

Preguntas frecuentes

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

El Aon Benefit Experience	3
1. ¿Qué es el Aon Benefit Experience (BenX)?	3
2. ¿Cuáles son las ventajas de BenX?	3
3. ¿Dónde puedo obtener más información?	3
Inscripción	5
4. ¿Qué tendré que hacer y cuándo?	5
5. ¿Cuáles serán las elecciones predeterminadas?	5
6. ¿Cómo creo mi nombre de usuario y contraseña para el portal de beneficios de IDEX?	6
7. ¿Cómo restablezco mi contraseña para el portal de beneficios de IDEX?	6
Mis opciones	7
8. ¿Qué opciones tengo para la cobertura médica y de medicamentos recetados?	7
9. ¿Qué pasa si me inscribo en la opción médica Bronze, Bronze Plus o Silver y tengo gastos poco tiempo después de que comience mi cobertura?	7
10. Vivo en California. ¿Cómo difieren mis opciones médicas?	7
11. ¿Podré usar los mismos proveedores que uso actualmente?	7
12. ¿Por qué debo usar los proveedores de la red?	8
13. ¿Cómo debo elegir una aseguradora si mis dependientes y yo vivimos en distintos estados?	8
14. ¿Cómo decido cuál opción médica es la indicada en mi caso?	8
15. ¿Se cubrirán las enfermedades preexistentes?	8
16. ¿Se incluirán los beneficios de viaje?	9
17. ¿Cómo recibirán cobertura mis medicamentos recetados?	9
18. ¿Qué es “revisión previa” y cuándo se requiere?	9
19. ¿Recibiré tarjetas de identificación separadas para la cobertura médica y de medicamentos recetados?	9
20. ¿Qué necesito saber acerca de las redes de proveedores dentales?	10
21. ¿Qué necesito saber acerca de las redes de proveedores de la vista?	10
22. ¿Recibiré una nueva tarjeta de identificación para la cobertura dental y/o de la vista?	10
23. ¿Qué otras opciones de beneficios se ofrecen?	10
24. ¿Cómo se proveen los otros beneficios, como seguro de vida complementario o de discapacidad de largo plazo?	10
Pago de la cobertura	11
25. ¿Cuándo sabré el costo de la cobertura?	11
26. ¿Conservo la contribución del empleador que hace IDEX si no me inscribo en la cobertura?	11
27. ¿Qué es un deducible y cómo funciona?	11
28. ¿Qué es el máximo de su bolsillo y cómo funciona?	11
29. ¿Qué es una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)?	12

30.	¿Por qué desearía usar una cuenta HSA?	12
31.	¿En qué difiere una cuenta HSA de una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para Cuidado de la Salud?	12
32.	¿Puedo inscribirme en una cuenta HSA y en una cuenta FSA para Cuidado de la Salud?	13
33.	¿Para qué me serviría usar una cuenta HSA y una cuenta FSA para Cuidado de la Salud con fines limitados?	13
34.	¿Puedo contribuir a una HSA si tengo cobertura en virtud de la cuenta FSA para Cuidado de la Salud de propósitos generales de mi cónyuge?	13
35.	¿Puedo aportar a una cuenta HSA?.....	13

El Aon Benefit Experience

1. ¿Qué es el Aon Benefit Experience (BenX)?

El Aon Benefit Experience (BenX) es una manera de comprar coberturas médicas, dentales, de la vista y de otros tipos de diversos proveedores. Es un mercado de seguros en línea en donde los consumidores como usted pueden comprar cobertura de varias aseguradoras que están compitiendo para tenerlo como cliente. BenX combina lo mejor de ambos mundos: tarifas de grupo con una mejor elección individual y competitividad en los precios debido a la competencia en un mercado libre.

BenX es la primera compañía nacional de Estados Unidos dedicada al intercambio de aseguradoras de múltiples seguros para empresas grandes. Su sitio web es de fácil navegación y, al igual que en otras tiendas virtuales, usted podrá ver todas las opciones que tiene y elegir según las características que sean más importantes para usted. Al finalizar la inscripción, debe sentir seguro que ha elegido las opciones de cobertura adecuadas según sus circunstancias y su presupuesto.

2. ¿Cuáles son las ventajas de BenX?

Los beneficios médicos y de medicamentos recetados, dentales y de la vista ofrecidos a través de BenX le ofrecen:

- **Muchas opciones.** A través de BenX, usted puede elegir entre varios niveles de cobertura (conocidos también como diseños de plan), distintas compañías de seguros y una variedad de costos.
- **Precios competitivos.** Las compañías de seguros compiten por tenerlo como cliente. Ellas son las más interesadas en ofrecerle sus mejores precios. Además, IDEX ofrecerá una contribución de empleador que se aplica automáticamente al costo de la cobertura médica y dental cuando usted se inscriba.

Además, usted tiene la opción de inscribirse en otros beneficios valiosos, que incluyen seguro para enfermedades críticas, seguro de indemnización hospitalaria, seguro contra accidentes y protección contra el robo de identidad.

También tiene ayuda cuando la necesita. Hay excelentes herramientas y recursos que le podrán ayudar en cada paso del proceso. Vea la pregunta #3 para obtener detalles.

3. ¿Dónde puedo obtener más información?

Hay muchos recursos para brindar asistencia antes, durante y después de la inscripción.

- **Sitio web Make It Yours**—Visite idex.makeityoursource.com para conocer más sobre sus opciones de cobertura y elegir la cobertura adecuada para usted y su familia. Consiga la “**primicia**” sobre cómo funciona el sistema de atención médica, sea un comprador sagaz y ahorre dinero.
- **Your Carrier Connection** está disponible a través del sitio web Make It Yours. Visite el sitio de vista previa de cada compañía de seguros para ponerse al día sobre redes de proveedores, información de medicamentos recetados y otros recursos de la compañía de seguros. Aproveche las herramientas, recursos e información que se ofrecen por medio de su aseguradora. Si tiene preguntas acerca de su cobertura, comience siempre con su compañía de seguros.
- **El portal de beneficios de IDEX y la aplicación Alight Mobile**—Cuando sea el momento de inscribirse, inicie una sesión en el nuevo portal de beneficios de IDEX en digital.alight.com/idex o con la aplicación Alight Mobile (disponible por medio de la [Apple App Store](#) o [Google Play](#)) para comparar sus opciones y precios, obtener apoyo útil para tomar decisiones e inscribirse. Acceda a los detalles de su cobertura personalizada y administre sus beneficios durante todo el año.

¿Tiene preguntas? Una vez que ingrese en el portal de beneficios de IDEX, busque el icono “Need Help?” (¿Necesita ayuda?) para plantearle cualquier pregunta a Lisa, su asistente virtual. Lisa también puede conectarlo con un representante en un chat por Internet y con otros recursos útiles. Si desea más apoyo, puede programar una cita con un representante de servicio al cliente a través del portal de beneficios de IDEX. También puede llamar al Centro de Beneficios de IDEX al **(855) 750-2924** de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora del Centro.

- **Apoyo adicional**—Una vez que comience su cobertura, si necesita ayuda con problemas de cobertura más complejos, llame al **(866) 300-6530** y pida que le conecten con un Health Pro. Los Health Pros son un servicio de defensa y pueden explicar el funcionamiento de los beneficios y ayudar a resolver problemas.

Inscripción

4. ¿Qué tendré que hacer y cuándo?

Durante su período de inscripción de 31 días posteriores a su contratación, **deberá inscribirse o el próximo año no tendrá cobertura médica, dental, de la vista o de otros beneficios a través de IDEX.** Tenga en cuenta que si no selecciona cobertura médica, tampoco tendrá cobertura de medicamentos recetados. Y, para aportar a una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA) (si califica) o a Cuentas de Gastos Flexibles, debe hacer una elección activa.

Para inscribirse, inicie sesión en el portal de beneficios de IDEX en digital.alight.com/idex o con la aplicación Alight Mobile durante el periodo de inscripción. Durante el proceso de inscripción, deberá:

- Inscribir a los dependientes elegibles a los que desee incluir en la cobertura para el año calendario. Se debe completar el proceso obligatorio de verificación de dependientes.
- Seleccionar las aseguradoras y los niveles de cobertura que desee para los beneficios médicos, dentales y de la vista.
- Inscribirse en el resto de los beneficios.

5. ¿Cuáles serán las elecciones predeterminadas?

Para empleados recién contratados, todas las elecciones quedarán de manera predeterminada sin cobertura, excepto los beneficios básicos de vida y AD&D para el empleado, de vida para dependientes, STD básico y EAP; para esos beneficios, todos los empleados elegibles quedarán de manera predeterminada como inscritos.

Plan	Elecciones predeterminadas para 2025
Cobertura médica	Sin cobertura
Aportación del empleado a la HSA	\$0
Seguro de enfermedad crítica	Sin cobertura
Seguro de indemnización de hospital	Sin cobertura
Seguro contra accidentes de grupo	Sin cobertura
Cobertura dental activo	Sin cobertura
Cobertura de la vista activo	Sin cobertura
FSA para Cuidado de la Salud	\$0
FSA para Fines Limitados	\$0
FSA para Cuidado de Dependientes	\$0
Seguro de vida básico y AD&D para empleados	Inscripción automática en el plan
Seguro complementario de vida y AD&D para empleados	Sin cobertura*
Seguro de vida voluntaria con cobertura de asistencia prolongada	Sin cobertura
Seguro de vida para dependientes	Inscripción automática en el plan
Seguro personal contra accidentes	Sin cobertura*
STD básico	Inscripción automática en el plan
LTD complementario	Sin cobertura*
EAP	Inscripción automática en el plan
Robo de identidad	Sin cobertura
Plan de compra de acciones para empleados (ESPP)	\$0

* Si usted es nuevo, la elección quedará predeterminada como sin cobertura, y usted debe inscribirse.

6. ¿Cómo creo mi nombre de usuario y contraseña para el portal de beneficios de IDEX?

Si usted es un usuario nuevo, tendrá que establecer su nombre de usuario y contraseña, los cuales se usan para acceder a su cuenta mediante la aplicación Alight Mobile (disponible en la [Apple App Store](#) o [Google Play](#)).

- Visite el portal de beneficios del portal de beneficios de IDEX y seleccione **New User** (Usuario nuevo);
- Ingrese los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social y su fecha de nacimiento para verificar su cuenta;
- Cree su nombre de usuario y contraseña; y
- Responda las preguntas de seguridad para verificar su identidad en caso de olvidar su nombre de usuario o contraseña en el futuro.

7. ¿Cómo restablezco mi contraseña para el portal de beneficios de IDEX?

Para restablecer su contraseña, visite el portal de beneficios de IDEX, haga clic en **Forgot User ID or Password?** (¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?) y siga las indicaciones para restablecer su contraseña. Necesitará su nombre de usuario y contraseña para acceder a su cuenta mediante la aplicación Alight Mobile (disponible en la [Apple App Store](#) o [Google Play](#)).

Mis opciones

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

Usted podrá elegir entre varios niveles de cobertura diferentes (diseños de planes o planes) que incluyen Bronze, Bronze Plus, Silver, Gold y Platinum. A estos los pudiera ver referenciados como “metálicos”. Los niveles de cobertura difieren en cómo paga la cobertura médica y de medicamentos recetados. Por ejemplo, podría querer un nivel de cobertura donde paga menos si necesita ver a un médico, pero paga más de sus cheques de pago regulares. Como alternativa, podría querer pagar muy poco de sus cheques de pago y pagar más cuando necesite ver a un médico.

Cada nivel de cobertura está disponible con múltiples compañías de seguros (por ej., Aetna, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, etc.) con un costo diferente para usted. Aunque los costos son diferentes, lo que se cubre es lo mismo, sin importar la aseguradora que elija. Esto significa que si selecciona una opción médica Silver, lo que se cubre es lo mismo, ya sea que elija a Aetna o a Blue and Cross Blue Shield of Illinois como su compañía de seguros. Cuando se inscriba, podrá comparar los beneficios y las características de todas sus opciones médicas.

9. ¿Qué pasa si me inscribo en la opción médica Bronze, Bronze Plus o Silver y tengo gastos poco tiempo después de que comience mi cobertura?

Las opciones metálicas Bronze, Bronze Plus y Silver tienen deducible alto. Si se inscribe en una de estas opciones, debe estar preparado para pagar hasta el costo de su deducible anual, en caso de que tenga gastos médicos significativos poco después de que comience su cobertura. Aun si comienza a contribuir de inmediato a una HSA, su HSA tal vez no tenga suficiente dinero como para cubrir servicios costosos al inicio del año. Una opción es pagar esos primeros gastos de su bolsillo y luego, cuando el saldo de su HSA aumente lo suficiente para cubrir el gasto calificado, reembolsarse a usted mismo de su HSA. Esta es una buena razón para estar seguro de que ha ahorrado lo suficiente en una HSA.

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

Sus opciones serán diferentes, según la compañía de seguros que elija.

En primer lugar, cada compañía de seguros en California tiene la opción de ofrecer cada nivel de cobertura, o metálico, como una opción que ofrece beneficios dentro y fuera de la red (por ejemplo, una PPO) o como una opción que ofrezca solo beneficios dentro de la red (por ejemplo, una HMO).

Además, las compañías de seguros tienen la opción de ofrecer la opción Gold estándar o una opción Gold II, no ambas a la vez. La opción Gold II solo ofrece beneficios dentro de la red. Por ejemplo, Aetna, Blue Cross y Blue Shield of Illinois, Cigna y UnitedHealthcare ofrecen la opción Gold. La opción Gold II la ofrecen Health Net y Kaiser Permanente.

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

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

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

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

- Visite los sitios de vista previa de las [compañías de seguros](#).
- Durante la inscripción, revise las redes de cada compañía de seguros que esté considerando en el portal de beneficios de IDEX. Puede acceder a esta información al hacer clic en **Find Doctors** (Encontrar médicos) mientras elija su plan médico. Para tener los mejores resultados, le recomendamos usar la herramienta “Help Me Choose” (Ayuda para elegir) para:
 - Buscar a su proveedor por nombre, no por especialidad médica.

- Examinar solo las ubicaciones de los consultorios que esté dispuesto a visitar.
- Cuando busque un centro, use el nombre completo del centro y confirme si la especialidad de dicho centro está cubierta en la red.

¡Importante! Si tiene alguna duda (por ejemplo, cubrir a dependientes fuera del área) o si necesita el nombre de la red, llame a la compañía de seguros.

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

Ver a proveedores fuera de la red muy probablemente le costará considerablemente más que ver a proveedores dentro de la red. Por ejemplo, pagará más por medio de un deducible más alto y un coaseguro más alto. También tendrá que pagar el monto total del cargo del proveedor fuera de la red que exceda el monto máximo permitido, aun después de que llegue al máximo de su bolsillo anual fuera de la red. Y ciertas opciones Platinum (y ciertos niveles de cobertura/aseguradoras en [California](#)) no cubrirán en lo absoluto los servicios fuera de la red.

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

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

No se fíe de la oficina del proveedor para conocer las redes de las compañías de seguros. Llame a la compañía de seguros para confirmar que un proveedor fuera del área participa en la red de la compañía de seguros.

Si el nombre de su compañía de seguros incluye un estado, esto se refiere al lugar donde opera la compañía (es decir, el estado que tiene la jurisdicción principal sobre las leyes, reglas y reglamentos que cumple la compañía de seguros). En general, no es una referencia a la red; muchas ofrecen cobertura a nivel nacional.

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

Usted tendrá acceso a varios recursos que le ayudarán a tomar decisiones inteligentes. Lo primero que debe hacer es visitar el sitio web Make It Yours en idex.makeityoursource.com para obtener acceso a videos, detalles sobre sus opciones, tablas comparativas y más.

Cuando se inscriba podrá ver la cantidad de contribución del empleador suministrada por IDEX y sus opciones de precio en el portal de beneficios de IDEX en digital.alight.com/idex o en la aplicación Alight Mobile. También podrá tener acceso a herramientas tales como "Help Me Choose" (Ayuda para elegir), que le darán sugerencias personalizadas, le ayudarán a comparar detalles de sus opciones, ver las calificaciones de las aseguradoras y mucho más.

Si necesita ayuda adicional una vez que ingrese en el portal de beneficios de IDEX, busque el icono "Need Help?" (¿Necesita ayuda?) para plantearle cualquier pregunta que pueda tener a Lisa, su asistente virtual. Lisa también puede conectarlo con un representante en un chat por Internet y con otros recursos útiles. Si desea más apoyo, puede programar una cita con un representante de servicio al cliente a través del portal de beneficios de IDEX. También puede llamar al Centro de Beneficios de IDEX al **(855) 750-2924** de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., hora del Centro.

15. ¿Se cubrirán las enfermedades preexistentes?

Sí. Al inscribirse en la cobertura médica a través de IDEX, se garantiza la cobertura, independientemente de que usted y/o sus dependientes elegibles tengan alguna enfermedad preexistente.

16. ¿Se incluirán los beneficios de viaje?

Sí. Si usted tiene cobertura médica de Aetna, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, Cigna o UnitedHealthcare, los participantes con cobertura serán elegibles para el reembolso por los gastos de viaje necesarios para el transporte y hospedaje para obtener cualquier servicio con cobertura médico o de salud conductual prestado por un proveedor de la red, si no hay proveedores de la red capaces de prestar ese servicio a menos de 100 millas del domicilio particular del participante con cobertura. Se aplican los límites del IRS. Todas las demás compañías de seguros administrarán sus propios beneficios de viaje, si corresponde.

17. ¿Cómo recibirán cobertura mis medicamentos recetados?

Su cobertura de medicamentos recetados se ofrecerá a través de su administrador de beneficios de farmacia. CVS Caremark administrará los beneficios de farmacia de los empleados que se inscriban en Aetna, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, Cigna o UnitedHealthcare. Todas las demás compañías de seguros administrarán su propia cobertura de medicamentos recetados. Cada administrador de beneficios de farmacia tiene sus propias reglas sobre cómo se cubren los medicamentos recetados. Antes de elegir una compañía de seguros, revise cómo se cubrirán sus medicamentos.

Si usted o un miembro de su familia con cobertura toma medicamentos regularmente, es sumamente recomendable que llame a CVS Caremark (si está considerando la cobertura de Aetna, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, Cigna y UnitedHealthcare) o a la compañía de seguro médico (para otras compañías de seguros) antes de inscribirse, para entender mejor la cobertura de sus medicamentos recetados. No dé por sentado que todos los años cada compañía de seguros cubrirá su medicamento genérico o de marca de la misma manera. Consulte el sitio web Make It Yours para ver [una lista de preguntas](#) que debería hacer.

18. ¿Qué es “revisión previa” y cuándo se requiere?

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

Quién realiza el proceso depende de dónde obtiene la atención:

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

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

19. ¿Recibiré tarjetas de identificación separadas para la cobertura médica y de medicamentos recetados?

Si se inscribe con Aetna, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, Cigna o UnitedHealthcare como su compañía de seguros médicos, recibirá por separado una tarjeta de identificación para medicamentos recetados (de CVS Caremark) y una tarjeta de identificación del plan médico (de la compañía de seguros). Si se inscribe con otra compañía, tendrá una sola tarjeta para la cobertura médica y de medicamentos con receta.

Si se emiten, debería recibir sus tarjetas de identificación antes de que sus beneficios entren en vigor. Si necesita una tarjeta de identificación de inmediato, visite el sitio web de su compañía de seguros, regístrese en línea e imprima una tarjeta provisional.

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

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

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

- Visite los sitios de vista previa de las [compañías de seguros](#).
- Durante la inscripción, revise las redes de cada compañía de seguros que esté considerando en el portal de beneficios de IDEX.

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

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

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

- Visite los sitios de vista previa de las [compañías de seguros](#).
- Durante la inscripción, revise la red de cada compañía de seguros que esté considerando en el portal de beneficios de IDEX.

22. ¿Recibiré una nueva tarjeta de identificación para la cobertura dental y/o de la vista?

Para la cobertura dental, recibirá una nueva tarjeta de identificación al inscribirse por primera vez. Tome en cuenta que Aetna no emite tarjetas para la cobertura dental. La mayoría de las compañías de seguros de la vista, con excepción de EyeMed, no emite tarjetas de identificación.

23. ¿Qué otras opciones de beneficios se ofrecen?

Puede escoger complementar su cobertura médica con:

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

También puede elegir inscribirse en la protección contra robo de identidad, que vigila su información personal y toma medidas para protegerlo de fraudes.

Puede obtener más detalles en el sitio web Make It Yours en idex.makeityoursource.com.

24. ¿Cómo se proveen los otros beneficios, como seguro de vida complementario o de discapacidad de largo plazo?

IDEX ofrece el seguro básico de vida y muerte y desmembramiento accidentales (AD&D), el seguro complementario de vida y AD&D para empleados, el seguro de vida con cobertura de asistencia prolongada, el seguro de vida para dependientes, el seguro contra accidentes personales, discapacidad de corto plazo (STD), discapacidad de largo plazo (LTD), el programa de asistencia para empleados (EAP) y el plan de compra de acciones para empleados (ESPP). Usted puede inscribirse en cada beneficio durante su período de inscripción, si corresponde y si lo desea. Las contribuciones de salario diferido a su cuenta del plan de jubilación pueden hacerse mediante Vanguard.

Pago de la cobertura

25. ¿Cuándo sabré el costo de la cobertura?

Durante el período de inscripción, podrá ver la cantidad de contribución del empleador suministrada por IDEX, y sus opciones de precio cuando se inscriba, en el portal de beneficios de IDEX en digital.alight.com/idx o en la aplicación Alight Mobile.

26. ¿Conservo la contribución del empleador que hace IDEX si no me inscribo en la cobertura?

No. La contribución del empleador que recibe de IDEX es para compensar la mayor parte del costo de la cobertura médica/de medicamentos recetados y dental que compra. No se ofrece un reembolso en efectivo o un crédito para otros beneficios.

27. ¿Qué es un deducible y cómo funciona?

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

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

- **Los niveles de las coberturas médicas Bronze, Gold y Platinum tienen un deducible tradicional.** Después de que un miembro de la familia cubierto cumpla con el deducible *individual*, su seguro comenzará a pagar los beneficios de ese miembro de la familia. Los cargos de todos los otros miembros de la familia seguirán contándose como parte del deducible de la familia. Después de satisfacer el deducible de la familia, su seguro pagará los beneficios para todos los miembros de la familia con cobertura.
- **Los planes médicos Bronze Plus y Silver tienen un "verdadero deducible familiar."**¹ Esto significa que debe cumplir con el deducible de toda la familia antes de que el seguro pague beneficios para cualquiera de los familiares cubiertos. No hay un "deducible individual" en estos niveles de cobertura cuando tiene cobertura familiar.

Para aclarar, si elige un nivel de cobertura Bronze Plus o Silver, el deducible individual solo se aplica si cubre solamente a usted mismo. Si elige la cobertura para dependientes con estas opciones, debe cumplir con el deducible familiar antes de que se aplique el coaseguro, aunque solamente un miembro de la familia tenga gastos.

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

¿Usa proveedores fuera de la red? Los cargos fuera de la red no se toman en cuenta para el deducible anual dentro de la red, solo se toman en cuenta para el deducible fuera de la red.

¹Excepción: Si vive en California, cubre a los dependientes y se inscribe con Health Net o Kaiser Permanente al nivel de cobertura Bronze Plus o Silver, tendrá un deducible anual tradicional.

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

El máximo de su bolsillo anual es la cantidad máxima que usted y los miembros de la familia con cobertura tendrían que pagar en un año por los costos de atención médica al usar a proveedores dentro de la red. El gasto máximo anual de su propio bolsillo no incluye las cantidades que se deducen de su salario para la cobertura médica ni para ciertos copagos (los copagos solo se aplican a través de los niveles de cobertura Gold y Platinum). Cómo funciona el máximo de su bolsillo de su opción médica depende de su nivel de cobertura.

Los niveles de cobertura Bronze, Gold y Platinum tienen un máximo del propio bolsillo tradicional. Luego de que el miembro de la familia con cobertura alcance el máximo del propio bolsillo *individual*, el seguro pagará el costo total de los cargos con cobertura para ese miembro de la familia. Los cargos de todos los miembros de la familia seguirán contándose respecto al máximo del propio bolsillo familiar. Cuando se

alcance el máximo del propio bolsillo familiar, el seguro pagará el costo total de los cargos con cobertura para todos los miembros de la familia que reciban cobertura.

Los niveles de cobertura Bronze Plus y Silver tienen un “verdadero máximo de su bolsillo para la familia”.¹ Esto significa que debe cumplir con el máximo de su bolsillo para toda la familia antes de que el seguro pague el costo total de los cargos cubiertos para alguno de los familiares cubiertos. No hay un “máximo individual de gastos del propio bolsillo” en estas opciones cuando tiene cobertura familiar.

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

¹Excepción: Si vive en California, cubre a los dependientes y se inscribe con Health Net o Kaiser Permanente al nivel de cobertura Bronze Plus o Silver, tendrá un máximo de su propio bolsillo anual *tradicional*.

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

Una HSA es una cuenta bancaria especial que usted puede usar cuando se escribe en un nivel de cobertura Bronze, Bronze Plus o Silver. Le permite apartar fondos antes de la deducción de impuestos para pagar gastos de atención médica que cumplan con los requisitos, como sus copagos, deducibles y coaseguros médicos, dentales y de la vista. Dado que usted será 100% responsable de sus gastos médicos y de medicamentos recetados hasta satisfacer su deducible en los niveles de cobertura Bronze, Bronze Plus o Silver, una cuenta HSA es una manera excelente de pagar menos por los gastos máximos de su propio bolsillo, ya que usará dinero sin la deducción de impuestos.

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

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

30. ¿Por qué desearía usar una cuenta HSA?

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

La cuenta HSA tiene las siguientes ventajas fiscales:

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

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

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

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

Sí. Si se inscribe en el nivel de cobertura Bronze, Bronze Plus o Silver, puede usar una cuenta HSA, una cuenta FSA para Cuidado de la Salud, o bien, una HSA y una FSA para Cuidado de la Salud de fines limitados. Si tiene las dos, para poder aportar a una HSA, su cuenta FSA será con “fines limitados” y solo se puede usar para pagar gastos dentales y de la vista que califiquen. Sin embargo, una vez que cumpla con el deducible médico, también puede utilizar esta cuenta para gastos médicos y de medicamentos recetados elegibles. Su cuenta HSA se puede utilizar para gastos médicos y de medicamentos recetados, dentales y de la vista elegibles.

33. ¿Para qué me serviría usar una cuenta HSA y una cuenta FSA para Cuidado de la Salud con fines limitados?

Ambas cuentas le permiten pagar gastos elegibles con dinero libre de impuestos. La principal diferencia entre las cuentas es que el saldo de su cuenta HSA se puede transferir de un año al siguiente, aunque cambie de planes médicos, deje de trabajar para la empresa o se jubile. Con la cuenta FSA para Cuidado de la Salud (ya sea con fines limitados o no), el saldo sin usar que supere el límite del IRS (Servicio de Rentas Internas) se perderá al final del año.

Podría no ser ventajoso inscribirse en ambas, excepto en situaciones especiales. Por ejemplo, si espera tener gastos más altos de lo que puede cubrir el saldo de su cuenta HSA (basado en la cantidad máxima que puede aportar cada año), también podría ser bueno aportar a una cuenta FSA para Cuidado de la Salud con fines limitados para pagar esos gastos usando dinero libre de impuestos una vez que cumpla con el deducible médico.

34. ¿Puedo contribuir a una HSA si tengo cobertura en virtud de la cuenta FSA para Cuidado de la Salud de propósitos generales de mi cónyuge?

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

35. ¿Puedo aportar a una cuenta HSA?

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

- Debe inscribirse en una opción con deducible alto en el nivel de cobertura Bronze, Bronze Plus o Silver.
- No puede estar inscrito en Medicare o en un plan médico de veteranos (TRICARE);
- No puede ser considerado un dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona;
- No puede estar cubierto en ningún otro plan de seguro médico, como el plan de su cónyuge, que no sea una opción con deducible alto; y
- Usted no se puede inscribir en una FSA para Cuidado de la Salud de propósito general, pero se puede inscribir solamente en una FSA para Cuidado de la Salud con fines limitados.

Puede usar su dinero de su cuenta HSA para pagar los gastos de atención médica de sus dependientes, si usted los declara como dependientes en sus declaraciones de impuestos federales (generalmente los hijos hasta los 19 años o menores de 24, si son estudiantes de tiempo completo).

La información que contiene el presente documento no pretende ser asesoría legal, de impuestos ni profesional de ningún otro tipo. No debe actuar basándose en esa información sin buscar primero un profesional calificado en el asunto específico. Los términos y condiciones de las pólizas pueden cambiar. Consulte los documentos de la póliza para confirmar la disponibilidad de los beneficios.

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