



Avisos anuales para 2025 de Ben E. Keith Company

El Plan de Beneficios Sociales 502 y el Plan de Jubilación 001 de Ben E. Keith Company proporcionan cobertura y beneficios que cumplen las leyes federales y estatales aplicables. Varias de esas leyes exigen que le proporcionemos cada año un resumen de sus derechos.

Estos avisos se incluyen en las siguientes páginas:

Avisos sobre medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para 2025	Páginas 2-3
Derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer	Página 4
Protección de la salud de los recién nacidos y las madres	Página 4
Derechos de inscripción especial según lo dispuesto por la HIPAA	Página 4
Programa de seguro médico para niños (CHIP)	Página 5
Resumen anual del Plan de Beneficios Sociales de la Compañía	Página 7
Aviso anual de financiación del Plan de Jubilación para Empleados	Páginas 8-11
Resumen anual del Plan de Ahorro para la Jubilación	Página 12

También le recordamos otros avisos importantes que ya ha recibido o que figuran en este documento, entre ellos:

Derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA	Página 6
Privacidad y seguridad según lo dispuesto por la HIPAA	Página 6
Números del Seguro Social de los miembros de la familia	Página 6
Acerca de los resúmenes de beneficios y cobertura	Página 6
Resúmenes de beneficios y cobertura de UHC	Páginas 13-24

Revise esta información y consérvela junto con el resto de las comunicaciones importantes sobre beneficios. Esta información siempre está disponible en el sitio web de beneficios de Ben E. Keith Company en bek.family en **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)**.

Para obtener más información, comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE BEN E. KEITH Y MEDICARE

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE PARA 2025: PLAN MÉDICO PPO DE BEK

Lea atentamente este aviso, ya que contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados del plan médico PPO de Ben E. Keith (el “plan médico PPO de BEK”) y sobre las opciones que le ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su zona. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre la cobertura del plan médico PPO de BEK y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare pasó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o a un plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, al menos, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. Ben E. Keith ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el Plan médico PPO de BEK, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Como el plan médico PPO de BEK es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos recetados acreditable del plan médico PPO de BEK sin que sea culpa suya, también será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura de su compañía no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el plan médico PPO de BEK, el plan médico PPO de BEK pagará primero los beneficios de medicamentos recetados, y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre qué plan paga primero y qué plan paga después, consulte la descripción resumida del plan (SPD) de Ben E. Keith Company o comuníquese con Medicare.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandona la cobertura de su PPO actual, es posible que pueda volver a inscribirse en un plan médico de Ben E. Keith durante una futura inscripción anual o en los 31 días calendario siguientes a un acontecimiento de vida que califica.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura del plan médico PPO de BEK y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19 % superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Consulte la descripción resumida del plan (SPD) de Ben E. Keith Company o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com. **Nota:** Recibirá este aviso cada año y cuando su cobertura médica cambie. Puede encontrar una copia de este aviso en cualquier momento en la sección **Resources (Recursos)** de bek.family.

Para obtener más información sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted). Medicare le enviará un ejemplar del manual por correo todos los años. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite medicare.gov.
- Llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud para obtener ayuda personalizada. Busque el número de su estado en la contraportada interior de su ejemplar del manual “Medicare & You” (Medicare y Usted).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

¡IMPORTANTE! Conserve este **Aviso de cobertura acreditable para 2025**. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se una para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha de este aviso: 1 de octubre de 2024

Nombre de la entidad: Ben E. Keith Company

Equipo de Beneficios corporativos: benefits@benekeith.com

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE PARA 2025: PLAN MÉDICO HSA DE BEK

Lea atentamente este aviso, ya que contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados del Plan Médico de la Cuenta de Ahorros de Salud de Ben E. Keith (el “plan médico HSA de BEK”) y sobre las opciones que le ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su zona. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre la cobertura del plan médico HSA de BEK y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare pasó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o a un plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen, al menos, un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. Ben E. Keith ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el Plan médico HSA de BEK, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Como el plan médico HSA de BEK es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos recetados acreditable del plan médico HSA de BEK sin que sea culpa suya, también será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura de su compañía no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el plan médico HSA de BEK, el plan médico HSA de BEK pagará primero los beneficios de medicamentos recetados, y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información sobre qué plan paga primero y qué plan paga después, consulte la descripción resumida del plan (SPD) de Ben E. Keith Company o comuníquese con Medicare.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandona la cobertura de su HSA actual, es posible que pueda volver a inscribirse en un plan médico de Ben E. Keith durante una futura inscripción anual o en los 31 días calendario siguientes a un acontecimiento de vida que califica.

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura del plan médico HSA de BEK y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19 % superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Consulte la descripción resumida del plan (SPD) de Ben E. Keith Company o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com. **Nota:** Recibirá este aviso cada año y cuando su cobertura médica cambie. Puede encontrar una copia de este aviso en cualquier momento en la sección **Resources (Recursos)** de bek.family.

Para obtener más información sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted). Medicare le enviará un ejemplar del manual por correo todos los años. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite medicare.gov.
- Llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud para obtener ayuda personalizada. Busque el número de su estado en la contraportada interior de su ejemplar del manual “Medicare & You” (Medicare y Usted).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

¡IMPORTANTE! Conserve este **Aviso de cobertura acreditable para 2025**. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se una para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha de este aviso: 1 de octubre de 2024

Nombre de la entidad: Ben E. Keith Company

Equipo de Beneficios corporativos: benefits@benekeith.com

DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.

En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Esta cobertura estará sujeta a las disposiciones, limitaciones, exclusiones, deducibles y coseguros que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de la opción médica de Ben E. Keith en la que está inscrita. Para obtener más información, consulte la descripción resumida del plan (SPD) en la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de bek.family o llame a UnitedHealthcare al 1-844-587-8503.

PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES

En virtud de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996, por lo general y de acuerdo con la ley federal, los planes de salud grupales no pueden restringir los beneficios por hospitalizaciones de la madre o el recién nacido relacionadas con el parto a menos de 48 horas tras un parto vaginal o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, normalmente, la ley federal no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

Además, los planes no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización previa del plan para prescribir una duración de hospitalización inferior a 48 horas (o 96 horas).

Para obtener más información, consulte la descripción resumida del plan (SPD) en la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de bek.family o llame a UnitedHealthcare al 1-844-587-8503.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL SEGÚN LO DISPUESTO POR LA HIPAA

Si rechaza la inscripción en un plan médico de Ben E. Keith para usted o para los miembros elegibles de su familia (cónyuge e hijos) porque tiene cobertura de otro seguro médico o un plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a los miembros elegibles de su familia en un plan médico de Ben E. Keith si usted o los miembros de su familia dejan de ser elegibles para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para su otra cobertura o la de los miembros de su familia). Sin embargo, **debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días calendario** después de la finalización de su otra cobertura o la de los miembros de su familia (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo miembro en su familia como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse usted y los miembros elegibles de su familia en una opción médica de Ben E. Keith, siempre que sean elegibles. Sin embargo, **debe solicitar la inscripción en un plazo de 31 días calendario** siguientes al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

Si pierde la cobertura de Medicaid estatal o de un plan del Programa de seguro médico para niños (CHIP), o si es elegible para recibir asistencia para el pago de primas de Medicaid estatal o el plan CHIP, puede inscribirse usted e inscribir a los miembros elegibles de su familia en un plan médico de Ben E. Keith. **Debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del evento. (Consulte el aviso del "Programa de seguro médico para niños (CHIP)" para obtener más información).

Para solicitar una inscripción especial, hable con su gerente de RR. HH. o al gerente de oficina, o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS EN VIRTUD DE MEDICAID Y DEL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que pueda ayudarlo a pagar la cobertura utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero sí podrán comprar el seguro individual a través del mercado de seguros de salud. Para obtener más información, visite healthcare.gov.

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

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o al 1-877-KIDS NOW, o visite insurekidsnow.gov para saber cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan médico Ben E. Keith, debemos permitirle que se inscriba si aún no lo está. Se trata de una oportunidad de "inscripción especial" y usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que se determine su elegibilidad para la asistencia para el pago de las primas.

Si tiene preguntas sobre la inscripción en un plan médico de Ben E. Keith, consulte a su gerente de RR. HH. o al gerente de oficina o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com. También puede comunicarse con el Departamento de Trabajo en askebsa.dol.gov o llamar al 1-866-444-EBSA (3272). Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para la asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

Alabama – Medicaid

<http://myalhipp.com/>
1-855-692-5447

Arkansas – Medicaid

<http://myarhipp.com/>
1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

Colorado – Medicaid y CHP+

Health First Colorado: <http://www.healthfirstcolorado.com/>
1-800-221-3943/retransmisión del estado 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
1-800-359-1991/retransmisión del estado 711
Seguro de salud de pago a cuenta: <https://www.mycohibi.com>
1-855-692-6442

Florida – Medicaid

<https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
1-877-357-3268

Georgia – Medicaid

<https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
1-678-564-1162, presione 1
CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
1-678-564-1162, presione 2

Kansas – Medicaid

<http://www.kancare.ks.gov>
1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

Luisiana – Medicaid

<http://www.medicaid.la.gov> o <http://www.ldh.la.gov/lahipp>
1-888-342-6207 (Medicaid)
1-855-618-5488 (LaHIPP)

Missouri – Medicaid

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
1-573-751-2005

Carolina del Norte – Medicaid

<https://medicaid.ncdhhs.gov/>
1-919-855-4100

Oklahoma – Medicaid y CHIP

<http://www.insureoklahoma.org>
1-888-365-3742

Carolina del Sur – Medicaid

<https://www.scdhhs.gov>
1-888-549-0820

Texas – Medicaid

<https://www.hhs.texas.gov/services/finacial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>
1-800-440-0493

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con uno de los siguientes:

Departamento de Trabajo de los EE. UU., Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

o

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

RECORDATORIO IMPORTANTE: REVISE LOS AVISOS QUE YA HAYA RECIBIDO

DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA LEY COBRA

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La continuación de la cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de otro modo, finalizaría la cobertura de salud grupal.

Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, consulte el aviso de derechos COBRA que se le entregó cuando fue elegible por primera vez. También puede encontrar información en la descripción resumida del plan (SPD) en la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de bek.family o comunicándose con su gerente de RR. HH. o gerente de oficina.

PRIVACIDAD Y SEGURIDAD SEGÚN LO DISPUESTO POR LA HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 exige que los planes de salud cumplan las normas de privacidad. Estas normas tienen como objetivo proteger su información personal de salud de usos y divulgaciones indebidos. Las normas también le otorgan derechos adicionales relativos al control de su propia información de salud.

El aviso de prácticas de privacidad según lo establecido por la HIPAA de Ben E. Keith Company explica como el Plan de Beneficios Sociales de Ben E. Keith Company puede y no puede utilizar y compartir su información de salud protegida y cómo usted puede ejercer sus derechos de privacidad de salud. También explica nuestra obligación de notificarlo tras una violación de información de salud protegida no asegurada. Estamos obligados a notificarlo de la disponibilidad de este aviso cada tres años.

Para obtener una copia del aviso más reciente, vaya a la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de bek.family o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Ben E. Keith está obligado, por ley, a recopilar el número del Seguro Social (u otro número de identificación fiscal) de cada miembro de la familia que se inscribe en un plan médico de Ben E. Keith y comunicar esa información al Servicio de Impuestos Internos cada año.

Si un miembro de su familia aún no tiene número del Seguro Social (por ejemplo, un recién nacido), puede solicitarlo a la Administración del Seguro Social, en <https://www.ssa.gov/forms/ss-5.pdf>. Solicitar un número de Seguro Social es gratis.

Si aún no ha facilitado el número del Seguro Social (u otro número de identificación fiscal) de cada uno de los miembros de su familia inscritos, añádale a su información cuando se inscriba durante la inscripción anual o cuando solicite cobertura para un miembro de su familia tras un cambio de situación que cumpla los requisitos. Si hay retrasos en la obtención del número del Seguro Social, consulte a su gerente de RR. HH. o al gerente de oficina, o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

Ben E. Keith tiene la obligación de proporcionarle un SBC para cada opción de plan médico cada año durante la inscripción anual. Los SBC describen los beneficios disponibles para usted, en un formato prescrito, para que pueda comparar fácilmente sus opciones médicas de Ben E. Keith con otros planes que puedan estar disponibles para usted.

Los SBC para 2025 del plan médico PPO de Ben E. Keith y el plan médico HSA de BEK se incluyen en las páginas 13 a 24 de este documento. Si tiene preguntas sobre estos resúmenes o quiere una copia adicional, vaya a la sección **Resources (Recursos) > Plan documents & policies (Políticas y documentos del plan)** de bek.family o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.



RESUMEN DEL INFORME ANUAL PARA 2023 PARA EL PLAN DE BENEFICIOS SOCIALES DE BEN E. KEITH COMPANYY

Este es un resumen del informe anual del Plan de Beneficios Sociales de Ben E. Keith Company, EIN 75-0372230, Plan Nro. 502, para el período del 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023. El informe anual se ha presentado ante la Employee Benefits Security Administration del Departamento de Trabajo de los EE. UU., tal como exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) de 1974.

Ben E. Keith Company se ha comprometido a pagar determinadas reclamaciones de seguro médico autoasegurado, punto máximo de pérdida y de discapacidad a corto plazo, incurridas en virtud de los términos del plan.

Información sobre el seguro

El plan tiene contrato con Cigna Health and Life Insurance Company y sus filiales (dental); Metropolitan Life Insurance Company (visión); Blue Cross Blue Shield of Alabama (BCBS medical) y Lincoln National Life Insurance Company (seguro de muerte y desmembramiento accidentales [AD&D] para empleados, cónyuges e hijos) para pagar las reclamaciones médicas, odontológicas, oftalmológicas y de vida/AD&D incurridas en virtud del plan. Las primas totales pagadas para el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2023 fueron de \$11,887,623.

Al tratarse de contratos denominados "valoración de la experiencia", los costos de las primas se ven afectados, entre otras cosas, por la cantidad y la magnitud de las reclamaciones. Del total de primas de seguro pagadas para el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2023, las primas pagadas en virtud de dichos contratos de "valoración de la experiencia" fueron de \$4,020,458 y el total de todas las reclamaciones de beneficios pagadas en virtud de estos contratos durante el año del plan fue de \$2,367,371.

Sus derechos a acceder a información adicional

Tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, si lo solicita. El informe contiene información sobre el seguro, incluidas las comisiones de venta pagadas por las compañías de seguros.

Para obtener una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, escriba a Ben E. Keith Company a 601 East 7th Street, Fort Worth, TX 76102 o comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

También tiene el derecho legalmente protegido de examinar el informe anual en la oficina principal del plan (Ben E. Keith Company, 601 East 7th Street, Fort Worth, TX 76102) y el Departamento de Trabajo de los EE. UU. en Washington, D.C., u obtener una copia del Departamento de Trabajo de los EE. UU., si paga los costos de la copia. Las solicitudes al Departamento deben dirigirse a:

Public Disclosure Room N1513
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20210



**AVISO ANUAL DE FINANCIACIÓN PARA 2023
EL PLAN DE JUBILACIÓN PARA EMPLEADOS DE BEN E. KEITH COMPANY Y SUS FILIALES**

Este aviso incluye información importante sobre el estado de financiación de su plan de pensión de empleador único (“el plan”). También incluye información general sobre los pagos de beneficios garantizados por Pension Benefit Guaranty Corporation (“PBGC”), una agencia federal de seguros. Todos los planes de pensiones tradicionales (denominados “planes de pensiones de beneficio definido”) deben facilitar este aviso cada año, independientemente de su estado de financiación. Este aviso no significa que el plan vaya a finalizar. Se proporciona con fines informativos, y no es necesario que usted responda de ninguna manera. Este aviso es obligatorio en virtud de la ley federal. Este aviso se refiere al año del plan que comienza el 1 de julio de 2023 y finaliza el 30 de junio de 2024 (“año del plan”).

¿Cómo está financiado su plan?

La ley exige que el administrador del plan le informe sobre el estado de la financiación del plan, con una medida denominada “porcentaje de consecución del objetivo de financiación”. Para obtener este porcentaje, el plan divide sus activos netos del plan entre los pasivos del plan. En general, cuanto mayor sea el porcentaje, mejor financiado estará el plan. El porcentaje de consecución del objetivo de financiación del plan para el año del plan y cada uno de los dos años anteriores se muestra en el siguiente cuadro, así como la forma en que se calculó el porcentaje.

Porcentaje de consecución del objetivo de financiación			
	2023	2022	2021
1. Fecha de valoración	7/1/2023	7/1/2022	7/1/2021
2. Activos del plan			
a. Activos totales del plan	\$482,298,992	\$497,077,097	\$581,617,175
b. Saldo del financiamiento estándar que pasa al período siguiente	\$0	\$0	\$0
c. Saldo de prefinanciación	\$58,420,201	\$58,286,143	\$75,433,112
d. Activos netos del plan (a) – (b) – (c) = (d)	\$423,878,791	\$438,790,954	\$506,184,063
3. Pasivos del plan	\$407,656,945	\$380,129,547	\$355,475,056
4. Porcentaje de consecución del objetivo de financiación (2d)/(3)	103.97 %	115.43 %	142.39 %

Activos del plan y pasivos crediticios

El cuadro anterior muestra determinados “saldos acreedores”, que son el saldo del financiamiento estándar que pasa al período siguiente y el saldo de prefinanciación. Un plan puede tener un saldo acreedor, por ejemplo, si en un año anterior un empleador aportó dinero al plan por encima del nivel mínimo exigido por la ley. Por lo general, el empleador puede acreditar el dinero sobrante al nivel mínimo de contribuciones exigido por ley que debe realizar en los próximos años. Los planes deben restar estos saldos acreedores de los activos totales del plan para calcular su porcentaje de consecución del objetivo de financiación.

Pasivos del plan

Los pasivos del plan que figuran en la línea 3 del cuadro anterior son estimaciones del importe de activos que el plan necesita en la fecha de valoración para pagar los beneficios prometidos en virtud del plan.

Activos y pasivos a final de año

Los valores de los activos que figuran en el cuadro anterior se calculan a partir del primer día del año del plan. También son “valores actuariales”. Los valores actuariales son diferentes de los valores de mercado en que no fluctúan a diario en función de los cambios en la bolsa u otros mercados. Los valores actuariales atenúan estas fluctuaciones y pueden dar lugar a niveles más previsibles de contribuciones futuras. A pesar de las fluctuaciones, los valores de mercado suelen mostrar un panorama más claro del estado de financiación de un plan en un punto determinado en el tiempo. Al 30 de junio de 2024, el valor justo de mercado de los activos del plan era \$429,845,849. En esa misma fecha, el pasivo del plan, determinado utilizando las tasas del mercado, era de \$424,267,084.

Información complementaria

La Ley de Avance para el Progreso en el Siglo XXI, la Ley de Financiación de Autopistas y Transportes de 2014 y la Ley Presupuestaria Bipartidista de 2015 nos exigen que facilitemos la información complementaria que figura a continuación. Estas leyes federales cambiaron la forma en que los planes de pensiones calculan sus pasivos. Antes de 2012, los planes de pensiones determinaban sus pasivos utilizando una media de dos años de tasas de interés. Ahora, los planes de pensiones también deben tener en cuenta una media de 25 años de tasas de interés. Esto significa que las tasas de interés serán probablemente más altas y los pasivos del plan más bajas que con la ley anterior. Como resultado, su empleador puede aportar menos dinero al plan en un momento en que las tasas de interés del mercado están en mínimos históricos o cerca de ellos.

El siguiente cuadro compara el efecto de utilizar tasas de interés basadas en el promedio de 25 años (las “tasas de interés ajustadas”) y tasas de interés basadas en un promedio de dos años del Plan: (1) Porcentaje de consecución del objetivo de financiación; (2) Déficit de financiación; y (3) Contribución mínima requerida. El porcentaje de consecución del objetivo de financiación de un plan es una medida del grado de financiación del plan en una fecha determinada. El déficit de financiación es la cantidad por la que los pasivos superan a los activos netos del plan. La contribución mínima requerida es la cantidad de dinero que un empleador está obligado por ley a aportar a un plan durante un año determinado.

El siguiente cuadro muestra esta información determinada con y sin las tasas de interés ajustadas. La información se facilita para el año del plan y para cada uno de los dos años del plan anteriores, si corresponde:

	2023		2022		2021	
	Con tasas de interés ajustadas	Sin tasas de interés ajustadas	Con tasas de interés ajustadas	Sin tasas de interés ajustadas	Con tasas de interés ajustadas	Sin tasas de interés ajustadas
Porcentaje de consecución del objetivo de financiación	103.97 %	88.52 %	115.43 %	80.02 %	142.39 %	94.01 %
Déficit de financiación	\$0	\$54,965,944	\$0	\$109,560,129	\$0	\$32,209,235
Contribución mínima requerida	\$0	\$18,200,528	\$0	\$22,316,429	\$0	\$15,478,982

Información del participante

La cantidad total de participantes y beneficiarios cubiertos por el plan en la fecha de valoración era de 5,405. De esta cifra, 2,641 eran empleados activos, 1,037 estaban jubilados y recibían beneficios y 1,727 ya no trabajaban para el empleador y tenían derecho a futuros beneficios.

Políticas de financiación e inversión

Todo plan de pensiones debe tener un procedimiento para establecer una política de financiación de los objetivos del plan. Una política de financiación se refiere a cuánto dinero se necesita para pagar los beneficios prometidos. Nuestra política es financiar nuestro plan cualificado de beneficios definidos sobre una base actuarial para acumular activos suficientes para hacer frente a los beneficios por pagar de acuerdo con los requisitos de la ley ERISA.

Los planes de pensiones también tienen políticas de inversión. Por lo general, se trata de directrices o instrucciones generales escritas para tomar decisiones de gestión de inversiones. Intentamos mantener el estado de financiación centrándonos en que el crecimiento de los activos esté alineado con el crecimiento de los pasivos. Este enfoque emplea una combinación mixta de inversiones de ingresos fijos, como los bonos; e inversiones que buscan rentabilidad, incluidos valores de renta variable, créditos multiactivos y bienes inmuebles. Dado el objetivo primordial de mantener el estado de financiación del plan, existe un compromiso significativo con bonos y otros instrumentos que devengan intereses, que proporcionan un nivel razonable de ingresos y tienen un efecto moderador sobre la volatilidad del estado de financiación. La parte de bonos de la cartera hace hincapié en los bonos de deuda pública y de crédito de larga duración y alta calidad que tenderán a tener un rendimiento similar al de los pasivos del plan. Por lo general, nuestro objetivo es invertir aproximadamente el 70 % de los activos del plan en renta fija. El resto se invierte en renta variable y otras clases de activos que buscan rentabilidad, con una liquidez (efectivo) que oscila entre el 1 % y el 5 %.

De acuerdo con la política de inversión del plan, los activos se distribuyeron entre las siguientes categorías de inversiones al final del año del plan. Estas asignaciones son porcentajes de los activos totales:

Asignación de activos al 30 de junio de 2024	Porcentaje
Acciones	20.8 %
Instrumentos de deuda con grado de inversión	69.0 %
Bienes inmuebles	6.0 %
Otro	4.2 %

Derecho a solicitar una copia del informe anual

Los planes de pensiones deben presentar informes anuales al Departamento de Trabajo de los EE. UU. El informe se llama "Formulario 5500". Estos informes contienen información financiera y de otro tipo. Puede obtener una copia electrónica del informe anual de su plan en www.efast.dol.gov mediante la herramienta de búsqueda. Los informes anuales también están disponibles en la Sala de Información Pública de la Employee Benefits Security Administration del Departamento de Trabajo de los EE. UU., en 200 Constitution Avenue, NW, Room N-1513, Washington, DC 20210, o llamando al 1-202-693-8673. También puede obtener una copia del informe anual del plan solicitándola por escrito al administrador del plan. Los informes anuales no contienen datos personales, como el importe de sus beneficios acumulados. Puede comunicarse con el administrador de su plan si desea información sobre sus beneficios acumulados. Su administrador del plan es Ben E. Keith Company.

Resumen de las normas que regulan la finalización de los planes de empleador único

Si un plan finaliza, existen normas específicas de finalización que deben seguirse en virtud de la ley federal.

Un empleador puede finalizar su plan de pensiones de dos maneras. En primer lugar, el empleador puede poner fin a un plan en una "finalización estándar", pero solo después de demostrar a la PBGC que dicho plan tiene dinero suficiente para pagar todos los beneficios adeudados a los participantes. En el caso de una finalización estándar, el plan debe comprar una anualidad a una compañía de seguros (que le proporcionará a usted beneficios de jubilación periódicos, por ejemplo, mensualmente de por vida o, si usted lo elige, durante un período de tiempo determinado cuando se jubile) o, si el plan lo permite y usted lo elige, emitir un pago único que cubra la totalidad de su beneficio. El administrador de su plan debe notificarle con antelación cuál es la compañía (o compañías) de seguros seleccionada para proporcionarle la anualidad. La garantía de la PBGC finaliza con la compra de una anualidad o el pago de la suma global. Si el plan adquiere una anualidad para usted de una compañía de seguros y esta no puede pagarla, la asociación de garantía estatal correspondiente garantiza la anualidad en la medida autorizada por la legislación de ese estado.

En segundo lugar, si el plan no está totalmente financiado, el empleador puede solicitar una rescisión por problemas financieros. Para ello, sin embargo, el empleador debe tener problemas financieros y demostrar a un tribunal de quiebras o a la PBGC que no puede seguir operando a menos que se ponga fin al plan. Si se concede la solicitud, la PBGC se hará cargo del plan como fideicomisario y pagará los beneficios del plan, hasta los límites legales, utilizando los activos del plan y los fondos de garantía de la PBGC.

En determinadas circunstancias, la PBGC puede actuar por su cuenta para poner fin a un plan de pensiones. La mayoría de las finalizaciones iniciadas por la PBGC se producen cuando esta determina que la finalización del plan es necesaria para proteger los intereses de los participantes del plan o del programa de seguros de la PBGC. La PBGC puede hacerlo si, por ejemplo, un plan no tiene dinero suficiente para pagar los beneficios adeudados actualmente.

Pagos de beneficios garantizados por la PBGC

Cuando la PBGC se hace cargo de un plan, paga los beneficios de pensión a través de su programa de seguros. Solo están garantizados los beneficios a los que tiene derecho y que no puede perder (llamados "beneficios adquiridos"). La mayoría de los participantes y beneficiarios reciben todos los beneficios de pensión que habrían recibido en virtud de su plan, pero algunas personas pueden perder ciertos beneficios que no están garantizados. El importe de los beneficios que garantiza la PBGC se determina a partir de la fecha de finalización del plan. Sin embargo, si un plan finaliza durante la quiebra del patrocinador del plan, el importe garantizado se determina a partir de la fecha en que el patrocinador entró en quiebra.

La garantía de beneficio máxima de la PBGC está establecida por ley y se actualiza cada año calendario. Para un plan con fecha de finalización o de quiebra del patrocinador, según corresponda, en 2024, la garantía máxima es de \$7,108 al mes, u \$85,295 al año, para un beneficio pagado a un jubilado de 65 años sin beneficio de sobreviviente. Si un plan finaliza durante la quiebra del patrocinador del plan, la garantía máxima se fija a partir del año calendario en que el patrocinador entró en quiebra. La garantía máxima es menor para una persona que comienza a recibir beneficios de la PBGC antes de los 65 años, lo que refleja el hecho de que se espera que los jubilados más jóvenes reciban más cheques mensuales de pensión a lo largo de su vida. Del mismo modo, la garantía máxima es mayor para una persona que empieza a recibir beneficios de la PBGC después de los 65 años. Puede encontrar la garantía máxima por edad en el sitio web de la PBGC, www.pbgc.gov. El importe garantizado también se reduce si se va a conceder un beneficio a un sobreviviente del participante del plan.

La PBGC garantiza los "beneficios básicos" obtenidos antes de la finalización de un plan, que incluyen los siguientes:

- Beneficios de pensión a la edad normal de jubilación.
- La mayoría de los beneficios de jubilación anticipada.
- Beneficios de anualidad para los participantes sobrevivientes del plan.
- Beneficios de discapacidad por una discapacidad que se produjo antes de la fecha de finalización del plan o de la fecha en que el patrocinador entró en quiebra, según corresponda.

La PBGC no garantiza ciertos tipos de beneficios:

- La PBGC no garantiza los beneficios para los que usted no tiene un derecho adquirido, normalmente porque no ha trabajado suficientes años para la compañía.
- La PBGC no garantiza los beneficios para los que usted no haya cumplido todos los requisitos de edad, servicio u otros.
- Los aumentos de beneficios y los nuevos beneficios que lleven menos de un año en vigor no están garantizados. Los que llevan menos de cinco años en vigor solo están parcialmente garantizados.
- Los pagos por jubilación anticipada que son superiores a los pagos a la edad normal de jubilación pueden no estar garantizados. Por ejemplo, no se puede garantizar un beneficio complementario que finaliza cuando usted pasa a ser elegible para el Seguro Social.
- Los beneficios distintos de las pensiones, como el seguro de salud, el seguro de vida, los beneficios por muerte, el pago por vacaciones o la indemnización por despido, no están garantizados.
- Por lo general, la PBGC no paga importes de sumas globales superiores a \$7,000.

En algunas circunstancias, los participantes y los beneficiarios aún pueden recibir algunos beneficios que no están garantizados. Esto depende de cuánto dinero tenga el plan que ha finalizado y de cuánto recupere la PBGC de los empleadores por la infrafinanciación del plan.

Para obtener información general adicional sobre la PBGC y las garantías del programa de seguros de pensiones, consulte las "Preguntas frecuentes generales sobre PBGC" en el sitio web de la PBGC en www.pbgc.gov/general/faqs. Comuníquese con su empleador o con el administrador del plan para obtener información específica sobre su plan de pensiones o su beneficio de pensión. La PBGC no tiene esa información.

Dónde obtener más información

Para obtener más información sobre este aviso, comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a benefits@benekeith.com.

Para fines de identificación, el número del plan es 001, el nombre del patrocinador del plan es Ben E. Keith Company y el número de identificación del empleador, o EIN, es 75-0372230.



RESUMEN DEL INFORME ANUAL PARA 2023 PLAN DE AHORRO PARA LA JUBILACIÓN DE BEN E. KEITH

Este es un resumen del informe anual para el Plan de Ahorro para la Jubilación de Ben E. Keith (número de identificación del empleador 75-0372230, número del plan 002) para el año del plan que va desde el 1 de julio de 2022 hasta el 30 de junio de 2023. El informe anual se ha presentado ante la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados tal como exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) de 1974.

Estado financiero básico

Un fondo fiduciario proporciona los beneficios del plan. Los gastos del plan fueron de \$16,052,258. Estos gastos incluían \$177,351 de gastos administrativos y \$15,779,333 de beneficios pagados a participantes y beneficiarios, \$95,574 de ciertas distribuciones estimadas o correctivas, y \$0 de otros gastos. Un total de 7,117 personas eran participantes o beneficiarios del plan a finales del año del plan, aunque no todas estas personas habían adquirido aún el derecho a recibir beneficios.

El valor de los activos del plan, después de haber restado los pasivos de este, fue de \$302,821,601 al final del año del plan, frente a \$242,449,495 al inicio del año del plan. Durante el año del plan, el plan experimentó un cambio en sus activos netos de \$60,372,106. Este cambio incluye la apreciación o depreciación no efectivizada del valor de los activos del plan; es decir, la diferencia entre el valor de los activos del plan al final del año y el valor de los activos al principio del año o el costo de los activos adquiridos durante el año. El plan obtuvo unos ingresos totales de \$76,424,364, incluidas las contribuciones del empleador de \$17,355,150, las contribuciones de los empleados de \$28,369,353, otras contribuciones/otros ingresos de \$2,163,656 y ganancias de las inversiones de \$28,536,205.

Sus derechos a acceder a información adicional

Tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, si lo solicita. El informe incluye un informe contable, información financiera e información sobre pagos a proveedores de servicios, activos mantenidos para inversión e información relativa a cualquier fideicomiso común o colectivo, cuentas separadas agrupadas, fideicomisos principales o entidades de inversión 103-12 en las que participe el plan.

Para obtener una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, escriba a Ben E. Keith Company a 601 East 7th Street, Fort Worth, TX 76102, o llame al 1-817-877-5700.

También tiene derecho a recibir un estado de los activos y pasivos del plan y las notas que lo acompañan, o un estado de los ingresos y gastos del plan y las notas que lo acompañan, o ambos, de parte del administrador del plan, si lo solicita y sin costo alguno. Si le pide una copia del informe anual completo al administrador del plan, estos dos estados y las notas que los acompañan se incluirán como parte de dicho informe.


También tiene el derecho legalmente protegido de examinar el informe anual en la oficina principal del plan: 601 East 7th Street, Fort Worth, TX 76102 y en el Departamento de Trabajo de los EE. UU. en Washington D. C., u obtener una copia del Departamento de Trabajo de los EE. UU., si paga los costos de la copia. Las solicitudes al Departamento deben dirigirse a:

Public Disclosure Room N-1513
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue N.W.
Washington, D.C. 20210



Plan PPO de Ben E. Keith Company

Cobertura para: Familia | Tipo de plan: PS1

 El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica cómo compartirán usted y el plan el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado "prima") se facilitará por separado. **Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de la cobertura completos, llame al 1-866-734-7670 o visite welcometouhc.com. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-487-2365 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : \$1,000 individual/ \$3,000 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$2,000 individual/ \$6,000 familiar Por año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el importe del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro tiene que alcanzar su propio <u>deducible</u> hasta que la cantidad total de gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> está cubierta antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> anual. Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos sin costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de los servicios cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí, medicamentos recetados: \$75 por persona. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Deberá pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específica antes de que este plan comience a pagar dichos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : \$3,000 individual/ \$6,000 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$6,000 individual/ \$12,000 familiar Por año calendario.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar al año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , estos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldos</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y penalizaciones por no obtener <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de <u>gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Ingrese a myuhc.com o llame al 1-844-587-8503 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> de la <u>red</u> puede utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican luego de que se haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$35 por visita, el <u>deducible</u> no aplica.	50 % de <u>coseguro</u>	\$20 de copago por visita realizada por un <u>proveedor de la red</u> virtual designado. Sin cobertura virtual <u>fuera de la red</u> . Si recibe servicios, además de la visita al consultorio, pueden aplicarse <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguos</u> adicionales, por ejemplo, en caso de una cirugía.
	Visita a un <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$50 por visita, el <u>deducible</u> no aplica.	50 % de <u>coseguro</u>	Si recibe servicios, además de la visita al consultorio, pueden aplicarse <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguos</u> adicionales, por ejemplo, en caso de una cirugía.
	<u>Atención preventiva/pruebas/vacunación</u>	Sin cargo	50 % de <u>coseguro</u>	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza alguna prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imagen (TC/TEP, IRM)	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> disponible en <u>welcometouhc.com</u>	Nivel 1: su opción de menor costo	Minoristas: \$15 de copago Pedido por correo: \$30 de copago	Sin cobertura	<u>Proveedor</u> significa farmacia a efectos de esta sección. Minoristas: suministro hasta para 31 días. Pedido por correo: suministro hasta para 90 días.
	Nivel 2: su opción de costo medio	Minoristas: \$35 de copago Pedido por correo: \$70 de copago	Sin cobertura	Es posible que tenga que obtener determinados medicamentos, incluidos algunos <u>medicamentos de especialidad</u> , en una farmacia que designemos nosotros. Algunos medicamentos pueden requerir <u>autorización previa</u> o tener un costo más elevado.
	Nivel 3: su opción de costo medio	Minoristas: \$75 de copago Pedido por correo: \$150 de copago	Sin cobertura	Si utiliza una farmacia que no sea de la <u>red</u> (incluidas las farmacias de pedido por correo), es posible que deba abonar cualquier importe que supere la <u>cantidad permitida</u> . Las farmacias CVS no tienen cobertura.
	Nivel 4: su opción más costosa	No se aplica	No se aplica	Determinados medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) están cubiertos sin costo.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y las excepciones, consulte con el plan o vea el documento de políticas en welcometouhc.com.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
				<p>Consulte el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su <u>plan</u>. No se cubren todos los medicamentos.</p> <p>Es posible que tenga que utilizar un medicamento de menor costo antes de que su póliza le proporcione beneficios para determinados medicamentos recetados.</p>
Si se somete a cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, un centro quirúrgico ambulatorio)	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Tarifas de los médicos/cirujanos	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$200 de <u>copago</u> por visita, luego 30 % de <u>coseguro</u>	\$200 de <u>copago</u> por visita, luego 30 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30 % de <u>coseguro</u>	*30 % de <u>coseguro</u>	* Se aplica el <u>deducible</u> de la <u>red</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago</u> de \$75 por visita, el <u>deducible</u> no aplica.	50 % de <u>coseguro</u>	Si recibe servicios, además de la <u>atención de urgencia</u> , pueden aplicarse <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales, por ejemplo, cirugía.
Si es hospitalizado	Tarifas del centro (p. ej., habitación de hospital)	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	El <u>deducible</u> de \$300 por hospitalización se aplica <u>fuera de la red</u> antes del <u>deducible</u> general. Se requiere <u>autorización previa fuera de la red</u> o se aplica una penalización de \$500.
	Tarifas de los médicos/cirujanos	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	PCP: \$35 de copago por visita, no se aplica el deducible	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios de hospitalización	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	50 % de <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no aplica para los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte dentro del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para nacimientos/ partos	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios en un centro para nacimientos/ partos	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica domiciliaria</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Limitada a 60 visitas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa fuera de la red</u> o se aplica una penalización de \$500.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Los servicios de rehabilitación ambulatoria son ilimitados por año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Límites por año calendario: física, del habla, ocupacional: ilimitado.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Limitada a 60 días por año calendario (combinada con la rehabilitación para pacientes hospitalizados). Se requiere <u>autorización previa fuera de la red</u> o se aplica una penalización de \$500.
	<u>Equipo médico duradero</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de hospicio</u>	Sin cargo	Sin cargo	Límite de 180 días por año calendario. Se requiere <u>autorización previa fuera de la red</u> antes de la admisión para una hospitalización en un centro de cuidados paliativos o se aplicará una penalización de \$500.
Si su hijo necesita atención dental o de la visión	Examen de la visión para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	No se cubren los exámenes de la visión para hijos.
	Anteojos para hijos	Sin cobertura	Sin cobertura	No se cubren los anteojos para hijos.
	Controles dentales para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para controles dentales para hijos.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- | | | | | |
|----------------------|-------------------|--|--|--------------------------------|
| • Acupuntura | • Atención dental | • Atención de largo plazo | • Atención de rutina de la visión | • Programas para bajar de peso |
| • Cirugía bariátrica | • Anteojos | • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | • Atención de rutina para los pies: excepto la cobertura para diabetes | |
| • Cirugía estética | • Audífonos | | | |

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).

- | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|
| • Quiropráctico (atención manipulativa): 20 visitas por año calendario | • Tratamiento para la infertilidad | • Servicio privado de enfermería |
|--|------------------------------------|----------------------------------|

Sus derechos de continuar la cobertura: hay agencias que pueden ayudarlo si quiere continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: Employee Benefits Security Administration del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Puede haber otras opciones de cobertura disponibles, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo en contra de su plan por la denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina "queja" o "apelación". Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, una apelación, o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con Servicio de Atención al Miembro al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o ingrese a myuhc.com, o póngase en contacto con la Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese en dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para el crédito tributario para primas.

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimos? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimos, puede ser elegible para un crédito tributario para primas para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica determinada, consulte la siguiente sección—————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los montos que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la <u>red</u> y un parto en el hospital)	Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la <u>red</u> de una afección bien controlada)	Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la <u>red</u> y atención de seguimiento)
---	---	--

■ El <u>deducible general del plan</u> \$1,000 ■ <u>Copago del especialista</u> \$50 ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> 30 % ■ <u>Otros coseguros</u> 30 %	■ El <u>deducible general del plan</u> \$1,000 ■ <u>Coseguro del especialista</u> \$50 ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> 30 % ■ <u>Otros coseguros</u> 30 %	■ El <u>deducible general del plan</u> \$1,000 ■ <u>Coseguro del especialista</u> \$50 ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> 30 % ■ <u>Otros coseguros</u> 30 %
--	--	--

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para nacimientos/partos
 Servicios en un centro para nacimientos/partos
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visitas al especialista (*anestesia*)

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluidos los servicios educativos sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700	Costo total del ejemplo	\$5,600	Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Peg pagaría:		En este ejemplo, Joe pagaría:		En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>		<i>Costo compartido</i>	
<u>Deducibles*</u>	\$1,000	<u>Deducibles*</u>	\$1,075	<u>Deducibles*</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$35	<u>Copagos</u>	\$700	<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$3,841	<u>Coseguro</u>	\$1,142	<u>Coseguro</u>	\$420
<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>		<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60	Límites o exclusiones	\$20	Límites o exclusiones	\$0
Peg pagaría en total	\$4,516	Joe pagaría en total	\$2,937	Mia pagaría en total	\$1,820

* Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la casilla “¿Hay otros deducibles para servicios específicos?” más arriba.



Plan HDHP con HSA de Ben E. Keith Company

Cobertura para: Familia | Tipo de plan: PS1



El documento del Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica cómo compartirán usted y el plan el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado "prima") se facilitará por separado.**

Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-866-844-4864 o visite welcometouhc.com. Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en www.cciio.cms.gov o llamar al 1-866-487-2365 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : \$3,300 individual/ \$6,600 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$6,600 individual/ \$13,200 familiar Por año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el importe del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro tiene que alcanzar su propio <u>deducible</u> hasta que la cantidad total de gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> está cubierta antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si no ha alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> anual. Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos sin costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de los servicios cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No	No debe alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : \$6,400 individual/ \$12,900 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$12,900 individual/ \$25,800 familiar Por año calendario.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar al año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , estos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldos</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y penalizaciones por no obtener <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de <u>gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Ingrese a myuhc.com o llame al 1-844-587-8503 para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> usa una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican luego de que se haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Visitas virtuales: 30 % de <u>coseguro</u> por un <u>proveedor de la red virtual designado</u> . Sin cobertura virtual <u>fuera de la red</u> .
	Visita a un <u>especialista</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención preventiva/pruebas/vacunación</u>	Sin cargo	50 % de <u>coseguro</u>	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza alguna prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa fuera de la red</u> para determinados servicios o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
	Diagnóstico por imagen (TC/TEP, IRM)	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> disponible en <u>welcometouhc.com</u>	Nivel 1: su opción de menor costo	Minoristas: 30 % de <u>coseguro</u> Pedido por correo: 30 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	<u>Proveedor</u> significa farmacia a efectos de esta sección. Minoristas: suministro hasta para 31 días. Pedido por correo: suministro hasta para 90 días.
	Nivel 2: su opción de costo medio	Minoristas: 30 % de <u>coseguro</u> Pedido por correo: 30 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Es posible que tenga que obtener determinados medicamentos, incluidos algunos <u>medicamentos de especialidad</u> , en una farmacia que designemos nosotros.
	Nivel 3: su opción de costo medio	Minoristas: 30 % de <u>coseguro</u> Pedido por correo: 30 % de <u>coseguro</u>	Sin cobertura	Algunos medicamentos pueden requerir <u>autorización previa</u> o tener un costo más elevado.
	Nivel 4: su opción más costosa	No se aplica	No se aplica	Si utiliza una farmacia que no sea de la <u>red</u> (incluidas las farmacias de pedido por correo), es posible que deba abonar cualquier importe que supere la <u>cantidad permitida</u> . Las farmacias CVS no tienen cobertura. Determinados medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) están cubiertos sin costo.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
				<p>Consulte el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su <u>plan</u>. No se cubren todos los medicamentos.</p> <p>Es posible que tenga que utilizar un medicamento de menor costo antes de que su póliza le proporcione beneficios para determinados medicamentos recetados.</p> <p>Si un medicamento dispensado tiene un medicamento químicamente equivalente en un nivel inferior, puede aplicarse la diferencia de costo entre los medicamentos además de cualquier <u>copago</u> o <u>coseguro</u> aplicable.</p> <p>Los costos de los medicamentos recetados están sujetos al <u>deducible</u> anual.</p>
Si se somete a cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, un centro quirúrgico ambulatorio)	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
	Tarifas de los médicos/cirujanos	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	30 % de <u>coseguro</u>	*30 % de <u>coseguro</u>	* Se aplica el <u>deducible</u> de la <u>red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	30 % de <u>coseguro</u>	*30 % de <u>coseguro</u>	* Se aplica el <u>deducible</u> de la <u>red</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si es hospitalizado	Tarifas del centro (p. ej., habitación de hospital)	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
	Tarifas de los médicos/cirujanos	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
	Servicios de hospitalización	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	50 % de <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no aplica para los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicios, se puede aplicar un <u>copago</u> , un <u>coseguro</u> o un <u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte dentro del SBC (p. ej., ecografía).
	Servicios profesionales para nacimientos/partos	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios en un centro para nacimientos/partos	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Se aplica la preautorización de hospitalización <u>fuera de la red</u> si la estancia supera las 48 horas (cesárea: 96 horas) o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica domiciliaria</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Limitada a 60 visitas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa fuera de la red</u> o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Los servicios de rehabilitación ambulatoria son ilimitados por año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Límites por año calendario: física, del habla, ocupacional: ilimitado.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Limitada a 60 días por año calendario (combinada con la rehabilitación para pacientes hospitalizados). Se requiere <u>autorización previa fuera de la red</u> o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	30 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Cubre 1 por tipo de equipo médico duradero (DME) (incluida la reparación/reemplazo) cada 3 años. Se requiere <u>autorización previa fuera de la red</u> para los DME que superen los \$1,000 o no tengan cobertura.
	<u>Servicios de hospicio</u>	0 % de <u>coseguro</u>	0 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa fuera de la red</u> antes de la admisión para una hospitalización en un centro de cuidados de hospicio o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Cuánto tendrá que pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (Pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Pagará lo máximo)	
Si su hijo necesita atención dental o de la visión	Examen de la visión para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	No se cubren los exámenes de la visión para hijos.
	Anteojos para hijos	Sin cobertura	Sin cobertura	No se cubren los anteojos para hijos.
	Controles dentales para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para controles dentales para hijos.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía estética | <ul style="list-style-type: none"> • Atención dental • Anteojos • Audífonos | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de largo plazo • Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de rutina de la visión • Atención de rutina para los pies: excepto la cobertura para diabetes | <ul style="list-style-type: none"> • Programas para bajar de peso |
|--|--|---|---|--|

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su documento del plan).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Quiropráctica (cuidados manipulativos): 20 visitas por año calendario | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio privado de enfermería |
|---|--|--|

Sus derechos de continuar la cobertura: hay agencias que pueden ayudarlo si quiere continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de estas agencias es la siguiente: Employee Benefits Security Administration del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Puede haber otras opciones de cobertura disponibles, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo en contra de su plan por la denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina "queja" o "apelación". Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una reclamación, una apelación, o una queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, comuníquese con Servicio de Atención al Miembro al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o ingrese a myuhc.com, o póngase en contacto con la Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese en dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan ofrece una cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para el crédito tributario para primas.

¿Cumple este plan los estándares de valor mínimos? Sí.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimos, puede ser elegible para un crédito tributario para primas para ayudarlo a pagar un plan a través del Mercado.

—————Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica determinada, consulte la siguiente sección—————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los montos que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé (9 meses de atención prenatal dentro de la <u>red</u> y un parto en el hospital)	Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la <u>red</u> de una afección bien controlada)	Fractura simple de Mia (visita a la sala de emergencias dentro de la <u>red</u> y atención de seguimiento)
---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> ■ El <u>deducible general del plan</u> \$3,300 ■ <u>Coseguro del especialista</u> 30 % ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> 30 % ■ <u>Otros coseguros</u> 30 % 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El <u>deducible general del plan</u> \$3,300 ■ <u>Coseguro del especialista</u> 30 % ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> 30 % ■ <u>Otros coseguros</u> 30 % 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El <u>deducible general del plan</u> \$3,300 ■ <u>Coseguro del especialista</u> 30 % ■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u> 30 % ■ <u>Otros coseguros</u> 30 %
--	--	--

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para nacimientos/partos
 Servicios en un centro para nacimientos/partos
 Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Visitas al especialista (*anestesia*)

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluidos los servicios educativos sobre la enfermedad*)
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:
 Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
 Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo **\$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$3,300
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$2,832
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
Peg pagaría en total	\$6,192

Costo total del ejemplo **\$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$3,300
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Joe pagaría en total	\$3,900

Costo total del ejemplo **\$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles</u>	\$2,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
Mia pagaría en total	\$2,800

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

* Para obtener más información sobre las limitaciones y las excepciones, consulte con el plan o vea el documento de políticas en welcometouhc.com.

Aviso de no discriminación

No tratamos a los miembros de forma diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si cree que lo han tratado injustamente por razones relacionadas con su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, puede enviar un reclamo al Coordinador de Derechos Civiles.

En línea: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Por correo: Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608 Salt Lake City, UTAH 84130

Debe enviar el reclamo en un plazo de 60 días a partir del momento en que tuvo conocimiento de este. Se le enviará una decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para pedirnos que la revisemos de nuevo. Si necesita ayuda con su reclamo, llame al número gratuito que figura en este resumen de beneficios y cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 8:00 p. m.

También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Por teléfono: Línea gratuita 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Por correo: U.S. Dept. of Health and Human Services. 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Le ofrecemos servicios gratuitos para ayudarlo a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o letra grande, o bien, puede pedir un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número que figura en este resumen de beneficios y cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 8:00 p. m.

Asistencia en idiomas extranjeros

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-734-7670 (TTY: 711)

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 11-866-734-7670 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Chinese: 注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-734-7670 (TTY:711)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-734-7670 (TTY: 711).

Arabic: النصي الهاتف (1-866-734-7670) ب اتصل لك متاحة،تكلفة بدون،باللغة يتعلق فيما مساعدة خدمات توجد،العربية تتحدث كنت إذا انتباه

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-734-7670 (TTY: 711).

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-734-7670 (ATS: 711).

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-734-7670 (TTY: 711).

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજુ રાતી બોલતા હોય, તો ભાષા સહાયતા સેવા, તમારા માટે િન:શુક્ર ઉપલબ્ધ છે. 1-866-734-7670 પર કૉલ કરો (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-734-7670 (TTY: 711).

Hindi: ान दः अगर आपकी भाषा िहंदी है, तो आपके िलए भाषा सहायता सेवाएँ िन:शु उपलब्ध हः। 1-866-734-7670 (TTY: 711) पर कॉल करः।

Laotian: ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-734-7670 (TTY:711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-734-7670 (телетайп: .)711

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-866-734-7670 (TTY:711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-734-7670 (TTY: 711).

Turkish: DİKKAT: Eğer Türkçe konuşuyor iseniz, dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-866-734-7670 (TTY: 711) irtibat numaralarını arayın.

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-734-7670 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-734-7670 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。