



## Avisos anuales para 2026 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 2026	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
Resumen anual del Plan de Ahorro para la Jubilación	Página 8

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 9-21

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

Para obtener más información, comuníquese con el equipo de Beneficios corporativos a [benefits@benekeith.com](mailto:benefits@benekeith.com).

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

## AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE PARA 2026: 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 acreditables 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.

### ¿Cuánto 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 acreditables, 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 acreditables, 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](mailto: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](http://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](http://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](http://socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**¡IMPORTANTE!** Conserve este **Aviso de cobertura acreditable para 2026**. 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 2025

**Nombre de la entidad:** Ben E. Keith Company

**Equipo de Beneficios corporativos:** [benefits@benekeith.com](mailto:benefits@benekeith.com)

## **AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE PARA 2026: 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 acreditables 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 acreditables, 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 acreditables, 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](mailto: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](http://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](http://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](http://socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**¡IMPORTANTE!** Conserve este **Aviso de cobertura acreditable para 2026**. 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 2025

**Nombre de la entidad:** Ben E. Keith Company

**Equipo de Beneficios corporativos:** [benefits@benekeith.com](mailto: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](mailto: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](http://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](http://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](mailto:benefits@benekeith.com). También puede comunicarse con el Departamento de Trabajo en [askebsa.dol.gov](http://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 2025. 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.flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.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/laipp>  
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/financial/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 2025, 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](http://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](http://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](mailto: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, añádalo 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](mailto: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 abierta 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 2026 del plan médico PPO de Ben E. Keith y el plan médico HSA de BEK se incluyen en las páginas 9 a 21 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](mailto:benefits@benekeith.com).



## RESUMEN DEL INFORME ANUAL PARA 2024 PARA EL PLAN DE BENEFICIOS SOCIALES DE BEN E. KEITH COMPANY

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 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. 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 2024 fueron de \$12,844,601.

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 2024, las primas pagadas en virtud de dichos contratos de “valoración de la experiencia” fueron de \$4,447,426 y el total de todas las reclamaciones de beneficios pagadas en virtud de estos contratos durante el año del plan fue de \$3,438,765.

### **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](mailto: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



## RESUMEN DEL INFORME ANUAL PARA 2024 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 2024. 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 \$23,483,271. Estos gastos incluían \$403,388 de gastos administrativos y \$22,819,413 de beneficios pagados a participantes y beneficiarios, y \$260,470 de otros gastos. Un total de 7,473 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 \$400,527,407 al final del año del plan, frente a \$313,321,603 al inicio del año del plan. Durante el año del plan, el plan experimentó un cambio en sus activos netos de \$87,205,804. 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 \$110,689,075, incluidas las contribuciones del empleador de \$29,681,351, las contribuciones de los empleados de \$32,247,521, otras contribuciones/otros ingresos de \$3,670,515 y ganancias de las inversiones de \$45,089,688.

### **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 1-844-587-8503 o visite [welcometouhc.com](http://welcometouhc.com). Para definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de saldos, coseguro, copago, deductible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en [healthcare.gov/sbc-glossary/](http://healthcare.gov/sbc-glossary/) o llamar al 1-866-487-2365 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Qué es el <u>deductible general</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : <b>\$1,500</b> individual/ <b>\$4,500</b> familiar Fuera de la <u>red</u> : <b>\$3,000</b> individual/ <b>\$9,000</b> familiar Por año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el importe del <u>deductible</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>deductible</u> hasta que la cantidad total de gastos del <u>deductible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deductible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> está cubierta antes de que alcance su <u>deductible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso si no ha alcanzado la cantidad del <u>deductible</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</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deductible</u> . Vea una lista de los servicios cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	Sí, medicamentos recetados: <b>\$100</b> por persona <b>\$300</b> per familia. No hay otros <u>deductibles</u> específicos.	Deberá pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del <u>deductible</u> específica antes de que este <u>plan</u> 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> : <b>\$4,000</b> individual/ <b>\$8,000</b> familiar Fuera de la <u>red</u> : <b>\$8,000</b> individual/ <b>\$16,000</b> 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> ?	Primas, 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 <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Ingrese a <a href="http://myuhc.com">myuhc.com</a> o llame al <b>1-844-587-8503</b> 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 de la 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 deductible, si se aplica un deductible.

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)	
<b>Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica</b>	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Copago</u> de \$35 por visita, el <u>deductible</u> no aplica.	50 % de <u>coseguro</u>	Visitas virtuales: copago de \$20 por visita, por un <u>proveedor de la red</u> virtual designado, no se aplica <u>deductible</u> . El costo compartido se aplica a cualquier otro servicio de telesalud según el tipo de proveedor. Sin cobertura virtual fuera de la red. Si recibe servicios, además de la visita al consultorio, pueden aplicarse <u>copagos</u> , <u>deductibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales, por ejemplo, en caso de una cirugía.
	Visita a un <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$50 por visita, el <u>deductible</u> no aplica.	50 % de <u>coseguro</u>	Si recibe servicios, además de la visita al consultorio, pueden aplicarse <u>copagos</u> , <u>deductibles</u> o <u>coseguros</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.
<b>Si se realiza alguna prueba</b>	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Diagnóstico por imagen (TC/TEP, IRM)	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>	Nivel 1: su opción de menor costo	Minoristas: \$10 de copago Pedido por correo: \$20 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.
	Nivel 3: su opción de costo medio	Minoristas: \$60 de copago Pedido por correo: \$120 de copago	Sin cobertura	Algunos medicamentos pueden requerir <u>autorización previa</u> o tener un costo más elevado.  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

\* Para obtener más información sobre las limitaciones y las excepciones, consulte con el plan o vea el documento de políticas en [welcometouhc.com](http://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)	
Hay más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> disponible en <a href="http://welcometouhc.com">welcometouhc.com</a>	Nivel 4: su opción más costosa	Minoristas: 25 % de <u>coseguro (Copago</u> mínimo de \$35 / Máximo \$250)	No se aplica	importe que supere la <u>cantidad permitida</u> . Las farmacias CVS no tienen cobertura. Determinados medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) están cubiertos sin costo. Consulte el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su <u>plan</u> . No se cubren todos los medicamentos. Es posible que tenga que utilizar un medicamento de menor costo antes de que su póliza le proporcione beneficios para determinados medicamentos recetados.
<b>Si se somete a cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (por ejemplo, un centro quirúrgico ambulatorio)	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Tarifas de los médicos/cirujanos	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	\$200 de <u>copago</u> por visita, luego 20 % de <u>coseguro</u>	\$200 de <u>copago</u> por visita, luego 20 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>	*20 % de <u>coseguro</u>	* Se aplica el <u>deducible de la 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>	Ninguna
<b>Si es hospitalizado</b>	Tarifas del centro (p. ej., habitación de hospital)	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	El <u>deducible</u> de \$300 por hospitalización se aplica <u>frente a 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	20 % 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)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	PCP: \$35 de copago por visita, no se aplica el deducible	50 % de <u>coseguro</u>	Hospitalización parcial en red/tratamiento ambulatorio intensivo: <u>coseguro</u> del 20 %.
	Servicios de hospitalización	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
<b>Si está embarazada</b>	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	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios en un centro para nacimientos/partos	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	El <u>deducible</u> de \$300 por hospitalización se aplica <u>frente a la red</u> antes del <u>deducible</u> general.
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Atención médica domiciliaria</u>	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Limitada a 60 visitas por año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la red o se aplica una penalización de \$500.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Los servicios de rehabilitación ambulatoria son ilimitados por año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Límites por año calendario: física, del habla, ocupacional: ilimitado.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % 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</u> fuera de la red o se aplica una penalización de \$500.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % 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</u> fuera de la red antes de la admisión para una hospitalización en un centro de cuidados paliativos o se aplicará una penalización de \$500.
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la visión</b>	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](http://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](http://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](http://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](http://myuhc.com), o póngase en contacto con la Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://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 red y un parto en el hospital)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20 %
■ <u>Otros coseguros</u>	20 %

#### 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)

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$1,500
■ <u>Coseguro del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20 %
■ <u>Otros coseguros</u>	20 %

#### 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)

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ <u>El deducible general del plan</u>	\$1,500
■ <u>Coseguro del especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20 %
■ <u>Otros coseguros</u>	20 %

#### 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:

Costo compartido	
<u>Deducibles*</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$35
<u>Coseguro</u>	\$3,841
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
<b>Peg pagaría en total</b>	<b>\$5,076</b>

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles*</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$1,142
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
<b>Joe pagaría en total</b>	<b>\$3,362</b>

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
<u>Deducibles*</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$420
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
<b>Mia pagaría en total</b>	<b>\$2,320</b>

\* 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.



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.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, llame al 1-844-587-8503 o visite [welcometouhc.com](http://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 [healthcare.gov/sbc-glossary/](http://healthcare.gov/sbc-glossary/) 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> : \$3,400 individual/\$6,800 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$6,800 individual/\$13,600 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</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Vea una lista de los servicios cubiertos en <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿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> : \$6,550 individual/\$13,100 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$13,100 individual/\$26,200 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> ?	Primas, 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 <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Ingrese a <a href="http://myuhc.com">myuhc.com</a> 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 de la 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 deductible, si se aplica un deductible.

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	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Visitas virtuales: 20 % de <u>coseguro</u> por un proveedor de la red virtual designado. El costo compartido se aplica a cualquier otro servicio de telesalud según el tipo de proveedor. Sin cobertura virtual <u>fuerza de la red</u> .
	Visita a un <u>especialista</u>	20 % 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	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	20 % 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)	20 % 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 <a href="http://welcometouhc.com">welcometouhc.com</a>	Nivel 1: su opción de menor costo	Minoristas: 20 % de <u>coseguro</u> ( <u>Copago</u> mínimo de \$10) Pedido por correo: 20 % de <u>coseguro</u> ( <u>Copago</u> mínimo de \$20)	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. 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 2: su opción de costo medio	Minoristas: 20 % de <u>coseguro</u> ( <u>Copago</u> mínimo de \$35) Pedido por correo: 20 % de <u>coseguro</u> ( <u>Copago</u> mínimo de \$70)	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 3: su opción de costo medio	Minoristas: 20 % de <u>coseguro</u> ( <u>Copago</u> mínimo de \$60) Pedido por correo:	Sin 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)	
		20 % de <u>coseguro</u> <u>Copago</u> mínimo de \$120)		Consulte el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su <u>plan</u> . No se cubren todos los medicamentos.
	Nivel 4: su opción más costosa	Minoristas: 20 % de <u>coseguro</u> ( <u>Copago</u> mínimo de \$100) Pedido por correo: 20 % de <u>coseguro</u> <u>(Copago</u> mínimo de \$200)	No se aplica	Es posible que tenga que utilizar un medicamento de menor costo antes de que su póliza le proporcione beneficios para determinados medicamentos recetados.  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.  Los costos de los medicamentos recetados están sujetos al <u>deducible</u> anual.
Si se somete a cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (por ejemplo, un centro quirúrgico ambulatorio)	20 % 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	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	20 % de <u>coseguro</u>	*20 % de <u>coseguro</u>	* Se aplica el <u>deducible</u> de la <u>red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>	*20 % de <u>coseguro</u>	* Se aplica el <u>deducible</u> de la <u>red</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si es hospitalizado	Tarifas del centro (p. ej., habitación de hospital)	20 % 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	20 % 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)	
<b>Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias</b>	Servicios ambulatorios	20 % 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	20 % 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> .
<b>Si está embarazada</b>	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>deductible</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	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios en un centro para nacimientos/partos	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Se aplica la preautorización de hospitalización <u>fueras 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> .
<b>Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales</b>	<u>Atención médica domiciliaria</u>	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Limitada a 60 visitas por año calendario. Se requiere autorización previa <u>fueras de la red</u> o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Los servicios de rehabilitación ambulatoria son ilimitados por año calendario.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u>	50 % de <u>coseguro</u>	Límites por año calendario: física, del habla, ocupacional: ilimitado.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % 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 autorización previa <u>fueras de la red</u> o el beneficio se reduce al 50 % de la <u>cantidad permitida</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % 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 autorización previa <u>fueras 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 autorización previa <u>fueras 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)	
<b>Si su hijo necesita atención dental o de la visión</b>	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
- Cirugía bariátrica
- Anteojos
- Atención que no es de emergencia
- Atención de rutina para los pies: excepto la cobertura para diabetes
- Cirugía estética
- Audífonos

- 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).**

- Quiropráctica (cuidados manipulativos): 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](http://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](http://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](http://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](http://myuhc.com), o póngase en contacto con la Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform). Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar su apelación. Comuníquese en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://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 red y un parto en el hospital)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$3,400
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20 %
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20 %
■ <u>Otros coseguros</u>	20 %

#### 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)

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$3,400
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20 %
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20 %
■ <u>Otros coseguros</u>	20 %

#### 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)

### Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$3,400
■ <u>Coseguro del especialista</u>	20 %
■ <u>Coseguro del hospital (centro)</u>	20 %
■ <u>Otros coseguros</u>	20 %

#### 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:

Costo compartido
Deducibles
Copagos
Coseguro
<i>Lo que no está cubierto</i>
Límites o exclusiones
<b>Peg pagaría en total</b>

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido
Deducibles
Copagos
Coseguro
<i>Lo que no está cubierto</i>
Límites o exclusiones
<b>Joe pagaría en total</b>

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido
Deducibles
Copagos
Coseguro
<i>Lo que no está cubierto</i>
Límites o exclusiones
<b>Mia pagaría en total</b>

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](http://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:** (النصيبي الهاتف) 711. : 1-866-734-7670 بـ اتصل. لك متاحة، بكلفة بدون، باللغة يتعلّق فيما مساعدة خدمات توج، العربية تتحدث كنت إذا: انتبه

**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 ગજુ રાતી બોલતા હોય, તો ભાષા સહાયતા સેવા, તમારા માટે નિઃશુદ્ધ ઉપલબ્ધ છે. 1-866-734-7670 પર કોલ 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:** ડાન દાન: અગर આपकી ભાષા હિંદી હૈ, તો આપકે નિઃશુદ્ધ ઉપલબ્ધ હોય। 1-866-734-7670 (TTY: 711) પર કોલ કરો।

**Laotian:** ໄດລາຊຍ:ຖ້ວງທ່ານເວັ້ນພາສາລາວ,ການບໍລິການຂ່າວລະຕິ່ງ ອັດງພາສາ,ໂດຍບໍ່ແກ້ງຈ່າ,ແມ່ນມີພົມໃຫ້ທ່ານ.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 (телефон: .)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 konuşuyorsanız, dil yardımına 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。