horas o más por semana en un puesto permanente, de prueba o de tiempo limitado.* Si tiene preguntas sobre su elegibilidad, comuníquese con su Representante de beneficios médicos (HBR).

**Se aplica a todos los beneficios excepto el plan Voluntary Disability, Seguro de vida a término de grupo y Muerte y desmembramiento accidental de NCFlex. Para ser elegible para participar en el plan de discapacidad, debe trabajar 30 horas o más por semana. Los empleados de The University of North Carolina y cualquier institución constituyente no son elegibles para el plan Voluntary Disability, seguro de vida a término de grupo y muerte y desmembramiento accidental de NCFlex. Para obtener más información visite ncflex.org y vea la información de beneficios individuales.*

Sus dependientes

Sus dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legalmente casado
- Sus hijos*, incluyendo hijos naturales, hijastros o hijos adoptados, hasta el final del mes en que el hijo cumpla 26 años. Para el Plan complementario de TRICARE, la elegibilidad es hasta los 21 años o hasta los 23 años si está inscrito a tiempo completo en una escuela de enseñanza superior.
- Sus hijos* de cualquier edad, incluyendo hijos naturales, hijastros o hijos adoptados, que no pueden ganarse la vida debido a una discapacidad mental o física siempre que la discapacidad se haya desarrollado antes de que su hijo cumpla 26 años y que esté cubierto por el plan de NCFlex en el que usted quiera continuar la cobertura antes de cumplir 26 años.

**Algunos planes pueden tener más restricciones en la elegibilidad de los hijos. Para ver esas restricciones, visite www.ncflex.org y vea el certificado de cada plan.*

Usted debe saber que:

- Debe estar inscrito en un plan para que sus dependientes elegibles participen.
- Debe tener una cobertura tanto como empleado como dependiente y los hijos no deben tener doble inscripción.
- Debe consultar con su asesor fiscal si tiene alguna duda con respecto a si alguien califica como dependiente en su declaración de impuestos sobre ingresos.
- Los dependientes no tienen que estar inscritos en su plan médico para estar inscritos en sus planes de NCFlex.



Consejo sobre beneficios

Si planea inscribir dependientes, tómese el tiempo suficiente para reunir toda la documentación necesaria, como por ejemplo los números de Seguro Social de los dependientes y las fechas de nacimiento.



Cuenta de gastos flexibles

Oruga de la mariposa monarca | Fotografía: Mandy vía Flickr

La Cuenta de gastos flexibles (FSA) lo ayudan a ahorrar dinero en impuestos pagando los gastos de bolsillo elegibles de atención médica y de cuidado de dependientes con dinero antes de impuestos. Usted nunca paga impuestos sobre el dinero reservado en una FSA, lo que lo ayuda a ahorrar. **Usted debe inscribirse en estas cuentas cada año.**

- Cuenta de gastos flexibles para atención médica (HCFSA)
- Cuenta de gastos flexibles para cuidado diurno de dependientes (DDCFSA)

Cuenta de gastos flexibles para atención médica (HCFSA)

Puede aportar desde **\$120 hasta \$3,050** cada año del plan. Si su cónyuge es empleado estatal, también puede aportar hasta \$3,050 cada año del plan. La cantidad total que elija para aportar a su FSA de atención médica estará disponible en su cuenta el primer día del año del plan o el primer día en el que entren en vigor sus beneficios. Sus aportaciones se deducirán antes de impuestos de su cheque de pago de manera uniforme durante el año calendario.

Los gastos elegibles incluyen:

Los gastos de bolsillo suyos o de sus dependientes (el dependiente no tiene que estar cubierto en su plan médico), gastos de bolsillo para copagos de visitas al médico, medicamentos con receta, anteojos con receta, copagos y deducibles dentales, aparatos dentales, lentes de contacto, aparatos auditivos, productos diarios para la salud que califiquen, medicamentos de venta libre, artículos para menstruación y mucho más. Para obtener más información de los gastos calificados visite ncflex.org y haga clic en *Cuenta de gastos flexibles*.

Los gastos no elegibles incluyen: Primas médicas, dentales y de otro tipo, vitaminas y suplementos (a menos que los recete un médico), procedimientos cosméticos incluyendo procedimientos dentales para blanquear los dientes, programas de pérdida de peso, a menos que lo recete un médico para aliviar una condición médica diagnosticada u obesidad.

Para el año del plan 2024, **los gastos deben hacerse del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024** para que sean elegibles para el reembolso. Usted tiene hasta el **31 de marzo de 2025** para presentar los reclamos para el reembolso. **Usted puede transferir hasta \$610** del saldo de la cuenta que no se usó al próximo año del plan, siempre que tenga un saldo mínimo de al menos \$25. Todos los fondos que excedan de esa cantidad se perderán.

Puede visitar ncflex.padmin.com para enviar reclamos electrónicamente, revisar el saldo de su cuenta y mucho más.



Consejo sobre beneficios

Calcule los gastos detalladamente para no tener que aportar más dinero a su FSA de atención médica del que puede gastar en el año. Se le permite transferir hasta \$610 restantes a su cuenta al final del año (31 de diciembre), pero si cree que le sobrarán fondos que excederán esta cantidad, busque formas de gastar el dinero en artículos de atención médica elegibles que usted necesita, como un par de anteojos, botiquines de primeros auxilios o programe una cita de atención dental de fin de año.

¿Puedo aportar para HCFSA si mi cónyuge tiene una Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)?

No puede aportar para HCFSA al mismo tiempo que su cónyuge hace o recibe aportaciones de HSA con ventajas fiscales. Esto se debe a que HCFSA está disponible para reembolsar los gastos calificados suyos, de su cónyuge y sus dependientes, ya que las aportaciones de su cónyuge a HSA infringirían las reglas del IRS. Las aportaciones (en HCFSA) hechas por o en nombre de una persona que es elegible para HSA se consideran "aportaciones en exceso" y al propietario de la HSA se le impone un 6 por ciento de impuesto selectivo sobre el consumo por todas las aportaciones en exceso.

Cuenta de gastos flexibles para cuidado diurno de personas dependientes (DDCFSA)

La DDCFSA le ofrece una manera libre de impuestos para que pueda recuperar gastos de atención del dependiente elegible durante el año. Usted puede aportar entre **\$120 y \$5,000** cada año del plan a la DDCFSA para pagar por el cuidado diurno de su dependiente y por los gastos de atención de personas mayores, antes de impuestos, si usted y su cónyuge trabajan, su cónyuge asiste a la escuela a tiempo completo o si su cónyuge no puede cuidarse a sí mismo. El IRS establece la aportación máxima, que es de \$5,000 anuales por familia.

Los gastos elegibles incluyen: Cuidado diurno, campamentos de verano, programas extracurriculares, y gastos de preescolar para niños hasta de 13 años o para dependientes discapacitados de cualquier edad. No están cubiertos los campamentos prolongados, campamentos nocturnos ni campamentos virtuales. También puede usar esta cuenta para pagar los servicios de cuidado diurno de adultos de un cónyuge o de otro dependiente que recibe de

usted más de la mitad de su manutención (por ejemplo, uno de sus padres que sea adulto mayor discapacitado), que no sea capaz física o mentalmente de cuidarse a sí mismo y que tenga el mismo lugar de residencia que usted por más de seis meses.

Para obtener más información de los dependientes calificados y los gastos, vaya a ncflex.org y haga clic en *Cuenta de gastos flexibles*, o consulte la **Publicación 503 del IRS**.

Para el año del plan 2024, **los gastos deben hacerse del 1 de enero de 2024 al 15 de marzo de 2025**, para que sean elegibles para el reembolso. Usted tiene hasta el **31 de marzo de 2025**, para presentar los reclamos para el reembolso. Todos los fondos que no se usen se perderán.

Puede visitar ncflex.padmin.com para enviar reclamos por vía electrónica, revisar el saldo de su cuenta y mucho más.

Cómo ahorra dinero con las Cuentas de gastos flexibles

Ejemplo de ahorro anual de impuestos*	Sin una FSA	Con una FSA
Salario anual	\$40,000	\$40,000
Dinero antes de impuestos depositado en la FSA	-\$0	-\$2,500
Salario anual sujeto a impuestos restante	\$40,000	\$37,500
Menos impuestos federales y Seguro Social	-\$12,000	-\$11,250
Salario neto gastado en gastos calificados	-\$2,500	-\$0
Salario neto	\$25,500	\$26,250

*Supone una tasa anual de impuestos del 30 %.



Esto sería un aumento de **\$750** en el salario neto con una Cuenta de gastos flexibles.

Cómo cubrir los gastos

Cuando se inscriba en la HCFSa o DDCFSa recibirá automáticamente la tarjeta de conveniencia de NCFlex para usar con una o las dos cuentas y lo ayudará a pagar los gastos elegibles. Esta tarjeta estará activa por varios años, siempre que usted se mantenga inscrito en las cuentas. Se le enviará automáticamente una nueva tarjeta cuando venza esa. Puede pedir más tarjetas para usted, su cónyuge o dependientes, (mayores de 18 años) sin costo iniciando sesión en ncflex.padmin.com o llamando al **1-866-916-3475**.

HCFSa

La cantidad total de la aportación anual estará disponible en su tarjeta el 1 de enero, o en la fecha en que su tarjeta entre en vigor, para que pueda pagar los gastos elegibles.

DDCFSA

El dinero disponible en su tarjeta para pagar los gastos de la DDCFSa equivale a la cantidad que en realidad haya aportado a su cuenta (por medio de las deducciones de nómina).

Cómo presentar reclamos

Para presentar reclamos o verificar el saldo de su cuenta en cualquier momento, inicie sesión en su cuenta en ncflex.padmin.com (desde la computadora o desde el dispositivo móvil) o llame al número que está en su tarjeta. También puede inscribirse en línea para recibir notificaciones por mensaje de texto.

Si no usa la tarjeta para cubrir los gastos, puede presentar los reclamos para reembolso en línea o por fax o correo.

Aplicaciones móviles disponibles

Puede acceder a su cuenta en cualquier momento y en cualquier lugar descargando la aplicación P&A Group por medio de App Store o Google Play.



¡Guarde sus facturas!



El IRS exige la verificación de TODOS los reclamos. La tarjeta de conveniencia de NCFlex puede aprobar automáticamente la mayoría de los artículos de atención médica elegibles comprados en muchas de nuestras farmacias locales, tiendas de descuentos y supermercados. La tarjeta de conveniencia de NCFlex también puede aprobar automáticamente los gastos de atención médica de dependientes de proveedores de cuidado diurno seleccionados que tengan un código de categoría de vendedor válido. Sin embargo, si no se aprueba un artículo automáticamente, puede recibir una solicitud para enviar facturas o más documentación para su verificación. Si no presenta las facturas/documentación solicitados en el plazo de 40 días después de la fecha de la transacción, se cancelará (o bloqueará) automáticamente su tarjeta.

Haga sus compras para gastos elegibles en la tienda en línea de la FSA.



Usted se sentirá cómodo y ahorrará cuando compre en la tienda de la FSA, una tienda comercial integrada que ofrece descuentos en miles de productos de la FSA elegibles aprobados previamente. Puede usar la tarjeta de conveniencia NCFlex cuando pague. Visite ncflex.padmin.com para acceder a la tienda FSA hoy.



Para obtener más información

Para obtener más información de FSA vaya a ncflex.org, seleccione **Flexible Spending Accounts (Cuenta de gastos flexibles)**, luego haga clic en **Formularios de reclamo, Información del plan, preguntas frecuentes y mucho más.**

Accidente

Eupatoria púrpura | Fotografía: wilson hughes via flickr

NCFlex ofrece un Plan de accidentes que le paga beneficios de dinero en efectivo por lesiones específicas y eventos resultantes de un accidente cubierto que ocurra en o después de la fecha de entrada en vigor de su cobertura. Puede usar este dinero como quiera. Por ejemplo, para deducibles, otros gastos médicos de bolsillo, para el cuidado infantil, limpieza de la casa, comestibles o servicios públicos. Los beneficios se le pagan directamente a usted además de cualquier otro seguro que pueda tener. **Puede elegir entre dos opciones del plan: Opción clásica y Opción mejorada.** Siga leyendo para obtener más información sobre las diferencias entre estos planes.

Costos mensuales por accidente

Todos los empleados pagan la misma tarifa, independientemente de su edad.

Nivel de cobertura	Opción clásica	Opción mejorada
Empleado únicamente	\$6.94	\$15.98
Empleado y cónyuge	\$11.50	\$28.46
Empleado e hijos	\$13.64	\$31.26
Empleado y familiares	\$18.20	\$43.72

Cobertura 24/7 y beneficios adicionales:

El Plan de accidentes lo cubre 24/7 por accidentes dentro y fuera del trabajo y paga además de otros beneficios.

Elija la Opción mejorada y reciba pagos más altos por lesiones y atención, acceso al **Beneficio de bienestar***, al **Beneficio de hospitalización por enfermedad*** y a los **servicios de asistencia de viaje***.

El Plan de accidentes es una póliza de beneficios limitados. No es un seguro médico y no cumple el requisito de cobertura esencial mínima según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

**Puede encontrar información sobre estos beneficios extra en las páginas 11 y 12. El Beneficio de bienestar y los servicios de asistencia de viaje están disponibles en los planes de las Opciones clásica y mejorada.*

Resumen de Beneficios

La siguiente lista es un resumen de los beneficios que da el Plan de accidentes. Para obtener una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones disponibles, consulte el certificado de seguro y todos los anexos, que están disponibles en ncflex.org.

El Plan de accidentes también da un **beneficio por accidente deportivo**. Si tiene un accidente mientras esté participando en una actividad deportiva organizada, como se define en el certificado del plan, el beneficio de atención en el hospital por accidente, atención médica por accidente o lesiones frecuentes se incrementará en un 25 % hasta un beneficio adicional máximo de \$1,000. Si su cónyuge o hijos están cubiertos por el plan de accidentes, su cobertura incluye este beneficio.

Evento	Opción clásica	Opción mejorada
Atención médica por accidente		
Primera consulta al médico	\$100	\$120
Tratamiento en sala de emergencias	\$300	\$400
Ambulancia terrestre	\$360	\$600
Tratamiento médico de seguimiento	\$100	\$120
Equipo médico	\$120	\$500
Terapia física u ocupacional (por tratamiento hasta 10)	\$60	\$75
Terapia del habla hasta 6 por accidente	\$60	\$75
Atención quiropráctica	N/A	\$75 por visita
Examen de diagnóstico mayor	\$240	\$500
Radiografías	\$75	\$100

Evento	Opción clásica	Opción mejorada
Lesiones frecuentes		
Trabajo dental de emergencia (corona)	\$480	\$525
Lesión del ojo (eliminación de objetos extraños)	\$100	\$120
Operación de cartilago de la rodilla desgarrado sin reparación o si hay remoción de cartilago	\$225	\$280
Reparación quirúrgica de cartilago de la rodilla desgarrado	\$800	\$1,000
Laceración ¹	\$60 a \$480	\$80 - \$960
Reparación quirúrgica de disco roto	\$800	\$1,000
Tendón/ligamento/manguito rotador	\$720 a \$1,520	\$900 - \$1,900
Conmoción cerebral	\$450	\$525
Quemaduras (2.º y 3.º grado en ciertos casos)	\$1,250 a \$15,000	\$1,750 - \$22,000
Fracturas	Reducción cerrada/abierta ²	Reducción cerrada/abierta ²
Cadera	\$5,000/\$10,000	\$6,000/\$12,000
Pierna	\$2,800/\$5,600	\$3,500/\$7,000
Tobillo	\$2,500/\$5,000	\$3,125/\$6,250
Rótula	\$2,500/\$5,000	\$3,125/\$6,250
Pie excluyendo dedos, talón	\$2,500/\$5,000	\$3,125/\$6,250
Parte superior del brazo	\$2,750/\$5,500	\$3,500/\$7,000
Antebrazo, mano, muñeca excepto dedos	\$2,500/\$5,000	\$3,125/\$6,250
Dedo de la mano, dedo del pie	\$400/\$800	\$500/\$1,000
Cuerpo vertebral	\$4,200/\$8,400	\$5,250/\$10,500
Procesos vertebrales	\$2,000/\$4,000	\$2,500/\$5,000
Pelvis excepto coxis	\$4,000/\$8,000	\$5,000/\$10,000
Coxis	\$500/\$1,000	\$625/\$1,250
Huesos de la cara excepto nariz	\$1,400/\$2,800	\$1,750/\$3,500
Nariz	\$750/\$1,500	\$950/\$1,900
Mandíbula superior	\$1,750/\$3,500	\$2,200/\$4,400
Mandíbula inferior	\$2,000/\$4,000	\$2,500/\$5,000
Clavícula	\$2,000/\$4,000	\$2,500/\$5,000
Costilla o costillas	\$600/\$1,200	\$750/\$1,500
Cráneo, fractura simple excepto huesos de la cara	\$1,750/\$3,500	\$2,200/\$4,400
Cráneo, fractura deprimida excepto huesos de la cara	\$5,000/\$10,000	\$6,250/\$12,500
Esternón	\$500/\$1,000	\$625/\$1,250
Omóplato	\$2,500/\$5,000	\$3,125/\$6,250
Fracturas por avulsión	25 % de la cantidad de reducción cerrada	25 % de la cantidad de reducción cerrada

Evento	Opción clásica	Opción mejorada
Dislocaciones	Reducción cerrada/abierta ³	Reducción cerrada/abierta ³
Articulación de cadera	\$4,000/\$8,000	\$5,000/\$10,000
Rodilla	\$3,000/\$6,000	\$3,750/\$7,500
Huesos del tobillo o pie que no sean dedos de los pies	\$1,800/\$3,600	\$2,250/\$4,500
Hombro	\$2,200/\$4,400	\$2,750/\$5,500
Codo	\$1,500/\$3,000	\$1,875/\$3,750
Muñeca	\$1,500/\$3,000	\$1,875/\$3,750
Dedos/dedos del pie	\$350/\$700	\$450/\$900
Huesos de la mano, no de los dedos	\$1,500/\$3,000	\$1,875/\$3,750
Mandíbula inferior	\$1,500/\$3,000	\$1,875/\$3,750
Clavícula	\$1,500/\$3,000	\$1,875/\$3,750
Dislocaciones parciales	25 % de la cantidad de reducción cerrada	25 % de la cantidad de reducción cerrada
Atención en el hospital por accidente		
Operación abierta abdominal, torácica	\$1,250	\$2,500
Operación exploratoria o sin reparación	\$350	\$500
Sangre, plasma, plaquetas	\$600	\$650
Ingreso en el hospital	\$1,250	\$2,000
Hospitalización por día, hasta 365 días	\$200	\$300
Hospitalización en la unidad de cuidados críticos por día, hasta 30 días	\$400	\$500
Tiempo en coma de 5 o más días	\$10,000	\$20,000
Transporte por viaje, hasta de 3 por accidente	\$750	\$840
Alojamiento por día, hasta de 30 días	\$180	\$225

¹ Los beneficios por laceración son un total de todas las laceraciones por accidente.

² Por fracturas: La reducción cerrada es un procedimiento para ajustar un hueso roto sin operación. La reducción abierta necesita operación para ajustar un hueso roto. La operación consiste en hacer cortes en la piel para volver a colocar los fragmentos de hueso rotos.

³ Por dislocaciones: La reducción cerrada es un procedimiento para reparar una articulación completamente separada sin operación. La reducción abierta necesita operación para reparar una articulación completamente separada.



Para obtener más información

Para obtener más información del plan, como presentar un reclamo, una lista completa de los beneficios cubiertos, exclusiones y limitaciones, o para ver el certificado de seguro y los anexos, vaya a ncflex.org, seleccione Accident (Accidente), luego haga clic en **Información adicional sobre el plan.**

Beneficio de bienestar (Opciones clásica y mejorada):

El Beneficio de bienestar está incluido en ambos Planes de accidentes. Si usted completa una prueba médica elegible, será elegible para un pago de Beneficio de bienestar. La evaluación médica debe ocurrir en o después de la fecha de entrada en vigor. Si su cónyuge o hijos están cubiertos por su Plan de accidentes, ellos también pueden pedir un pago del Beneficio de bienestar para una evaluación médica cubierta.

Solo un beneficio es pagadero por miembro cubierto por año calendario, sin considerar cuántas evaluaciones médicas complete ese miembro.

Miembro cubierto	El Beneficio de bienestar está disponible una vez al año con una evaluación médica cubierta:
Empleado	\$50
Cónyuge	\$50
Hijo	\$25

¿Qué tipos de evaluaciones médicas son elegibles?

Las evaluaciones médicas incluyen, entre otros:

- Análisis de sangre de triglicéridos
- Prueba de Papanicolaou o Papanicolaou de solución diluida
- Sigmoidoscopia flexible
- CEA (análisis de sangre para detectar cáncer de colon)
- Prueba de médula ósea
- Prueba de colesterol sérico de niveles de HDL y LDL
- Hemocultivo de heces
- Electroforesis de proteínas séricas (mieloma)
- Ultrasonido, sonograma, MRI de mamas
- Radiografía de tórax
- Mamografía
- Colonoscopia
- CA 15-3 (cáncer de mama)
- Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora
- Prueba de glucosa en la sangre en ayunas
- Termografía
- PSA (cáncer de próstata)
- Examen de la audición
- Examen de la vista de rutina
- Exámenes dentales de rutina
- Exámenes de control de niño sano/preventivos hasta los 18 años
- Evaluaciones biométricas
- Electrocardiograma (EKG)
- Examen físico anual – adultos
- CA 125 (cáncer de ovarios)
- Pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI)
- Ultrasonido para detectar aneurismas de la aorta abdominal
- Hemoglobina A1C (HbA1c)
- Evaluación de densitometría ósea
- Prueba de COVID-19



Vanesa americana | Fotografía: Joan Weber via flickr

Consideraciones fiscales

Si Voya le paga beneficios que totalizan \$600 o más en un año del plan, recibirá un Formulario 1099-MISC del IRS después de que termine el año del plan. Debe consultar con un asesor fiscal sobre los posibles efectos en sus impuestos.

Voya Travel Assistance (Opciones clásica y mejorada):

Voya Travel Assistance* le ofrece seguridad mejorada para sus viajes de negocios o esparcimiento cuando viaje a 100 millas o más de su residencia primaria.

- **Servicios de transporte médico por emergencia**
- **Servicios de asistencia médica**
- **Servicios de asistencia de viaje**
- **Servicios de asistencia de seguridad**

Estos servicios pueden ayudar a aliviar el estrés si algo sale mal en un lugar desconocido *lejos* de casa. Visite la [página 28](#) de esta guía o la página de Accidentes en ncflex.org para obtener más información y enterarse de cómo acceder a estos servicios.

*Los servicios de Voya Travel Assistance se prestan por medio de International Medical Group, Inc. (IMG), Indianapolis, IN.

Beneficio de hospitalización por enfermedad (únicamente la Opción mejorada):

Este beneficio ofrece pagos de beneficios diarios por cada día que usted o su dependiente cubierto está hospitalizado por una enfermedad cubierta. El beneficio se puede usar por un máximo de 30 días. Para usted o su cónyuge cubierto el beneficio es \$200 por día. Para un hijo cubierto el beneficio es de \$150 por día. Hay un período de espera de 30 días desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura para que este beneficio esté disponible. Este beneficio excluye condiciones preexistentes si la estancia en el hospital ocurre en los primeros 12 meses de la fecha de entrada en vigor de su cobertura. Después de los primeros 12 meses, este beneficio cubre las condiciones preexistentes.



Colibrí de garganta roja | Fotografía: timvernicon vía flickr

Cáncer y enfermedades específicas

Bignonia capreolata | Fotografía: J. Michael Raby vía flickr

El seguro por cáncer y enfermedades específicas paga beneficios de dinero en efectivo por cáncer y otras 29 enfermedades específicas para ayudar con los costos asociados con los tratamientos y los gastos a medida que ocurren. Esta cobertura también puede ayudar a pagar la hospitalización, la operación, la radiación/quimioterapia y mucho más. Usted paga esta cobertura antes de impuestos.

Usted puede elegir entre las tres opciones del plan (reducido, elevado y superior) dependiendo de las necesidades de su seguro. Las tres opciones del plan cubren el mismo tipo de servicios. No obstante, en la mayoría de los casos, la cantidad de cobertura difiere según la opción elegida. (Vea “Cobertura del plan” en la **página 14**).

Costo mensual del cáncer y enfermedades específicas

La prima mensual que usted paga para la cobertura del cáncer está basada en el plan que usted elija y si solo está cubierto usted o usted y su familia. Si es un empleado nuevo o recientemente elegible para recibir los beneficios, no necesita presentar Evidencia de asegurabilidad (EOI) si se inscribe en un plazo de 30 días a partir de la fecha de contratación.

Nivel de cobertura	Opción reducida	Opción elevada	Opción superior
Empleado únicamente	\$6.06	\$14.42	\$19.26
Empleado y familiares	\$10.02	\$23.90	\$31.84

Condiciones preexistentes

Allstate Benefits no paga beneficios por condiciones preexistentes durante el período de 12 meses que empieza en la fecha en que comienza la cobertura. Se pagará cualquier pérdida cubierta que ocurra después del período de 12 meses. Una condición preexistente es una enfermedad o condición física por la que la persona cubierta recibió recomendación médica o tratamiento durante el período de 12 meses antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Durante el período de espera de 12 meses por condiciones preexistentes, el Beneficio de prevención y evaluación de cáncer sigue siendo pagadero.

Enfermedades que cubre

Además de la cobertura del cáncer, el plan da beneficios para estas enfermedades cubiertas:

- Enfermedad de Addison
- Esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig)
- Brucelosis
- Meningitis cerebroespinal (bacteriana)
- Fibrosis quística
- Difteria
- Encefalitis
- Enfermedad de Hansen
- Hepatitis (crónica B o C)
- Enfermedad de los legionarios
- Enfermedad de Lyme
- Distrofia muscular
- Esclerosis múltiple
- Miastenia grave
- Osteomielitis
- Poliomiелitis
- Colangitis esclerosante primaria (enfermedad del hígado de Walter Payton)
- Cirrosis biliar primaria
- Rabia
- Síndrome de Reye
- Fiebre maculosa de las Montañas Rocosas
- Fiebre escarlata
- Anemia falciforme
- Lupus sistémico eritematoso
- Tétano
- Tuberculosis
- Talasemia
- Fiebre tifoidea
- Tularemia



Consejo sobre beneficios

Asegúrese de designar a sus beneficiarios cuando se inscriba en el seguro por cáncer y de enfermedades específicas, luego revíselos y actualícelos todos los años durante la inscripción de los beneficios.

Evaluación de bienestar

Todas las opciones del plan pagan un beneficio por los siguientes exámenes de detección de cáncer/evaluaciones de bienestar. (Consulte "Beneficios de la prevención y detección del cáncer" en el cuadro de la columna de la derecha para ver las cantidades de los beneficios para cada opción del plan de cáncer).

- Biopsia para cáncer de piel
- Análisis de sangre para triglicéridos
- Prueba de médula ósea
- Antígeno de cáncer 125 (CA125) – análisis de sangre para detectar cáncer de ovario
- Antígeno de cáncer 15-3 (CA 15-3) – análisis de sangre para detectar cáncer de mama
- Antígeno carcinoembrionario (CEA): análisis de sangre para cáncer de colon
- Radiografía de tórax
- Colonoscopia
- Ultrasonido Doppler carotídeo
- Ecografía Doppler para detección de la enfermedad vascular periférica
- Ecocardiograma
- Electrocardiograma (EKG)
- Sigmoidoscopia flexible
- Hemocultivo de heces
- Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
- Panel de lípidos (recuento total de colesterol)
- Mamografía, incluyendo ultrasonido de mama
- Prueba de Papanicolaou, incluyendo la prueba de Papanicolaou ThinPrep
- Antígeno prostático específico (PSA): análisis de sangre para el cáncer de próstata
- Electroforesis de proteínas séricas: prueba para mieloma
- Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora
- Termografía
- Ecografía de aorta abdominal para detectar aneurismas de la aorta abdominal

Cobertura del plan

Aquí presentamos una lista parcial de cómo paga los beneficios el plan.

Beneficio	Opción reducida	Opción elevada	Opción superior
Beneficio para prevención y detección del cáncer** (por año calendario/ por persona cubierta)	\$25	\$100	\$100
Hospitalización continua (por día, hasta de 70 días por cada período de hospitalización continua)	\$100	\$200	\$300
Beneficios extendidos* (por día después de 70 días)	Hasta \$100	Hasta \$200	Hasta \$300
Operación* (por operación, según el programa quirúrgico)	Hasta \$1,500	Hasta \$3,000	Hasta \$4,500
Centro de cirugía ambulatoria* (por día)	Hasta \$250	Hasta \$500	Hasta \$750
Radiación/quimioterapia* (por período de 12 meses)	Hasta \$2,500	Hasta \$7,500	Hasta \$10,000
Medicamentos y medicina para pacientes hospitalizados*	Hasta \$25 por día mientras esté hospitalizado		
Servicios de enfermería privada* (por día)	Hasta \$100	Hasta \$200	Hasta \$300
Enfermería en casa* (por día)	Hasta \$100	Hasta \$200	Hasta \$300
Prótesis*	Hasta \$2,000 por amputación		
Ambulancia*	Hasta \$100		
Beneficios del hospicio:			
Centro independiente de cuidados de hospicio* (por día)	Hasta \$100	Hasta \$200	Hasta \$300
Equipo de cuidados de hospicio (por día; límite de 1 visita por día)	Hasta \$100	Hasta \$200	Hasta \$300
Centro de atención de largo plazo* (por día)	Hasta \$100	Hasta \$200	Hasta \$300

*Estos beneficios son pagaderos basándose en los cargos reales hasta la cantidad máxima registrada.

**Consulte "Evaluaciones de bienestar" cubiertas en la primera columna de esta página.



Para obtener más información

Para obtener más información sobre el plan y una lista completa de los beneficios cubiertos, y las exclusiones y limitaciones, vaya a ncflex.org, seleccione **Cancer and Specified Disease** (Cáncer y enfermedades específicas), luego haga clic en **Información sobre el plan, formularios de reclamo, certificados y mucho más.**

La cobertura para el cáncer es un seguro complementario de beneficios limitados, los formularios de la póliza, GVCIP2 o las respectivas variantes estatales. Allstate Benefits es el nombre comercial que usa American Heritage Life Insurance Company (Oficina central, Jacksonville, FL), la empresa de evaluación de riesgos y filial de The Allstate Corporation.

Enfermedades críticas

Campanillas de Virginia | Fotografía: ilze long vía flickr

El seguro de Enfermedades críticas paga un beneficio si a usted le diagnostican alguna de las enfermedades graves cubiertas. Usted puede optar por una cantidad máxima de beneficio de \$15,000, 25,000 o \$40,000. Los beneficios se le pagan directamente a usted. No tiene que dar evidencia de buena salud/asegurabilidad para inscribirse en este plan, y no se excluyen las condiciones preexistentes.

Cantidad máxima del beneficio: \$15,000, 25,000 o \$40,000

Paga el 100 % del beneficio en caso de:

- Ataque cardíaco
- Derrame cerebral
- Trasplante de órgano principal
- Trasplante de médula ósea
- Cáncer
- Carcinoma in situ
- Parálisis permanente
- Coma
- Quemaduras graves
- Pérdida de la vista/habla/audición
- Tumor benigno de la piel
- Demencia avanzada, incluye la enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Parkinson
- Esclerosis múltiple
- Distrofia muscular
- VIH ocupacional
- Hepatitis B o C ocupacional
- Diabetes tipo 1
- ALS
- Enfermedad de Huntington
- Bypass de arteria coronaria
- Trasplante de células madre

Paga entre 10 % y 50 % del beneficio en caso de*:

- Cáncer de piel: 10 %
- Paro cardíaco repentino: 25 %
- Colocación de marcapasos: 10 %
- Enfermedad infecciosa: 25 %
- Accidente isquémico transitorio: 10 %
- Lupus sistémico eritematoso 50 %

Algunos diagnósticos cubiertos por este plan pagarán un beneficio por recurrencias ilimitadas si están separadas por 6 meses. Para el cáncer de piel, un beneficio es pagadero hasta 1 vez por año calendario, con un período de 6 meses sin tratamiento, hasta un límite máximo de por vida de 10 veces. Para ver una lista completa de enfermedades críticas, consulte el certificado de seguro que está en la sección de Enfermedades graves de [ncflex.org](https://www.ncflex.org).

*Para ver una lista completa de los eventos cubiertos, visite [ncflex.org](https://www.ncflex.org) y vea la Guía de beneficios de NCFlex 2024 o el Certificado de enfermedad crítica.

Más beneficios

Cada opción de Enfermedades críticas incluye un Beneficio de bienestar de **\$50 o \$25** por persona cubierta por una evaluación médica por año, como un examen de la vista de rutina o una colonoscopia. Vea la [página 17](#) para obtener más información.

También está, incluido en las tres opciones, el **Anexo del beneficio por enfermedad es infecciosas**. El Beneficio de diagnóstico paga \$100 una vez por año calendario por persona cubierta por un diagnóstico de COVID-19. El Beneficio de hospitalización paga \$2,000 una vez por año calendario por persona cubierta por hospitalización debido a COVID-19.

★ Consejo sobre los beneficios

Los planes médicos pueden cubrir una parte del costo de los gastos médicos incurridos durante una enfermedad crítica. Tenga en cuenta la cobertura de enfermedades críticas para pagar gastos que su plan médico no cubra, o para pagar su hipoteca u otros gastos básicos mientras no esté trabajando.

★ Consejo sobre los beneficios

Asegúrese de designar a sus beneficiarios cuando se inscriba en el seguro de Enfermedades críticas, luego revíselos y actualícelos todos los años durante la inscripción de beneficios.

Ejemplo del pago del beneficio

Aquí hay un ejemplo de cómo el seguro de Enfermedades críticas paga por varias condiciones cubiertas con el tiempo. Tenga en cuenta que el plan paga beneficios por dos casos recurrentes de la *misma condición* (ataque cardíaco de John) dado que los dos eventos están separados por al menos 6 meses consecutivos. En la situación de abajo, John eligió la cantidad de beneficio de \$15,000.

Condición cubierta	Pago de la cantidad total del beneficio recibido
John tiene un ataque cardíaco	\$15,000
Tres meses más tarde, le diagnostican cáncer no invasivo	\$3,750
8 meses después John tiene otro ataque cardíaco	\$15,000
Dos meses más tarde John queda paralizado	\$15,000
Pago total	\$48,750

Nota sobre los impuestos

Si Voya le paga beneficios que totalizan \$600 o más en un año del plan, recibirá un Formulario 1099-MISC del IRS después de que termine el año del plan. Debe consultar con un asesor fiscal sobre los posibles efectos en sus impuestos.

Costos mensuales por enfermedades críticas

La prima mensual está basada en la cantidad máxima del beneficio que usted elija (\$15,000, 25,000 o \$40,000), su edad y quién esté cubierto (si solamente usted o usted y su cónyuge). El costo mensual por su cónyuge es el mismo que por usted. Por ejemplo, si tiene 30 años y elige una cobertura de \$15,000 para usted y para su cónyuge, los costos serán de \$2.10 por usted más \$2.10 por su cónyuge, para un total de \$4.20.

Los costos por usted o por su cónyuge se basan en su edad a partir del 1 de enero de 2024 y que estén en una franja de edad de cinco años. La cobertura de hijos dependientes menores de 26 años no tiene costo.

Nivel de cobertura	Edad del empleado	Cantidad del beneficio*		
		\$15,000	\$25,000	\$40,000
Empleado/ cónyuge	<25	\$0.90	\$1.50	\$2.40
	25-29	\$1.20	\$2.00	\$3.20
	30-34	\$2.10	\$3.50	\$5.60
	35-39	\$2.70	\$4.50	\$7.20
	40-44	\$4.20	\$7.00	\$11.20
	45-49	\$7.80	\$13.00	\$20.80
	50-54	\$10.80	\$18.00	\$28.80
	55-59	\$15.90	\$26.50	\$42.40
	60-64	\$29.70	\$49.50	\$79.20
	65-69	\$42.00	\$70.00	\$112.00
Más de 70	\$49.80	\$83.00	\$132.80	
Hijo dependiente	Si elige una cobertura para usted, también puede elegir una cobertura para sus hijos dependientes menores de 26 años			
	Hasta los 26 años	Sin costo		

*Los costos son por persona cubierta (empleado/cónyuge) para la cantidad del beneficio que elija.



Para obtener más información

Para obtener más información del plan y una lista completa de los beneficios cubiertos, vaya a ncflex.org, seleccione *Enfermedades críticas*, luego haga clic en *Información del plan, formularios de reclamo, certificados y mucho más.*

Beneficio de bienestar:

El Beneficio de bienestar está incluido en los tres planes de Enfermedades críticas. Si usted completa una prueba médica elegible, será elegible para un pago de Beneficio de bienestar. La evaluación médica debe ocurrir en o después de la fecha de entrada en vigor. Si su cónyuge o hijos están cubiertos por su plan de Enfermedades críticas, también pueden pedir un pago de Beneficio de bienestar para una evaluación médica cubierta.

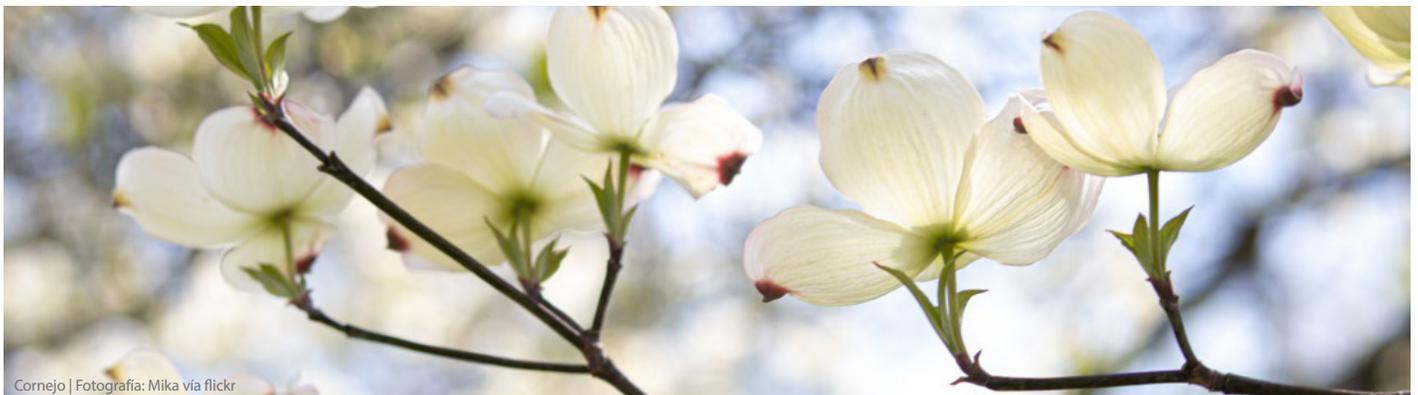
Solo un beneficio es pagadero por miembro cubierto por año calendario, sin considerar cuántas evaluaciones médicas complete ese miembro.

Miembro cubierto	El Beneficio de bienestar está disponible una vez al año con una evaluación médica cubierta:
Empleado	\$50
Cónyuge	\$50
Hijo	\$25

¿Qué tipos de evaluaciones médicas son elegibles?

Las evaluaciones médicas incluyen, entre otros:

- Análisis de sangre de triglicéridos
- Prueba de Papanicolaou o Papanicolaou de solución diluida
- Sigmoidoscopia flexible
- CEA (análisis de sangre para detectar cáncer de colon)
- Prueba de médula ósea
- Prueba de colesterol sérico de niveles de HDL y LDL
- Hemocultivo de heces
- Electroforesis de proteínas séricas (mieloma)
- Ultrasonido, sonograma, MRI de mamas
- Radiografía de tórax
- Mamografía
- Colonoscopia
- CA 15-3 (cáncer de mama)
- Prueba de esfuerzo en bicicleta o caminadora
- Prueba de glucosa en la sangre en ayunas
- Termografía
- PSA (cáncer de próstata)
- Examen de la audición
- Examen de la vista de rutina
- Exámenes dentales de rutina
- Exámenes de control de niño sano/preventivos hasta los 18 años
- Evaluaciones biométricas
- Electrocardiograma (EKG)
- Examen físico anual –adultos
- CA 125 (cáncer de ovarios)
- Pruebas de infecciones de transmisión sexual (STI)
- Ultrasonido para detectar aneurismas de la aorta abdominal
- Hemoglobina A1C (HbA1c)
- Evaluación de densitometría ósea
- Prueba de COVID-19



Cornejo | Fotografía: Mika via flickr

Plan dental

La buena salud bucal es una parte esencial de un estilo de vida saludable. Por medio de MetLife, ofrecemos tres planes dentales que cubren chequeos de rutina y otros cuidados dentales: el plan de Opción elevada, el plan de Opción clásica y el plan de Opción reducida. Estos planes difieren tanto en cuánto debe pagar por período de pago como en el momento de recibir servicio.

Servicios cubiertos

Independientemente de la opción de plan dental que elija, puede consultar a cualquier dentista autorizado, dentro o fuera de la red de proveedores de atención dental preferidos (PDP) Plus de MetLife y aun así recibir beneficios. Todas las opciones de planes dentales dan beneficios por:

- Servicios preventivos y de diagnóstico, como exámenes bucales, limpiezas y radiografías.
- Servicios básicos, como empastes, extracciones, terapia de tratamiento de conducto y tratamiento de la enfermedad de las encías.

El plan de Opción clásica y el plan de Opción elevada también cubren:

- Servicios importantes, como coronas, prótesis dentales y puentes.
- Servicios de ortodoncia para los hijos dependientes hasta los 19 años, con un beneficio máximo de por vida de \$1,500.

¡Ahorra cuando usa un proveedor de la red!

Aunque puede consultar a cualquier dentista autorizado para recibir atención médica, puede ahorrar dinero cuando visita a un proveedor de atención dental preferido (PDP) de MetLife. Esto se debe a que los proveedores en la red MetLife PDP cobran tarifas negociadas que generalmente son 30-45 % menos que el cargo promedio en la misma comunidad¹. Para encontrar a un dentista participante vaya a www.metlife.com/mybenefits, escriba NCFlex como el nombre de la compañía y escriba su código postal. También puede llamar al **1-855-676-9441** para pedir que le envíen la lista de proveedores.

1. Los cargos dentro de la red se refieren a los cargos que los dentistas dentro de la red han acordado aceptar como pago total por los servicios cubiertos, sujeto a cualquier copago, deducibles, gastos compartidos y máximo de beneficios. Los cargos negociados están sujetos a cambio.

Costo mensual del plan dental

Nivel de cobertura	Opción elevada	Opción clásica	Opción reducida
Empleado únicamente	\$55.40	\$35.90	\$24.18
Empleado y cónyuge	\$111.12	\$72.00	\$48.74
Empleado e hijos	\$119.84	\$78.00	\$52.34
Empleado y familiares	\$196.20	\$123.00	\$83.44

Opciones dentales flexibles

Puede elegir entre tres opciones de planes dentales. El plan de **Opción elevada** puede ser adecuado para usted si necesita el nivel más alto de cobertura para los servicios básicos y principales y un máximo anual más alto (y se siente cómodo pagando una prima más alta por la cobertura). El plan de **Opción clásica** ofrece un mayor nivel de beneficios que el plan de **Opción reducida** y un nivel de beneficios más bajo que el plan de Opción elevada. Esta puede ser una buena opción para usted si quiere cobertura para los servicios principales, como coronas y dentaduras postizas, o servicios de ortodoncia, pero no necesita el mayor nivel de cobertura que ofrece el plan la Opción High (y no quiere pagar la prima más alta por cobertura). Consulte la tabla de comparación "Resumen del plan dental" en la **página 19** para obtener más información.

★ Consejo sobre los beneficios

También puede usar la Cuenta de gastos flexibles para atención médica para pagar los gastos dentales elegibles (que no estén cubiertos por otro plan) antes de deducir los impuestos. Recuerde que los procedimientos estéticos, como el blanqueamiento dental, no son considerados gastos elegibles.

Breve descripción del plan dental

Categoría del beneficio	Opción elevada	Opción clásica	Opción reducida
Deducible anual (por persona/por familia)	\$50/\$150	\$25/\$75	\$25/\$75
Cantidad máxima anual (por persona cubierta; no incluye los servicios de ortodoncia bajo los planes de Opción clásica y elevada)	\$5,000	\$1,500	\$1,000
Cantidad máxima de ortodoncia de por vida ¹ (por persona cubierta)	\$1,500	\$1,500	N/A
Categoría del beneficio	El plan paga ³	El plan paga ³	El plan paga ³
Diagnóstico y tratamientos preventivos²			
Exámenes bucales, limpiezas preventivas, radiografías, tratamientos con flúor, selladores y separadores dentales	100 %	100 %	100 % después del deducible
Básico²			
Empastes, extracciones simples, endodoncia, volver a cementar coronas, obturaciones y puentes, reparación de prótesis removibles	80 % después del deducible	60 % después del deducible	50 % después del deducible
Servicios periodontales, operación bucal y anestesia general	50 % después del deducible		
Principal²			
Incluye coronas, prótesis, puentes, reparaciones de puentes fijos, ajustes/sustitución del revestimiento de las prótesis, implantes	50 % después del deducible	50 % después del deducible	No está cubierto
Ortodoncia²			
Servicios de ortodoncia para hijos dependientes hasta de 19 años	50 %	50 %	No está cubierto

¹ La cantidad máxima para ortodoncia de por vida incluye todos los beneficios para ortodoncia que usted pueda recibir del anterior asegurador del plan de NCFlex.

² Consulte los certificados del plan dental para obtener más información del plan y las limitaciones en los beneficios. Vaya a ncflex.org y seleccione Dental, luego haga clic en "Información del plan, formularios de reclamo, certificados y mucho más" para acceder a los certificados del plan.

³ Los beneficios están sujetos al Cargo máximo permitido (MAC). El MAC para proveedores de atención dental dentro de la red es la tarifa negociada dentro de la red. El reembolso por servicios fuera de la red está basado en un cargo razonable y habitual (R&C) para el área. El R&C está basado en el más bajo entre (1) cargo real del dentista, (2) cargo habitual del dentista por los mismos servicios o servicios similares, o (3) cargo de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica. Usted es responsable de la diferencia entre el cargo R&C y lo que cobra un dentista fuera de la red.



Para obtener más información

Vaya a ncflex.org y seleccione Dental, luego haga clic en **Información del plan, formularios de reclamo, certificados y mucho más** para acceder a los certificados del plan.

Plan de la vista

Sorbus | Fotografía: Ben vía flickr

NCFlex ofrece una cobertura para el cuidado de la vista por medio de EyeMed Vision Care para que ahorre dinero en los exámenes de la vista y en lentes y accesorios. Usted puede consultar a cualquier proveedor que elija. El nivel de beneficios que reciba dependerá de si usted elige servicios dentro o fuera de la red.

El plan de la vista ofrece tres programas de beneficios: principal, básico y mejorado. La cobertura principal de la vista está disponible para usted sin costo, si se inscribe, y cubre un examen de la vista por año con un copago de \$20. El programa básico y el mejorado proporcionan un examen de la vista integral y beneficios para accesorios de la vista. Usted puede recibir anteojos o lentes de contacto en un período de beneficio, pero no ambos.

Costo mensual del plan de la vista

La prima mensual por la vista está basada en el plan que elija y si elige una cobertura solo para usted, o una cobertura para usted y para su familia. Si quiere participar solo del chequeo rutinario principal, debe inscribirse también.

Nivel de cobertura	Examen de bienestar principal*	Plan básico	Plan mejorado
Empleado únicamente	Sin cargo	\$4.50	\$8.00
Empleado y familiares	N/A	\$11.66	\$20.52

*El examen de bienestar principal es un beneficio gratis, pero usted debe inscribirse para obtener la cobertura.

Red EyeMed

Puede elegir entre más de 4,800 proveedores dentro de la red en todo el estado, incluyendo los oculistas independientes, tiendas e incluso opciones en línea. Si el proveedor de atención de la vista no es parte de la red EyeMed, usted o su proveedor se pueden comunicar con EyeMed con el nombre, dirección y teléfono del proveedor para comenzar el proceso de nominación del proveedor.



Para obtener más información

Para comunicarse con EyeMed, llame al 866-248-1939 o visite eyemedvisioncare.com/NCFlex.



Consejo sobre los beneficios

También puede usar la Cuenta de gastos flexibles para atención médica (HCFSA) para pagar los gastos de la vista (que no están cubiertos por otro plan) antes de deducir los impuestos.



Pantalones de holandés | Fotografía: Jacqui Trump vía flickr

Breve descripción del plan de la vista

El cuadro abajo muestra los beneficios dentro de la red. Si usa un proveedor dentro de la red gastará menos. Recuerde, usted es responsable de pagar cualquier costo en exceso de su beneficio cubierto. Cuando usa un proveedor que no pertenece a la red, usted debe pagarle todo al proveedor y envía un formulario de reclamo fuera de la red (junto con una copia de su factura) a EyeMed. Le reembolsarán la cantidad de su gasto fuera de la red.

Beneficio	Principal	Basic	Enhanced
Examen de la vista (una vez al año)	\$20 de copago	\$20 de copago	\$20 de copago
Lentes de contacto	Descuento en lentes convencionales	\$120 de asignación (una vez cada 12 meses)	\$175 de asignación (una vez cada 12 meses)
Monturas	35 % de descuento en tienda	\$125 de asignación (una vez cada 24 meses)	\$200 de asignación (una vez cada 12 meses)
Lentes unifocales estándar	Usted paga \$50	\$0 de copago	\$0 de copago
Lentes progresivos estándar	Usted paga \$135	\$50 de copago	\$50 de copago
Lentes progresivos opción superior	20 % descuento	\$70-\$95 de copago	\$70-\$95 de copago
Atención médica auditiva de la red auditiva Amplifon	Precios reducidos en conjuntos de aparatos auditivos y baterías gratis	Precios reducidos en conjuntos de aparatos auditivos y baterías gratis	Precios reducidos en conjuntos de aparatos auditivos y baterías gratis
LASIK o PRK de la red láser de Estados Unidos	15 % de descuento del precio de venta, o 5 % de descuento del precio promocional, el que prefiera	15 % de descuento del precio de venta, o 5 % de descuento del precio promocional, el que prefiera	15 % de descuento del precio de venta, o 5 % de descuento del precio promocional, el que prefiera



Para obtener más información

Para obtener más información de lo que cubre el plan de la vista y lo que está excluido, vaya a ncflex.org, seleccione *Visión*, luego haga clic en *Información sobre el plan, formularios de reclamo, certificados y mucho más.*



Mariposa almirante | Fotografía: Carol Berney vía flickr



Descubra más descuentos y ofertas especiales por medio de EyeMed:

Una vez que esté inscrito, regístrese en eyemedvisioncare.com/NCflex o descargue la aplicación para miembros EyeMed (en App Store o Google Play) para obtener más ofertas especiales y descuentos en productos y servicios relacionados con la visión.



Seguro de vida a término de grupo

Usted puede inscribirse en el seguro de vida a término de grupo que paga un beneficio a sus beneficiarios si fallece mientras esté cubierto por la póliza. Usted es automáticamente beneficiario de la cobertura de su cónyuge y de sus hijos. (Tenga en cuenta que las pólizas de seguro de vida a término de grupo protegen por fallecimiento; no hay acumulación de valor de dinero en efectivo).

Usted debe tener una cobertura como empleado y una como dependiente. Además, si es elegible para participar como empleado, puede elegir la cobertura como empleado, no como dependiente, y los hijos no se pueden inscribir en los dos. Los empleados de The University of North Carolina System no son elegibles para este beneficio.

Opciones de cobertura

Nivel de cobertura	Nivel de beneficios
Empleado/cónyuge*	Usted puede optar por una cobertura de \$20,000 hasta un máximo de \$500,000, con incrementos de \$10,000. (La cobertura del cónyuge no puede exceder del 100 % de la cantidad que haya elegido el empleado).
Hijos*	Usted puede obtener cobertura para cualquiera de sus hijos elegibles por la cantidad de \$5,000 o \$10,000.

*El empleado se debe inscribir en el seguro de vida a término de grupo para tener cobertura de cónyuge/hijos. Vea los requisitos de la evidencia de asegurabilidad en la [página 23](#).

Cobertura después de cumplir 75 años

Sus beneficios o los de su cónyuge se reducirán al 50 % cuando cumpla 75 años, si está empleado en el estado de Carolina del Norte. Nota: Una vez que la cobertura se reduce debido a la edad, el asegurado ya no puede aumentar la cobertura. Cualquier cobertura reducida puede ser elegible para la conversión.



Rudbeckia bicolor | Fotografía: Stanley Jimmy via flickr

Consejo sobre los beneficios

¿Qué nivel de cobertura de seguro de vida necesita? Tenga en cuenta:

- Cuántos años de pago anual quiere reemplazar
- Obligaciones de hipoteca/alquiler
- Necesidades educativas/universitarias
- Gastos de funeral
- Otras deudas

Opciones de inscripción/evidencia de asegurabilidad

La evidencia de asegurabilidad (EOI) es obligatoria para cantidades superiores a la emisión garantizada (GI) cuando se esté inscribiendo en este plan para determinar si se dará la cobertura. Si le piden la EOI, Voya Financial le enviará por correo el formulario de la EOI adecuado a su dirección registrada. Este formulario se debe completar, firmar y devolver a Voya Financial para revisión.

Si usted es:	Opciones de cobertura
Nueva contratación/recién elegible	Como nueva contratación (o recién elegible para los beneficios), puede elegir desde \$20,000 hasta \$200,000 para usted y desde \$20,000 hasta \$50,000 para su cónyuge sin tener que dar la EOI.*
Empleado existente	
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo elegir o agregar cobertura durante la inscripción anual* 	<p>Si usted/su cónyuge no están actualmente inscritos en el seguro de vida a término de grupo, durante la inscripción anual usted puede comprar una cobertura de \$20,000 (para usted/su cónyuge) con emisión garantizada (si no se le hubiera denegado antes la cobertura). Las cantidades superiores a \$20,000 necesitan una EOI.</p> <p>Si usted/su cónyuge están actualmente inscritos en el seguro de vida a término de grupo, usted puede agregar una cobertura extra de \$10,000 o \$20,000 en cada inscripción anual hasta la cantidad de emisión garantizada de \$200,000 para empleados y de \$50,000 para cónyuges (no se necesita una EOI).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo hacer cambios en la cobertura durante el año del plan* 	Si usted tiene un evento de vida calificado que le permite agregar o aumentar la cantidad del seguro de vida, podrá elegir la cobertura según la emisión garantizada hasta las cantidades que se muestran arriba en Nueva contratación/recién elegible.

*Usted puede optar por una cobertura hasta de \$10,000 para hijos elegibles sin tener que presentar una EOI para 2024.

Más beneficios del seguro de vida a término de grupo

- **Exención de pago de primas por discapacidad:** Si queda totalmente discapacitado antes de cumplir 60 años, la prima del seguro de vida se eximirá según ciertas condiciones.
- **Planificación del funeral y servicios de conserjería:** Le permite comunicarse con profesionales que pueden ayudarlo a planificar el funeral para usted y para sus familiares elegibles.
- **Beneficio adelantado por fallecimiento:** Usted y su cónyuge pueden ser elegibles para recibir el 50 % del beneficio del seguro de vida a término de grupo, hasta una cantidad máxima de \$250,000, mientras vivan si:
 - Le diagnostican una enfermedad terminal y le quedan menos de seis meses de vida.
 - Le diagnostican una condición que necesita de hospitalización continua y se espera que se quede ahí por el resto de su vida/la vida de su cónyuge.



Sírfido | Fotografía: Mohamad vía flickr

Consejo sobre los beneficios

Asegúrese de designar a sus beneficiarios cuando se inscriba en la cobertura del seguro de vida, luego revíselos y actualícelos todos los años durante la inscripción de los beneficios.

Costos del seguro de vida a término de grupo

La prima mensual por usted o por su cónyuge dependiente está basada en su edad a partir del 1 de enero del año del plan actual. El siguiente cuadro describe el costo de la cobertura según un aumento de \$1,000 basado en la edad.

	Edad del empleado	Tarifas mensuales* por \$1,000 de cobertura	Costo mensual por las cantidades de cobertura del ejemplo		
			\$20,000	\$50,000	\$100,000
Empleado/cónyuge	0 – 24	\$0.04	\$.80	\$2.00	\$4.00
	25 – 29	\$0.05	\$1.00	\$2.50	\$5.00
	30 – 34	\$0.07	\$1.40	\$3.50	\$7.00
	35 – 39	\$0.08	\$1.60	\$4.00	\$8.00
	40 – 44	\$0.09	\$1.80	\$4.50	\$9.00
	45 – 49	\$0.13	\$2.60	\$6.50	\$13.00
	50 – 54	\$0.22	\$4.40	\$11.00	\$22.00
	55 – 59	\$0.40	\$8.00	\$20.00	\$40.00
	60 – 64	\$0.64	\$12.80	\$32.00	\$64.00
	65 – 69	\$1.27	\$25.40	\$63.50	\$127.00
	70 – 74	\$2.06	\$41.20	\$103.00	\$206.00
Mayor de 75	\$2.06	\$41.20	\$103.00	\$206.00	
Si elige una cobertura solo para el empleado, las primas se deducirán antes de impuestos.					
Hijos	\$0.68 por \$5,000 de cobertura para hijos				
	\$1.36 por \$10,000 de cobertura para hijos				
Si elige la cobertura para empleado más la cobertura de dependientes, las primas por el empleado y los dependientes se deducirán después de impuestos.					

*Los costos son por persona cubierta (empleado/cónyuge) para la cantidad del beneficio que elija.



Para obtener más información

Para obtener más información del plan de seguro de vida a término de grupo, vaya a ncflex.org y seleccione *Group Term Life* (Seguro de vida a término de grupo), luego haga clic en *Información sobre el plan, certificados y mucho más.*

El seguro por Muerte y desmembramiento accidental (AD&D) paga un beneficio si usted fallece o se lesiona gravemente como resultado de un accidente. La cobertura está vigente las 24 horas del día, los 365 días del año e incluye accidentes dentro o fuera del trabajo. Si usted es elegible para la cobertura, puede inscribirse en el plan Core AD&D sin costo alguno. También puede comprar una cobertura opcional adicional para usted y para sus dependientes por medio del plan Voluntary AD&D. Los empleados de The University of North Carolina System no son elegibles para este beneficio.

Si usted y su cónyuge trabajan para el estado

Las cantidades de los beneficios se muestran abajo. Si es elegible para participar como empleado, debe elegir tener cobertura como empleado, no como dependiente. **Si usted y su cónyuge son elegibles para esta cobertura como empleados de una agencia estatal, una escuela profesional de la comunidad o una escuela autónoma subvencionada, ambos pueden elegir participar como empleados, pero solo uno puede inscribirse en la cobertura para empleados y la cobertura de familia.** El cónyuge que elige la cobertura de empleado y familia no tendrá cobertura para su cónyuge, solo para los hijos. No puede estar cubierto como empleado y como dependiente y los hijos no deben tener doble inscripción.

Opciones de cobertura

Usted puede usar la cobertura de AD&D de la manera siguiente:

Plan	Opciones de cobertura
Core AD&D	\$10,000 (sin costo para usted, cuando se inscribe).
Voluntary AD&D	<p>Para usted: Usted puede elegir desde \$50,000 hasta \$500,000 en aumentos de \$50,000 (consulte Costos mensuales de Voluntary AD&D para ver las cantidades de cobertura y los costos asociados)</p> <p>Para sus dependientes: Si elige una cobertura Voluntary AD&D para usted, puede además elegir una cobertura para sus dependientes. La cobertura de su cónyuge y sus hijos será un porcentaje de la cantidad de cobertura que usted elija para usted, según el cuadro de la página 26.</p>

Voya Travel Assistance

Si está inscrito en los planes Core o Voluntary AD&D también tiene acceso a los servicios de Voya Travel Assistance.

Viajar a un lugar que no sea familiar puede generar estrés, especialmente si algo sale mal. Voya Travel Assistance le ofrece a usted y a sus dependientes cuatro tipos de servicios cuando viaja a más de 100 millas de su casa:

- Servicios de transporte médico por emergencia
- Servicios de asistencia médica
- Servicios de asistencia de viaje
- Servicios de asistencia de seguridad

Acceda a estos servicios las 24 horas del día, 365 días al año desde cualquier parte del mundo. Los servicios de Voya Travel Assistance se prestan por medio de International Medical Group, Inc. (IMG), Indianapolis, IN.

Consulte la **página 28** para obtener más información.

Cómo funcionan los planes AD&D

La siguiente lista es un resumen de los beneficios que da el Plan AD&D. Para obtener una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones disponibles, consulte el certificado de seguro y todos los anexos, que están disponibles en ncflex.org.

Si usted fallece o se lesiona gravemente como resultado de un accidente, el plan paga:

Por pérdida de:	Porcentaje de la cantidad del beneficio de AD&D que se paga
Vida	100 %
Vista de ambos ojos	100 %
Habla y audición en ambos oídos	100 %
Ambas manos o ambos pies	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano o un pie	50 %
Vista de un ojo	50 %
Habla o audición en ambos oídos	50 %
Audición en un oído	25 %
Por las siguientes condiciones:	
Cuadriplejía	100 %
Parálisis de tres miembros	85 %
Paraplejía/hemiplejía	75 %
Parálisis de un miembro	50 %

Cobertura después de cumplir 75 años

La cantidad de seguro disminuirá al 50 % cuando cumpla 75 años. La cobertura no se puede aumentar una vez que se reduzca debido a la edad.

Costos mensuales de Core AD&D

Si se inscribe en el plan Core AD&D, la cobertura se le da sin costo alguno.

Costos mensuales de Voluntary AD&D

Usted puede elegir desde una suma principal de \$50,000 hasta de \$500,000 con aumentos de \$50,000. El costo de su cobertura está basado en la suma principal que elija, de la siguiente manera:

Suma principal	Empleado únicamente	Empleado y familiares
\$50,000	\$0.90	\$1.30
\$100,000	\$1.80	\$2.60
\$150,000	\$2.70	\$3.90
\$200,000	\$3.60	\$5.20
\$250,000	\$4.50	\$6.50
\$300,000	\$5.40	\$7.80
\$350,000	\$6.30	\$9.10
\$400,000	\$7.20	\$10.40
\$450,000	\$8.10	\$11.70
\$500,000	\$9.00	\$13.00

Suma principal de los familiares

Si elige la cobertura de familia, los planes pagan un porcentaje de la cantidad de su beneficio si su cónyuge o hijos fallecen o se lesionan gravemente como resultado de un accidente, de la siguiente manera:

Familiar	Porcentaje de la cantidad del beneficio de AD&D que se paga
Cónyuge	50 %
Hijos	10 % cada hijo



Para obtener más información

Para obtener más información sobre los planes de AD&D y sobre una lista completa de los beneficios cubiertos, vaya a ncflex.org y seleccione *Accidental Death & Dismemberment (Seguro por muerte y desmembramiento accidental)*, luego haga clic en *Información y documentos del plan*.



Consejo sobre beneficios

Asegúrese de designar a sus beneficiarios cuando se inscriba en la cobertura de AD&D, luego revíselos y actualícelos todos los años durante la inscripción de los beneficios.

Aspectos destacados de los beneficios de Core AD&D y Voluntary AD&D

Abajo encontrará un resumen de lo que cubre el plan de AD&D.

	Core AD&D	Voluntary AD&D	
	Empleado únicamente	Empleado únicamente	Familia
Cantidad del beneficio	\$10,000	\$100,000*	\$100,000*
Inscripción durante la inscripción anual	✓	✓	✓
Seguro de vida por muerte y desmembramiento accidental	✓	✓	✓
Parálisis, cuadriplejia, paraplejia, hemiplejia	✓	✓	✓
Voya Travel Assistance	✓	✓	✓
Beneficio de rehabilitación**		✓	✓
Beneficio por desastre común**		✓	✓
Beneficio por coma		✓	✓
Indemnización de hospitalización por accidente**		✓	✓
Beneficio de conductor seguro**		✓	✓
Beneficio por agresión criminal**		✓	✓
Beneficio por riesgo de guerra		✓	✓
Desfiguración por quemaduras		✓	✓
Beneficio por contacto accidental con el VIH		✓	✓
Beneficio por atención asistencial**		✓	✓
Beneficio de orientación terapéutica		✓	✓
Beneficio para adaptaciones en la casa y vehículos**		✓	✓
Beneficio por reimplantación quirúrgica		✓	✓
Portabilidad		✓	✓
Cobertura para el cónyuge			✓
Beneficio para sobrevivientes**			✓
Beneficio de educación**			✓
Beneficio para capacitación del cónyuge**			✓
Cobertura para hijos dependientes			✓

* La cantidad total del beneficio de \$100,000 es un ejemplo. Hay otros beneficios disponibles desde \$50,000 hasta \$500,000.

** Los beneficios adicionales se aplican solo si ha habido una pérdida cubierta como se muestra en la [página 26](#).

Voya Travel Assistance: Seguridad cuando viaja

Para participantes del plan de muerte y desmembramiento accidental o cualquiera de los Planes de accidentes.

Voya Travel Assistance le ofrece seguridad mejorada para sus viajes de negocios o esparcimiento cuando viaje a 100 millas o más de su residencia primaria o en otro país, para viajes de 180 días o menos. Usted y sus dependientes tendrán acceso al centro de servicio al cliente de Voya Travel Assistance o acceso a los servicios prestados en el sitio web 24 horas al día, 365 días al año - desde cualquier parte del mundo. Los servicios de Voya Travel Assistance se prestan por medio de International Medical Group, Inc. (IMG), Indianapolis, IN.

Servicios de transporte médico por emergencia:

- Envío de un médico
- Evacuación médica de emergencia
- Repatriación médica
- Regreso de hijos dependientes
- Regreso del compañero de viaje
- Servicios de devolución de vehículo
- Visita de un familiar o amigo
- Repatriación de restos

Servicios de asistencia médica:

- Coordinación de convalecencia
- Atención de paciente ambulatorio y hospitalizado
- Servicios de interpretación
- Monitoreo médico
- Remisiones médicas y dentales
- Transferencia y envío de recetas

Servicios de asistencia de viaje:

- Transferencia de dinero en efectivo por emergencia
- Ubicación de consulado y embajada
- Asistencia por robo de identificación
- Remisiones legales
- Asistencia por pérdida de equipaje o documentos
- Alojamiento y devolución de mascotas
- Servicios de información antes del viaje
- Transmitir mensajes de texto

Servicios de asistencia de seguridad:

- Evacuación política de emergencia/repatriación
- Aplicación de inteligencia de localización
- Evacuación por desastre natural

Cómo funciona

En cualquier momento antes o durante un viaje, usted puede comunicarse con Voya Travel Assistance para recibir servicios de asistencia. Tome una fotografía de este resumen con su dispositivo móvil y guárdela con sus documentos de viaje o acceda a este documento para imprimirlo en ncflex.org en las secciones de AD&D y Accidentes. Use la tarjeta de bolsillo para acceso conveniente a los números que necesita.

Si necesita servicios de emergencia o antes del viaje...	Voya Travel Assistance
<p>... use la información de contacto en la parte de atrás e identifíquese como participante elegible en el programa Voya Travel Assistance.</p> <p>Se le pedirá que dé cierta información adicional para poder confirmar su elegibilidad para este programa. Una vez que se verifique la elegibilidad, Voya Travel Assistance arreglará y dará los servicios de traslado de emergencia que se describen arriba.</p> <p>Tenga en cuenta: Los servicios solo son elegibles para pago por medio de Voya Travel Assistance si se comunica con Voya Travel Assistance en el momento del servicio y pide el servicio. Si incurre en costos por otros servicios, usted es responsable de esos costos o del reembolso de esos costos si Voya Travel Assistance pagó esos servicios inicialmente; Voya Travel Assistance le pedirá su tarjeta de crédito y debitará de su cuenta la cantidad necesaria.</p>	<p>Comuníquese con Voya Travel Assistance las 24 horas del día, 365 días al año para: Servicios de transporte médico por emergencia, asistencia médica, asistencia de viaje y asistencia de seguridad.</p> <p>Desde cualquier parte del mundo: +1 (317) 659-5841</p> <p>Correo electrónico: assist@imglobal.com</p> <p>Visítenos en línea y regístrese: imglobal.com/member</p> <ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Seleccione "Create an account" (Crear una cuenta)<input checked="" type="checkbox"/> Escriba el código de remisión: VOYATRAVEL<input checked="" type="checkbox"/> Haga clic en "continue" (continuar) para escribir su información personal y crear su contraseña.

Vea el folleto de Voya Travel Assistance Brochure en ncflex.org para ver las exclusiones y limitaciones que se aplican.

Discapacidad

Los programas de discapacidad reemplazan una parte de su cheque de pago cuando está enfermo, lesionado o se está recuperando de un parto. Siga leyendo para saber qué beneficios por discapacidad se ofrecen por medio de:

- **NCFlex:** Para empleados activos de tiempo completo de una agencia estatal, una escuela profesional comunitaria o una escuela autónoma subvencionada participantes que trabajen al menos 30 horas o más por semana, pueden elegir una cobertura suplementaria por discapacidad combinada de STD y LTD (discapacidad a corto plazo y discapacidad a largo plazo). Consulte la sección del **"Plan Voluntary Disability de NCFlex"**, que empieza en esta **página**.
- **El Plan de ingresos por discapacidad de Carolina del Norte (DIP-NC):** Usted es elegible para los beneficios básicos por discapacidad a corto y largo plazo si participa en TSERS y cumple otros criterios de elegibilidad. Consulte la sección **"Beneficios por discapacidad para los participantes de TSERS"**, que comienza en **la página 33**, para obtener más información.

Plan Voluntary Disability de NCFlex

El plan Voluntary Disability, que ofrece NCFlex por medio de The Standard, proporciona coberturas por discapacidad a corto plazo (STD) y por discapacidad a largo plazo (LTD). Siga leyendo para más información.

El programa de discapacidad voluntario de NCFlex ofrece	
Discapacidad de corto plazo (STD)	Discapacidad de largo plazo (LTD)
Cubre los primeros 60 días de discapacidad	Comienza el día 61 de la discapacidad

Elegibilidad

Usted puede inscribirse en el plan Voluntary Disability si trabaja como empleado a tiempo completo* para una agencia estatal, escuela profesional comunitaria o escuela autónoma subvencionada participantes, trabajando al menos 30 horas o más por semana. Si tiene dudas sobre la elegibilidad, comuníquese con un Representante de beneficios médicos (HBR).

* Los empleados del sistema de The University of North Carolina no son elegibles para este beneficio.

Vea cómo el plan NCFlex Voluntary Disability ayuda a complementar el plan STD/LTD básico con TSERS en **la página 36**.

Importante: Si usted participa en TSERS

Como empleado del estado de Carolina del Norte, si participa en el Sistema de jubilación de maestros y empleados del estado (TSERS), se le da una cobertura básica por discapacidad a corto plazo (STD) y por discapacidad a largo plazo (LTD) sin costo para usted. Estos beneficios básicos de STD y LTD se le proporcionan según el Plan de ingresos por discapacidad de Carolina del Norte (DIP-NC). Consulte los **Beneficios por discapacidad para los participantes de TSERS** en **la página 33** para obtener más información. También puede adquirir más protección inscribiéndose en el Plan Voluntary Disability, descrito en esta sección, que puede aumentar la cantidad de beneficios de STD y LTD que recibe cada mes.

Definiciones de discapacidad

STD: Se le considerará discapacitado si, como resultado de una enfermedad física, lesión, embarazo o trastorno mental, no puede hacer con una continuidad razonable las tareas importantes de su propia ocupación. No se le considera discapacitado simplemente porque su derecho a desempeñar su propia ocupación esté restringido, incluyendo una restricción o pérdida de la licencia.

LTD: Durante el período de espera de los beneficios y hasta el final de los primeros 24 meses en que se pagan los beneficios de LTD, se le considerará discapacitado si, como resultado de una enfermedad física, lesión, embarazo o trastorno mental:

- No puede desempeñar con una continuidad razonable las tareas importantes de su propia ocupación, y
- Sufre una pérdida de al menos el 20 % de sus ingresos antes de la discapacidad cuando trabaja en su propia ocupación.

No se le considera discapacitado simplemente porque su derecho a desempeñar su propia ocupación esté restringido, incluyendo una restricción o pérdida de la licencia.

Desde el final del período de ocupación propio (primeros 24 meses) hasta el final del período de beneficio máximo en el que se pagan los beneficios de LTD, se le considerará discapacitado si, como resultado de una enfermedad física, lesión, embarazo o trastorno mental:

- No puede desempeñar con una continuidad razonable las tareas importantes de cualquier ocupación.
- Sufre una pérdida de al menos el 40 % de sus ingresos antes de la discapacidad al trabajar en cualquier ocupación.

Inscripción/evidencia de asegurabilidad

Si usted es:	EOI
Nueva contratación/recién elegible	Si usted es un empleado nuevo o recientemente elegible para recibir los beneficios, no debe presentar la Evidencia de asegurabilidad (EOI) si se inscribe en el plan Voluntary Disability en el plazo de 30 días a partir de la fecha de contratación.
Empleado existente	
• Eligiendo cobertura durante la inscripción anual	Si actualmente no está inscrito en el Plan Voluntary Disability de NCFlex, puede inscribirse durante la inscripción anual, pero se le pedirá la EOI.
• Eventos de vida que califican	Si tiene un evento de vida que califica que le permite agregar cobertura, no debe presentar la Evidencia de asegurabilidad (EOI) si se inscribe en el plan NCFlex Voluntary Disability en el plazo de 30 días a partir del evento de vida que califica y no ha enviado antes EOI que fue declinada por The Standard.
• Reincorporación después de un permiso de ausencia*	Si estaba inscrito en el Plan NCFlex Voluntary Disability antes de su permiso de ausencia y su cobertura terminó debido a un permiso de ausencia no pagado, debe volver a inscribirse en un período de 30 días a partir de la finalización de su permiso de ausencia. Si usted no se inscribe de nuevo en el plazo de 30 días, será necesaria la EOI.

Si necesita EOI, su cobertura no entrará en vigor hasta el primer día del mes después de la fecha en que The Standard aprueba EOI. Sin embargo, si su EOI se aprueba el primer día del mes, su fecha de entrada en vigor será ese día.

*The Standard no acepta pagos directos de miembros individuales, por lo tanto, si se cancelan sus beneficios mientras está con permiso de ausencia, no se pueden hacer pagos, a menos que su empleador pueda enviar esos pagos en su nombre.

Disposición para condiciones preexistentes para cobertura de STD y LTD

No está cubierto por una discapacidad de corto o largo plazo causada por o a la que contribuya una condición preexistente, a menos que en la fecha en que quedó discapacitado estuviera asegurado continuamente bajo la póliza colectiva durante el período de exclusión y haya estado trabajando activamente durante al menos un día completo después del final de un período de exclusión de **12 meses**.

Una condición preexistente es una condición mental o física, ya sea diagnosticada o mal diagnosticada durante el período de 90 días inmediatamente antes de que su seguro entre en vigor:

- Por la que habría consultado a un médico u otro profesional médico autorizado; recibido tratamiento, servicios u orientación médicos; hecho procedimientos de diagnóstico, incluyendo procedimientos autoadministrados; o tomado medicinas o medicamentos recetados.
- Que, como resultado de cualquier examen médico, incluyendo el examen de rutina, se hubiera descubierto o se sospechara que tenía.

Período sin tratamiento: Si no recibe tratamiento durante seis meses consecutivos en el período de exclusión de 12 meses, no se aplicará ningún período de exclusión restante.

Discapacidad de corto plazo

El plan de discapacidad de corto plazo (STD) proporciona un reemplazo de ingresos si no puede trabajar debido a una discapacidad médica. Los beneficios de STD comienzan el primer día hábil siguiente al período de espera de los beneficios:

Lo que ofrece su beneficio	El plan paga el 66 ² / ₃ % de su sueldo mensual hasta \$750 por semana.
Período de espera de los beneficios	14 días calendario por accidente calificado, enfermedad física, embarazo o trastorno mental. Este es el período de tiempo que tendría que estar discapacitado antes de comenzar a recibir beneficios.
Cuánto tiempo duran sus beneficios	60 días calendario a partir de la fecha de su discapacidad
Los beneficios se pagan	Semanalmente.
Ingresos deducibles (compensaciones)	No hay compensaciones para el plan de STD, lo que significa que no se le reducirán los beneficios si recibe ingresos de otras fuentes, como la compensación de los trabajadores o el Seguro Social.

Otras características

Cobertura de 24 horas: Los beneficios de STD y LTD cubren las discapacidades que ocurren dentro o fuera del trabajo.

Defensor de la salud personal: Mientras tenga un reclamo de STD aprobado, tendrá acceso a un defensor de la salud personal designado que puede ayudarlo con una amplia gama de servicios, como coordinar la atención médica con especialistas y coordinar las preguntas sobre facturación.

Beneficio por gastos de adaptación razonable: Este beneficio ayuda a modificar el entorno laboral para permitirle permanecer en el trabajo o reincorporarse al trabajo después de una condición de discapacidad.

Incentivo por reincorporación al trabajo: Mientras se recupera de su discapacidad, y si su médico lo aprueba, es posible que pueda reincorporarse al trabajo mientras sigue recibiendo los beneficios de LTD a una tarifa reducida. Consulte a su representante de beneficios de atención médica (HBR) para recibir más información.

Beneficio para sobrevivientes: Si muere mientras se pagan los beneficios de LTD, es posible que se pague un beneficio para sobreviviente a su beneficiario. El beneficio para sobreviviente es tres veces su beneficio de LTD mensual sin reducción por ingresos deducibles.

Discapacidad de largo plazo

La discapacidad de largo plazo (LTD) proporciona un reemplazo de ingresos si no puede trabajar debido a una discapacidad médica. Los beneficios de LTD comienzan a pagarse después de haber estado incapacitado de manera continua durante 60 días. Su beneficio mensual se reducirá según los ingresos deducibles, como los beneficios del Seguro Social o de compensación de los trabajadores.

Lo que ofrece su beneficio	El plan reemplazará hasta el 66 ² / ₃ % de sus ingresos elegibles* hasta un beneficio máximo de \$12,500 por mes. Plan mínimo por mes: \$100 o 10 % del beneficio de LTD (el que sea mayor). <i>*Los ingresos elegibles son los ingresos mensuales antes de la discapacidad, según lo define la póliza de grupo.</i>
Período de espera de los beneficios*	60 días <i>*Si sufre una discapacidad que califica, el período de espera de sus beneficios es el período de tiempo que debe estar discapacitado de manera continua antes de que pueda comenzar a recibir su beneficio mensual.</i>
Cuánto tiempo duran sus beneficios*	Hasta su edad normal de jubilación del seguro social (SSNRA), siempre que continúe cumpliendo la definición de discapacidad. Dependiendo de su edad en el momento de la discapacidad, sus beneficios pueden estar sujetos a un programa diferente. <i>*Este es el período máximo de tiempo que podría ser elegible para recibir beneficios por discapacidad por una discapacidad continua.</i>
Los beneficios se pagan	Mensualmente.

Período de beneficios máximo de LTD

Si queda discapacitado antes de los 62 años, los beneficios de LTD pueden continuar durante la discapacidad hasta los 65 años o hasta la edad normal de jubilación del seguro social (SSNRA) o 3 años, 6 meses, el tiempo que sea más largo. Si queda discapacitado cuando tiene más de 62 años, la duración del beneficio se determina por la edad en que comienza la discapacidad:

Edad	Período de beneficios máximo
62	Para SSNRA o 3 años 6 meses si es más tiempo
63	Para SSNRA o 3 años si es más tiempo
64	Para SSNRA o 2 años 6 meses si es más tiempo
65	2 años
66	1 año 9 meses
67	1 año 6 meses
68	1 año 3 meses
Más de 69 años	1 año



Para obtener más información

Para obtener más información de los planes por discapacidad, incluyendo las exclusiones y limitaciones, vaya a la sección de ncflex.org y seleccione **Certificado NCFlex STD** o **Certificado NCFlex LTD**.



Mariposa ojos de venado | Fotografía: Kris Peterson vía flickr

Ingresos de LTD deducibles

Sus beneficios se reducirán si tiene *ingresos deducibles*, que son los ingresos que recibe, o que es elegible para recibir, mientras recibe los beneficios de LTD.

Los ingresos deducibles incluyen:

- Pago por enfermedad, pago por licencia anual o personal, indemnización por despido u otras maneras de continuación del sueldo pagadas (incluyendo las cantidades donadas) que superen el 100 por ciento de sus ganancias indexadas antes de la discapacidad cuando se agregan a sus beneficios de LTD
- Beneficios según una ley de compensación de los trabajadores o una ley similar
- Cantidades según la ley de subsidio de desempleo
- Beneficios por discapacidad o jubilación del Seguro Social
- Cantidades por su discapacidad de cualquier otro seguro colectivo
- Cualquier beneficio de jubilación o discapacidad que haya recibido del plan de jubilación de su empleador
- Beneficios según cualquier ley estatal de beneficios de ingresos por discapacidad o ley similar
- Ingresos por actividad laboral mientras esté discapacitado, más los ingresos que podría recibir si trabaja tanto como lo permita su discapacidad
- Ingresos o remuneraciones incluidos en sus ingresos antes de la discapacidad que recibe o que sea elegible para recibir mientras se pagan los beneficios de LTD
- Cantidades adeudadas por un tercero o en nombre de este debido a su discapacidad, ya sea por sentencia, acuerdo u otro método
- Cualquier cantidad que reciba por un compromiso, acuerdo u otro método como resultado de un reclamo por cualquiera de los mencionados arriba

Tarifas de las primas mensuales del Plan Voluntary Disability de NCFlex

Edad al 1 de enero pasado	Tarifa por \$100 de nómina mensual cubierta
Menos de 25 años	\$1.01
25-29	\$0.92
30-34	\$1.02
35-39	\$0.90
40-44	\$0.92
45-49	\$1.20
50-54	\$1.52
55-59	\$1.83
60-64	\$2.02
65-69	\$1.78
Más de 70	\$2.49

Use esta fórmula para calcular el pago de su prima mensual:

$$\frac{\text{Ingresos mensuales*}}{\text{(sueldo base anual dividido entre 12)}} \times \frac{\text{Su tarifa del cuadro}}{100} = \text{Cálculo de la prima mensual}$$

*Los ingresos no pueden superar los \$18,750 mensuales.

Si recibe cheques de pago quincenales, tome la prima mensual y divídala entre 2 para obtener un cálculo de la prima quincenal.

Nota: Este cálculo está destinado a dar una cantidad aproximada de la prima. La prima real puede variar según el sueldo que da su empleador y su edad en la fecha de entrada en vigor del seguro.

Beneficios por discapacidad para participantes en TSERS

Como empleado del estado de Carolina del Norte, si participa en el Sistema de Jubilación para Maestros y Empleados del Estado (TSERS), puede calificar para los beneficios por discapacidad según el Plan de Ingresos por Discapacidad de Carolina del Norte (DIP-NC). Esta sección da información de los beneficios por discapacidad de DIP-NC.

Vea cómo el plan NCFlex Voluntary Disability ayuda a complementar el plan STD/LTD básico con TSERS en **la página 36**. Para el plan Voluntary Disability no exige que usted tenga ningún servicio acreditable bajo su plan de jubilación antes de que comience a pagar los beneficios. Además, la cobertura voluntaria por discapacidad puede aumentar la cantidad de beneficios que recibe cada mes.

Elegibilidad

El hecho de que califique para los beneficios de STD o LTD depende de cuántos años de servicio acreditable tenga como participante de TSERS. Además, los beneficios por discapacidad pueden limitarse si tiene menos de cinco años de servicio acreditable.

Si es elegible para la cobertura de STD, después de haber estado discapacitado durante 60 días, el plan STD comienza a pagarle un beneficio mensual por discapacidad hasta por un año. Después de un año, si permanece discapacitado y es elegible para la cobertura de LTD, el plan LTD paga un beneficio mensual mientras califique como discapacitado. (Consulte la sección "Puede complementar los STD/LTD básicos por medio del Plan NCFlex Voluntary Disability" en **la página 35**).

Cobertura de STD por medio de DIP-NC

Si tiene al menos un año de servicio de membresía contributiva en TSERS (ganado en los 36 meses calendario anteriores a su discapacidad) y cumple todos los requisitos del plan, el plan STD le pagará un beneficio debido a una enfermedad o lesión discapacitante calificada después de un período de espera de 60 días.

El plan de STD paga un beneficio mensual equivalente al 50 % de su sueldo mensual, hasta un máximo de \$ 3,000 por mes.

El plan continúa pagando este beneficio hasta que ya no esté discapacitado o hasta que hayan pasado 365 días desde el comienzo de su discapacidad, lo que ocurra primero.

Aquí se incluye un breve resumen de los beneficios de STD de este plan:

Su servicio acreditable como participante en TSERS	Durante este período de su discapacidad	Beneficio del plan de STD (DIP-NC)
Menos de 1 año	Por el tiempo que esté discapacitado	Sin beneficio
1 año o más	Primer año de discapacidad	Después de un período de espera de 60 días, el plan paga el 50 % de su sueldo mensual, hasta un máximo de \$3,000 por mes.*

**Pueden aplicarse compensaciones*

El plan de STD no paga beneficios por discapacidades que comiencen antes de que tenga al menos un año de servicio como participante de TSERS. Sin embargo, puede comprar una cobertura de discapacidad suplementaria para recibir un beneficio si queda discapacitado durante ese primer año.

Cobertura de STD extendida por medio de DIP-NC

Si su discapacidad se considera temporal, pero continúa después del primer año, se puede aprobar un período más de STD, que no deberá exceder los 365 días. Debe cumplir todos los requisitos de discapacidad y ser aprobado por la junta médica del plan.

Aquí se incluye un breve resumen de los beneficios de STD extendidos de este plan:

Su servicio acreditable como participante en TSERS	Durante este período de su discapacidad	Beneficio del plan de STD extendido (DIP-NC)
Menos de 1 año	Por el tiempo en que esté discapacitado	Sin beneficio
1 año o más	Segundo año de discapacidad	Después de su período inicial de STD, el plan paga el 50 % de su sueldo mensual, hasta un máximo de \$3,000 por mes.*

**Pueden aplicarse compensaciones*



Para obtener más información

Para obtener más información sobre estos planes por medio de DIP-NC, consulte la guía del Plan de ingresos por discapacidad de Carolina del Norte en www.mynretirement.com/discapacidad.

Cobertura de LTD por medio de DIP-NC

Si tiene al menos cinco años de servicio de membresía en TSERS, el plan de LTD le pagará un beneficio si permanece discapacitado por más de 365 días y se considera discapacitado de manera permanente.

El plan LTD paga un beneficio mensual equivalente al 65 % de su sueldo mensual, hasta un máximo de \$3,900 por mes. El plan continúa pagando este beneficio hasta que ya no esté discapacitado o cuando califique para la jubilación, lo que ocurra primero. Pueden aplicarse otras reglas que pueden compensar o finalizar los pagos.

Aquí se muestra un breve resumen de los beneficios de LTD de este plan:

Su servicio acreditable como participante en TSERS	Durante este período de su discapacidad	Beneficio del plan LTD (DIP-NC)
Menos de 5 años	Por el tiempo que esté discapacitado	Sin beneficio
Más de 5 años	A partir del segundo año de discapacidad y continuará mientras esté discapacitado. ¹	El plan paga el 65 % de su sueldo mensual, hasta un máximo de \$3,900 por mes. ²

Aunque el plan LTD no paga beneficios por discapacidades que comienzan antes de que usted tenga al menos cinco años de servicio como participante en su plan de jubilación, puede adquirir una cobertura de discapacidad suplementaria para recibir un beneficio si queda discapacitado durante ese tiempo.

¹ Consulte "Duración de los beneficios a largo plazo" en la guía del Plan de ingresos por discapacidad de NC para obtener más información de la duración de los beneficios.

² Pueden aplicarse compensaciones.

Puede complementar los STD/LTD básicos por medio del Plan Voluntary Disability de NCFlex

Aunque ser miembro de TSERS le da cobertura de STD básica y LTD básica sin costo para usted, es posible que quiera considerar la compra de más protección por STD y LTD por medio del **Plan Voluntary Disability** de NCFlex que se ofrece por medio de The Standard. Siga leyendo para conocer cómo funciona esta cobertura con sus coberturas básicas de STD y LTD (y consulte el "**Plan Voluntary Disability de NCFlex**" en la **página 29** para obtener más información).

Cómo funciona el Plan Voluntary Disability de NCFlex con su cobertura básica de STD y LTD

El Plan NCFlex Voluntary Disability incluye cobertura por discapacidad de corto plazo (STD), que paga un beneficio de $66\frac{2}{3}$ % de sus ingresos hasta \$750 por semana sin compensaciones después del período de espera de los beneficios. Si aún está discapacitado después de 60 días, su reclamo pasará a la cobertura de discapacidad de largo plazo (LTD), que paga hasta el $66\frac{2}{3}$ % de su sueldo con compensaciones siempre que cumpla la definición de discapacidad, pero sin exceder su edad normal de jubilación del Seguro Social.

El Plan Voluntary Disability comienza a pagar un beneficio si está discapacitado durante más de 14 días calendario. El período de 14 días se llama *período de espera de los beneficios*. El período de espera de los beneficios es el tiempo que debe estar discapacitado antes de comenzar a recibir beneficios.

Por lo general, el plan complementa cualquier beneficio de STD básico o LTD básico que pueda estar recibiendo (incluyendo los beneficios por discapacidad dados por medio de la cobertura DIP-NC, más algunos otros beneficios como se explica más adelante). Durante los primeros 60 días de $66\frac{2}{3}$ % de los ingresos hasta \$750 por semana se suman a cualquier otra cosa que reciba. Después de eso, su pago es la cantidad necesaria para aumentar su beneficio total por discapacidad al $66\frac{2}{3}$ %. Si no recibe ningún otro beneficio por discapacidad u otros ingresos deducibles aplicables, entonces el plan por discapacidad voluntario paga todo el $66\frac{2}{3}$ % de su sueldo mensual.

Además, inscribirse en el plan Voluntary Disability aumenta su beneficio mensual máximo posible a \$12,500.

El plan paga beneficios por una discapacidad que califica, independientemente de cuántos años de servicio de membresía tenga como participante de TSERS. Por lo tanto, llena ciertas "interrupciones" durante los que su cobertura básica no paga beneficios.

El cuadro resume cómo funcionan y se complementan el Plan NCFlex Voluntary Disability con los planes básicos de STD y LTD:

Sus servicios en TSERS	Durante este período de su discapacidad	Beneficios pagados	
		Plan básico de STD y plan básico de LTD	Plan NCFlex Voluntary Disability mediante The Standard
Menos de 1 año	Mientras esté discapacitado, pero sin exceder el período máximo de beneficios.	Sin beneficio	Después del período de espera obligatorio, el plan paga 66 ² / ₃ % de sus ingresos y hasta \$750 por semana durante los primeros 60 días y luego el 66 ² / ₃ % de su sueldo mensual**, hasta un beneficio mensual máximo de \$12,500.
1 a 4 años	Primer año de discapacidad	STD: Después de un período de espera de 60 días, el plan paga el 50 % de su sueldo mensual hasta \$3,000 al mes*.	Después del período de espera, el plan paga 66 ² / ₃ % de sus ingresos hasta \$750/semana por los primeros 60 días y luego a partir del día 61, se añade un 16 ² / ₃ % (o más) de su sueldo mensual, aumentando su beneficio total al 66 ² / ₃ % de su sueldo mensual**, el beneficio mensual máximo del plan es \$12,500.
	Comenzando el segundo año de discapacidad y continuando mientras esté discapacitado, pero sin exceder el período máximo de beneficios.	STD extendido: Si la discapacidad es temporal, pero excede 1 año, el plan paga el 50 % de su sueldo mensual, hasta un máximo de \$3,000 por mes* solo durante el segundo año. LTD: Sin beneficio	Si se le aprueba el STD extendido, el plan paga el mismo beneficio descrito para el primer año de discapacidad (consulte la fila de arriba) en el segundo año de discapacidad o hasta que finalice el STD extendido. Si no se le aprueba para STD extendido o después de que finaliza STD extendido, el plan paga 66 ² / ₃ % de su sueldo mensual** hasta un máximo de \$12,500 por mes.
Más de 5 años	Primer año de discapacidad	STD: Después de un período de espera de 60 días, el plan paga el 50 % de su sueldo mensual hasta \$3,000 al mes*.	Después del período de espera, el plan paga 66 ² / ₃ % de sus ingresos hasta \$750/semana por los primeros 60 días y luego a partir del día 61, se añade un 16 ² / ₃ % (o más) de su sueldo mensual, aumentando su beneficio total al 66 ² / ₃ % de su sueldo mensual**, el beneficio mensual máximo del plan es \$12,500.
	Comenzando el segundo año de discapacidad y continuando mientras esté discapacitado, pero sin exceder el período máximo de beneficios.	LTD: El plan paga el 65 % de su sueldo mensual, hasta \$3,900.	El plan pagará un beneficio para completar hasta un 66 ² / ₃ % de su sueldo mensual, hasta un máximo de \$12,500 por mes. El plan pagará un mínimo de \$100 por mes o el 10 % del beneficio de LTD (lo que sea mayor).

*Pueden aplicarse compensaciones.

**Menos ingresos deducibles.

Plan complementario de TRICARE

Amor del Canadá | Fotografía: Ilze Long via flickr

Si actualmente tiene beneficios de TRICARE Select, Prime o TRR que se ofrecen a la comunidad militar, puede ser elegible y estar interesado en el Plan complementario de TRICARE. Este plan ayuda a pagar el 100 % de los deducibles, gastos compartidos, copagos de paciente ambulatorio más el 100 % de los cargos en exceso cubiertos de los miembros de TRICARE.

Elegibilidad para usted

Usted puede ser elegible para el Plan complementario de TRICARE si es un miembro jubilado del servicio uniformado inscrito en TRICARE Select, Prime o TRR y no es elegible para Medicare, incluyendo:

- Militares retirados, autorizados a jubilarse o al pago de anticipo de honorarios.
- Miembros jubilados de la reserva que tengan entre 60 y 65 años y que estén autorizados a retirarse y al pago de anticipo de honorarios.
- Miembros jubilados de la reserva menores de 60 años e inscritos en TRICARE para Jubilados de la Reserva (TRR).
- Cónyuges/cónyuges sobrevivientes de lo arriba expuesto.
- Personal militar retirado, cónyuge/cónyuge sobreviviente mayor de 65 años y que resida fuera de los EE.UU. o sus territorios (debe estar inscrito en Medicare).
- Personal militar retirado, cónyuge/cónyuge sobreviviente de 65 años o mayor que no es elegible para Medicare (debe tener el formulario de declaración de denegación expedido por la Administración del Seguro Social).

Elegibilidad de sus dependientes

Los dependientes elegibles incluyen los hijos biológicos, adoptados e hijastros solteros, hasta la edad de 21 (o hasta los 23 años si estudia en la universidad). La elegibilidad se puede extender más allá de estos límites de edad si su hijo dependiente tiene una discapacidad grave.

Costo mensual del Plan complementario de TRICARE

Nivel de cobertura	TRICARE
Empleado únicamente	\$60.50
Empleado y cónyuge	\$119.50
Empleado e hijos	\$119.50
Empleado y familiares	\$160.50



Para obtener más información

Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos por TRICARE, visite tricare.mil.

Para obtener más información del Plan complementario de TRICARE por medio de NCFlex vaya a ncflex.org y seleccione *TRICARE Supplement*.

Opciones de continuidad de cobertura por terminación

Iris crestado enano | Fotografía: billy liar via flickr

Cuando se pierde la cobertura de NCFlex por terminación del empleo u otras pérdidas de elegibilidad, los empleados y los dependientes cubiertos pueden continuar con ciertos beneficios. El cuadro abajo incluye las opciones de continuidad.

Cobertura de NCFlex	Opción	Costo	Comentarios
Cuenta de gastos flexibles para atención médica	COBRA	102 %	P&A enviará el material de inscripción de COBRA a su última dirección conocida.
Cuenta de gastos flexibles para cuidado diurno de personas dependientes	No		No puede continuar. Sin embargo, el saldo de su cuenta disponible aún se puede usar para los servicios incurridos hasta el final del año calendario y durante el período de gracia del plan.
Plan de accidentes	Portabilidad antes de cumplir 70 años	100 %	Comuníquese con Voya llamando al 1-877-464-5111.
Cáncer	Portabilidad	100 %	Allstate Benefits le enviará una carta de portabilidad al recibir la terminación del empleo.
Enfermedades críticas	Portabilidad antes de cumplir 70 años	100 %	Comuníquese con Voya llamando al 1-877-464-5111.
Plan dental	COBRA	100 %*	iTedium enviará el material de inscripción a COBRA a su última dirección conocida.
Vision Care	COBRA	100 %*	iTedium enviará el material de inscripción a COBRA a su última dirección conocida.
Seguro de vida a término	Continuidad	Comuníquese con Voya para saber las tarifas y continuar con la cobertura llamando al 1-877-464-5111.	Comuníquese con Voya llamando al 1-877-464-5111.
Seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D)	No		No puede continuar
Seguro por muerte y desmembramiento accidental (AD&D) voluntario	Portabilidad	Comuníquese con Voya para saber las tarifas y continuar con la cobertura llamando al 1-877-464-5111.	Comuníquese con Voya llamando al 1-877-464-5111.
Discapacidad	No		No puede continuar, a menos que se haya aprobado para recibir o esté recibiendo un beneficio del plan.
Plan complementario de TRICARE	Portabilidad	100 %	Selman enviará el material de inscripción de COBRA a su última dirección conocida.

* La tarifa es del 100 % de la tarifa combinada de empleador y empleado.

Recursos de los beneficios

¡**NCFlex.org** es su fuente de información integral para más información del plan, los recursos, los enlaces a los proveedores, el Resumen de la descripción del plan (SPD), los formularios de reclamo, y mucho más! Para comunicarse directamente con un proveedor, consulte la información abajo.

Plan de beneficios	Proveedor	Teléfono	Sitio web
Todos los beneficios de NCFlex	NCFlex		ncflex.org ; ncflex@nc.gov
Cuenta de gastos flexibles (Atención médica y cuidado del dependiente)	P&A Group	1-866-916-3475	ncflex.padmin.com
Accidente	Voya Financial	1-877-464-5111	Correo electrónico: ncflex@lifehelp.com
Cáncer y enfermedades específicas	Allstate Benefits	1-866-232-1517	allstatebenefits.com/mybenefits
Enfermedades críticas	Voya Financial	1-877-464-5111	Correo electrónico: ncflex@lifehelp.com
Plan dental	MetLife	1-855-676-9441	metlife.com/mybenefits (Nombre de la compañía: NCFlex)
Plan de la vista	EyeMed Vision Care	1-866-248-1939	eyemedvisioncare.com/NCFlex
Seguro de vida a término de grupo	Voya Financial	1-877-464-5111	Correo electrónico: ncflex@lifehelp.com
Seguro de vida voluntario por muerte y desmembramiento accidental (AD&D)	Voya Financial	1-877-464-5111	Correo electrónico: ncflex@lifehelp.com
Discapacidad	Standard Insurance Company (The Standard)	833-878-8858	Correo electrónico: ncflex@standard.com
Plan complementario de TRICARE	Selman & Company	1-800-638-2610, opción 1	www.selmantricareresource.com/nc
Plataforma de inscripción de beneficios	Benefitfocus	Llame al 1-855-859-0966	www.ncflex.org y haga clic en "Enroll Now" (Inscríbese ahora)
Ley federal general consolidada de reconciliación presupuestaria (COBRA) para plan dental y de la vista	Benefitfocus COBRA Administration/ iTedium	1-877-679-6272	https://cobraguard.net



Para obtener más información

Visite oshr.nc.gov/state-employee-resources/benefits para obtener más información de recursos de beneficios (sin inscripción), como el sistema de jubilación estatal, el plan médico estatal y los planes de jubilación 401(k) y 457 estatales.