



Avisos anuales para 2027 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 2027	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

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 8-25

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 a benefits@benekeith.com.

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

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE PARA 2027: 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 abierta 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 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 2027**. 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 2026

Nombre de la entidad: Ben E. Keith Company

Equipo de Beneficios: benefits@benekeith.com

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE PARA 2027: 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 abierta 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 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 2027**. 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 2026

Nombre de la entidad: Ben E. Keith Company

Equipo de Beneficios: 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 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 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 2026. 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 and CHP+

Health First Colorado: <http://www.healthfirstcolorado.com/>
1-800-221-3943/State Relay 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
1-800-359-1991/State Relay 711
Health Insurance Buy-In: <https://www.mycohibi.com>
1-855-692-6442

Florida – Medicaid

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

Georgia – Medicaid

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

Kansas – Medicaid

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

Louisiana – Medicaid

Medicaid: <http://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana>
Phone: 1-888-342-6207 Email: healthy@la.gov

LaHIPP: <http://www.ldh.la.gov/lahipp>

Phone: 1-855-618-5488 Email: la.HIPP@la.gov
Fax: 1-888-716-9787
Mailing address: 100 Crescent Centre Pkwy, Suite 1000
Tucker, GA 30084

Missouri – Medicaid

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

North Carolina – Medicaid

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

Oklahoma – Medicaid and CHIP

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

South Carolina – 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 2026, 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

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 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, añádalo a su información cuando se inscriba durante la inscripción abierta 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 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 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 2027 del plan médico PPO de Ben E. Keith y el plan médico HSA de BEK se incluyen en las páginas 8 a 25 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 a benefits@benekeith.com.



RESUMEN DEL INFORME ANUAL PARA 2025 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 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. 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 reclamaciones de servicios dentales, contratos de indemnización, servicios de la vista, atención médica, medicamentos recetados, contratos PPO, seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, e incapacidad a largo plazo incurridas bajo los términos del Plan. El total de las primas pagadas para el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2025 fue de \$13,254,265.

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 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



Ben E. Keith PPO Medical Plan

Cobertura para: Individuo/Familia | Tipo de Plan: PS1

El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura refleja cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios cubiertos para el cuidado de la salud. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite [BEK.Family](#) o llame al 1-817-877-5700. Para ver las definiciones generales de términos frecuentes, tales como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-817-877-5700 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Esto Es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : \$1,500 individual/\$4,500 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$3,000 individual/\$9,000 familiar por cada año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. Los servicios para el <u>Cuidado Preventivo</u> y para el cuidado primario con <u>copago</u> están cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado aún el <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	Sí, <u>Medicamentos con Receta</u> - Dentro de la <u>red</u> : \$100 individual/\$300 familiar Fuera de la <u>red</u> : Sin cobertura	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	<u>Proveedor de la red</u> : \$4,000 individual/\$8,000 familiar <u>Proveedores</u> fuera de la <u>red</u> : \$8,000 individual/\$16,000 familiar por cada año calendario	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación del saldo</u> , cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre, multas por no obtener <u>preautorización</u> para recibir servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar los <u>gastos de su bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite www.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 usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará el máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir 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 del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que usted haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		<u>Proveedor de la Red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor Fuera de la Red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un <u>proveedor</u> de cuidado de la salud	Visita al médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <u>copago</u> por cada visita	50% de <u>coseguro</u>	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales.
	Visita a un <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> por cada visita	50% de <u>coseguro</u>	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales.
	<u>Cuidado preventivo/ pruebas de detección/ vacunas</u>	Sin cargo	50% de <u>coseguro</u>	Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si le realizan un examen	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir ciertos servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500 de multa.
	Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/ tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		<u>Proveedor de la Red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor Fuera de la Red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> , visite www.optumrx.com	Medicamentos Genéricos (Nivel 1)	Farmacia minorista: \$10 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$20 de <u>copago</u>	Farmacia minorista: Sin cobertura Farmacia de pedidos por correo: Sin cobertura	Un suministro de hasta 31 días en una farmacia minorista. Un suministro de hasta 90 días en una farmacia de pedidos por correo. Es posible que ciertos medicamentos requieran <u>preautorización</u> . Se debe cumplir el <u>deducible</u> antes de que se aplique el <u>copago</u> .
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Farmacia minorista: \$35 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$70 de <u>copago</u>	Farmacia minorista: Sin cobertura Farmacia de pedidos por correo: Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Farmacia minorista: \$60 de <u>copago</u> Farmacia de pedidos por correo: \$120 de <u>copago</u>	Farmacia minorista: Sin cobertura Farmacia de pedidos por correo: Sin cobertura	
	<u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)	25% de <u>coseguro</u> – se deben obtener a través de OptumRx Specialty Pharmacy		Mínimo de \$100 Máximo de \$250 Un suministro de hasta 31 días en una farmacia especializada. Es posible que ciertos medicamentos requieran <u>preautorización</u> . Se debe cumplir el <u>deducible</u> antes de que se aplique el <u>copago</u> .
Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro médico (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500 de multa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	\$200 de <u>copago</u> por cada visita, 20% de <u>coseguro</u>	\$200 de <u>copago</u> por cada visita, 20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado de urgencia</u>	\$75 de <u>copago</u> por cada visita	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
En caso de una estadía en el hospital	Tarifa del centro médico (por ejemplo, habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500 de multa.
	Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, servicios de salud del comportamiento o servicios para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$35 de <u>copago</u> por cada visita	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir ciertos servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500 de multa. <u>Hospitalización</u> Parcial/Tratamiento Intensivo para Pacientes Ambulatorios dentro de la <u>red</u> : 20% después del <u>deducible</u> del <u>plan</u> y fuera de la <u>red</u> : 40% después del <u>deducible</u> del <u>plan</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios en un centro para pacientes hospitalizados fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500 de multa.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		<u>Proveedor de la Red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor Fuera de la Red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$35 de <u>copago</u> por la visita inicial solamente	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para estadías como paciente hospitalizada que excedan las 48 horas para un parto natural o 96 horas para una cesárea, o se aplican \$500 de multa. No se aplica un <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . El cuidado de maternidad podría incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el parto	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios del centro para el parto	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado de asistencia médica a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se limita a 60 visitas por cada año calendario para <u>Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio</u> . Se requiere <u>preautorización</u> para recibir ciertos servicios de <u>Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio</u> (cuidado de enfermería especializada a cargo de una enfermera titulada [registered nurse, RN] o una enfermera de práctica con licencia [licensed practical nurse, LPN]) fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500 de multa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se limita a 60 días por cada año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500 de multa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) fuera de la <u>red</u> que exceda \$1,000, o se aplican \$500 de multa.
	<u>Servicios de cuidados para enfermos terminales</u>	Sin cargo	Sin cargo	Se requiere <u>preautorización</u> antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados para enfermos terminales fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500 de multa.
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	El examen de la vista de rutina para niños no está cubierto.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los anteojos para niños no están cubiertos.
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	El examen dental para niños no está cubierto.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su <u>Plan</u> Generalmente NO Cubre (Para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> , consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> .)		
• Acupuntura • Cirugía Bariátrica • Cirugía Estética • Cuidado Dental	• Tratamiento de la infertilidad • Cuidado a largo plazo • Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos	• Cuidado de los pies de rutina • Examen de la vista de rutina (por ejemplo, refracción) • Programas para bajar de peso
Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u> .)		
• Cuidado quiropráctico – Se limita a 20 visitas por cada año calendario.	• Aparatos auditivos	• Servicios de enfermería privada

* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en bek.family.

Sus Derechos a Continuar con la Cobertura: Si usted desea continuar con su cobertura después de que termine, hay agencias que pueden ayudar. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. Es posible que usted también disponga de otras opciones de cobertura, por ejemplo, comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov/ o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan sobre la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o para recibir ayuda, comuníquese con: el 1-844-587-8503 o visite www.myuhc.com; o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no cumpla los requisitos para el crédito fiscal para la prima.

¿Este plan cumple las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple las Normas de Valor Mínimo, es posible que usted cumpla los requisitos para recibir un crédito fiscal para la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso en Otros Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-587-8503.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-587-8503.

Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-587-8503.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griege in Deutsch, ruf 1-844-587-8503 uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-587-8503.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-844-587-8503.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-844-587-8503.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, a'gang 1-844-587-8503.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la próxima sección.*—————



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos reflejados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir el cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes según el cuidado real que usted reciba, los precios que le cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg Tendrá un Bebé (9 meses de cuidado prenatal y parto en un hospital dentro de la <u>red</u>)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio de un <u>especialista</u> (<i>cuidado prenatal</i>) Servicios Profesionales para el Parto Servicios del Centro para el Parto <u>Pruebas de diagnóstico</u> (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Visita a un <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>)	
Ejemplo de Costo Total	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguros</u>	\$2,200
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
Total que pagaría Peg	\$3,760

Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe (un año de cuidado de rutina dentro de la <u>red</u> de una enfermedad bien controlada)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio de un <u>médico de cuidado primario</u> (<i>incluye información educativa sobre la enfermedad</i>) <u>Pruebas de diagnóstico</u> (<i>análisis de sangre</i>) <u>Medicamentos con receta</u> <u>Equipo médico duradero</u> (<i>medidor de glucosa</i>)	
Ejemplo de Costo Total	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$200
<u>Copagos</u>	\$1,200
<u>Coseguros</u>	\$0
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
Total que pagaría Joe	\$1,420

Fractura Simple de Mia (visita a la sala de emergencias y cuidado médico de seguimiento dentro de la <u>red</u>)	
■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago</u> por <u>especialista</u>	\$50
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%
Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Cuidado en la sala de emergencias</u> (<i>incluye suministros médicos</i>) <u>Prueba de diagnóstico</u> (<i>radiografía</i>) <u>Equipo médico duradero</u> (<i>muletas</i>) <u>Servicios de rehabilitación</u> (<i>fisioterapia</i>)	
Ejemplo de Costo Total	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguros</u>	\$200
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
Total que pagaría Mia	\$1,900

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

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

Correo Electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para solicitar que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número gratuito que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

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

Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Teléfono: Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本福利和承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 內所列的免付費電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

알림: 한국어 (**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서 (Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC، Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d’aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l’**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項：日本語 **(Japanese)** を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC)に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage, SBC) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सूचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកក់នៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqoǫ́dí Naaltsoos Bee 'Aa'áhayání dóo Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).



Ben E. Keith HSA Medical Plan



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El Resumen de Beneficios y Cobertura refleja cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios cubiertos para el cuidado de la salud. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de las condiciones completas de la cobertura, visite [BEK.Family](#) o llame al 1-817-877-5700. Para ver las definiciones generales de términos frecuentes, tales como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-817-877-5700 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Esto Es Importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : \$3,500.00 individual/\$6,800.00 familiar Fuera de la <u>red</u> : \$7,000.00 individual/\$13,600.00 familiar por cada año calendario.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si usted tiene otros familiares inscritos en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted alcance su <u>deducible</u> ?	Sí. El <u>Cuidado Preventivo</u> está cubierto antes de que usted alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, aunque usted no haya alcanzado aún el <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que usted alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Hay otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No, no hay otros <u>deducibles</u> .	Usted no tiene que alcanzar <u>deducibles</u> por servicios específicos, pero consulte la tabla que comienza en la página 2 para conocer otros costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Cuál es el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Por <u>proveedores</u> de la <u>red</u> : \$6,550.00 individual/\$13,100.00 familiar Por <u>proveedores</u> fuera de la <u>red</u> : \$13,100.00 individual/\$26,200.00 familiar por cada año calendario	El <u>límite de gastos de su bolsillo</u> es el máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares inscritos en este <u>plan</u> , ellos tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gastos de su bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de su bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación del saldo</u> , cuidado de la salud que este <u>plan</u> no cubre, multas por no obtener <u>preautorización</u> para recibir servicios.	Aunque usted paga estos gastos, no se toman en cuenta para alcanzar los <u>gastos de su bolsillo</u> .
¿Pagará menos si usa un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Visite www.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</u> de <u>proveedores</u> . Usted pagará menos si usa un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Usted pagará el máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y podría recibir 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 del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>referencia</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No	Puede consultar al <u>especialista</u> que elija sin una <u>referencia</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se indican en esta tabla son después de que usted haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		<u>Proveedor de la Red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor Fuera de la Red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si visita una clínica o el consultorio de un proveedor de cuidado de la salud	Visita al médico de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales.
	Visita a un <u>especialista</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Si recibe otros servicios, además de la visita al consultorio, se pueden aplicar copagos, <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales.
	<u>Cuidado preventivo/ pruebas de detección/ vacunas</u>	Sin cargo	50% de <u>coseguro</u>	Es posible que usted tenga que pagar por los servicios que no sean <u>preventivos</u> . Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si le realizan un examen	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir ciertos servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500.00 de multa.
	Estudios por imágenes (tomografías computarizadas [CT]/ tomografías por emisión de positrones [PET], imágenes por resonancia magnética [MRI])	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		<u>Proveedor de la Red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor Fuera de la Red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta, visite www.optumrx.com	Medicamentos Genéricos (Nivel 1)	Farmacia minorista: 20% de <u>coseguro</u> Farmacia de pedidos por correo: 20% de <u>coseguro</u>	Farmacia minorista: Sin cobertura Farmacia de pedidos por correo: Sin cobertura	Un suministro de 1 a 31 días en farmacia minorista - Mínimo de \$10.00 Farmacia de pedidos por correo - Mínimo de \$20.00 Un suministro de hasta 31 días en una farmacia minorista. Un suministro de hasta 90 días en una farmacia de pedidos por correo. Es posible que ciertos medicamentos requieran <u>preautorización</u> . Se debe cumplir el <u>deducible</u> antes de que se aplique el <u>copago</u>
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Farmacia minorista: 20% de <u>coseguro</u> Farmacia de pedidos por correo: 20% de <u>coseguro</u>	Farmacia minorista: Sin cobertura Farmacia de pedidos por correo: Sin cobertura	Un suministro de 1 a 31 días en farmacia minorista - Mínimo de \$35.00 Farmacia de pedidos por correo - Mínimo de \$70.00 Un suministro de hasta 31 días en una farmacia minorista. Un suministro de hasta 90 días en una farmacia de pedidos por correo. Es posible que ciertos medicamentos requieran <u>preautorización</u> . Se debe cumplir el <u>deducible</u> antes de que se aplique el <u>copago</u>
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Farmacia minorista: 20% de <u>coseguro</u> Farmacia de pedidos por correo: 20% de <u>coseguro</u>	Farmacia minorista: Sin cobertura Farmacia de pedidos por correo: Sin cobertura	Un suministro de 1 a 31 días en farmacia minorista - Mínimo de \$60.00 Farmacia de pedidos por correo - Mínimo de \$120.00 Un suministro de hasta 31 días en una farmacia minorista. Un suministro de hasta 90 días en una farmacia de pedidos por correo. Es posible que ciertos medicamentos requieran <u>preautorización</u> . Se debe cumplir el <u>deducible</u> antes de que se aplique el <u>copago</u>
	<u>Medicamentos especializados</u> (Nivel 4)	20% de <u>coseguro</u> - se deben obtener a través de OptumRx Specialty Pharmacy		Mínimo de \$100.00 Un suministro de hasta 31 días en una farmacia especializada. Es posible que ciertos medicamentos requieran <u>preautorización</u> . Se debe cumplir el <u>deducible</u> antes de que se aplique el <u>copago</u> .
Si le realizan una cirugía para pacientes ambulatorios	Tarifa del centro médico (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500.00 de multa.
	Honorarios del médico/ cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidado en la sala de emergencias</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	20% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado de urgencia</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
En caso de una estadía en el hospital	Tarifa del centro médico (por ejemplo, habitación de hospital)	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500.00 de multa.
	Honorarios del médico/ cirujano	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna

Evento Médico Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo que Pagará Usted		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		<u>Proveedor de la Red</u> (Usted pagará el mínimo)	<u>Proveedor Fuera de la Red</u> (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, servicios de salud del comportamiento o servicios para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir ciertos servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500.00 de multa.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios en un centro para pacientes hospitalizados fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500.00 de multa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para estadías como paciente hospitalizada que excedan las 48 horas para un parto natural o 96 horas para una cesárea, o se aplican \$500.00 de multa. No se aplica un <u>costo compartido</u> a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . El cuidado de maternidad podría incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el parto	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
	Servicios del centro para el parto	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Cuidado de asistencia médica a domicilio</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se limita a 60 visitas por cada año calendario para <u>Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio</u> . Se requiere <u>preautorización</u> para recibir ciertos servicios de <u>Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio</u> (cuidado de enfermería especializada a cargo de una enfermera titulada [registered nurse, RN] o una enfermera de práctica con licencia [licensed practical nurse, LPN]) fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500.00 de multa.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de habilitación</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado de enfermería especializada</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se limita a 60 días por cada año calendario. Se requiere <u>preautorización</u> para recibir servicios fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500.00 de multa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para recibir equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) fuera de la <u>red</u> que exceda \$1,000, o se aplican \$500.00 de multa.
	<u>Servicios de cuidados para enfermos terminales</u>	Sin cargo después del deducible	Sin cargo después del deducible	Se requiere <u>preautorización</u> antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados para enfermos terminales fuera de la <u>red</u> , o se aplican \$500.00 de multa.
Si su hijo necesita cuidado dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	El examen de la vista de rutina para niños no está cubierto.
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Los anteojos para niños no están cubiertos.
	Examen dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	El examen dental para niños no está cubierto.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que Su <u>Plan</u> Generalmente NO Cubre (Para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u> , consulte el documento de su póliza o <u>plan</u> .)		
• Acupuntura • Examen de la vista de rutina para adultos (por ejemplo, refracción) • Cirugía Bariátrica • Cirugía Estética	• Cuidado Dental (adultos) • Tratamiento de la infertilidad • Cuidado a largo plazo	• Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos • Cuidado de los pies de rutina • Programas para bajar de peso
Otros Servicios Cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su <u>plan</u> .)		
• Cuidado quiropráctico	• Aparatos auditivos	• Servicios de enfermería privada

Sus Derechos a Continuar con la Cobertura: Si usted desea continuar con su cobertura después de que termine, hay agencias que pueden ayudar. La información de contacto de dichas agencias es la siguiente: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o en <https://www.dol.gov/ebsa/healthreform>. Es posible que usted también disponga de otras opciones de cobertura, por ejemplo, comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov/ o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a Presentar Quejas Formales y Apelaciones: Hay agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan sobre la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, examine la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o para recibir ayuda, comuníquese con: el 1-844-587-8503 o visite www.myuhc.com; o la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona Cobertura Esencial Mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y cierta otra cobertura. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no cumpla los requisitos para el crédito fiscal para la prima.

¿Este plan cumple las Normas de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple las Normas de Valor Mínimo, es posible que usted cumpla los requisitos para recibir un crédito fiscal para la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de Acceso en Otros Idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-587-8503.

Traditional Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-844-587-8503.

Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-844-587-8503.

Pennsylvania Dutch (Deutsch): Fer Hilf griegie in Deutsch, ruf 1-844-587-8503 uff.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-587-8503.

Samoan (Gagana Samoa): Mo se fesoasoani i le Gagana Samoa, vala'au mai i le numera telefoni 1-844-587-8503.

Carolinian (Kapasal Falawasch): ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-844-587-8503.

Chamorro (CHamoru): Para un ma ayuda gi finu CHamoru, a'gang 1-844-587-8503.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica, consulte la próxima sección.*—————



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos reflejados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir el cuidado médico. Sus costos reales serán diferentes según el cuidado real que usted reciba, los precios que le cobren sus proveedores y muchos otros factores. Preste atención a los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que usted podría pagar en diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en una cobertura individual.

Peg Tendrá un Bebé
(9 meses de cuidado prenatal y parto en un hospital dentro de la red)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$3,500.00
■ <u>Coseguro</u> por <u>especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio de un especialista (*cuidado prenatal*)
Servicios Profesionales para el Parto
Servicios del Centro para el Parto
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Visita a un especialista (*anestesia*)

Ejemplo de Costo Total	\$12,700
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,500.00
<u>Copagos</u>	\$0.00
<u>Coseguros</u>	\$1,800.00
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60.00
Total que pagaría Peg	\$5,360.00

Manejo de la Diabetes Tipo 2 de Joe
(un año de cuidado de rutina dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$3,500.00
■ <u>Coseguro</u> por <u>especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario (*incluye información educativa sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Ejemplo de Costo Total	\$5,600
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$3,500.00
<u>Copagos</u>	\$0.00
<u>Coseguros</u>	\$400.00
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20.00
Total que pagaría Joe	\$3,920.00

Fractura Simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y cuidado médico de seguimiento dentro de la red)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$3,500.00
■ <u>Coseguro</u> por <u>especialista</u>	20%
■ <u>Coseguro</u> por el hospital (centro)	20%
■ Otro <u>coseguro</u>	20%

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

Ejemplo de Costo Total	\$2,800
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<u>Costo compartido</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,800.00
<u>Copagos</u>	\$0.00
<u>Coseguros</u>	\$0.00
<u>Qué no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0.00
Total que pagaría Mia	\$2,800.00

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

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles.

Correo Electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para solicitar que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número gratuito que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

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

Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Teléfono: Número gratuito 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número que se encuentra en este Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que aparece en este Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打本福利和承保摘要 (Summary of Benefits and Coverage, SBC) 內所列的免付費電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ghi trong bản Tóm lược về quyền lợi và đài thọ bảo hiểm (Summary of Benefits and Coverage, SBC) này.

알림: 한국어 (**Korean**)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 본 혜택 및 보장 요약서 (Summary of Benefits and Coverage, SBC)에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numerong nakalista sa Buod na ito ng Mga Benepisyo at Saklaw (Summary of Benefits and Coverage o SBC).

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному в данном «Обзоре льгот и покрытия» (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج بداخل مخلص المزايا والتغطية (SBC، Summary of Benefits and Coverage) هذا.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki nan Rezime avantaj ak pwoteksyon sa a (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d’aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro sans frais figurant dans ce Sommaire des prestations et de la couverture (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany w niniejszym Zestawieniu świadczeń i refundacji (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número gratuito listado neste Resumo de Benefícios e Cobertura (Summary of Benefits and Coverage - SBC).

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l’**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamate il numero verde indicato all'interno di questo Sommario dei Benefit e della Copertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die in dieser Zusammenfassung der Leistungen und Kostenübernahmen (Summary of Benefits and Coverage, SBC) angegebene gebührenfreie Rufnummer an.

注意事項：日本語 **(Japanese)** を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。本「保障および給付の概要」(Summary of Benefits and Coverage, SBC)に記載されているフリーダイヤルにてお電話ください。

توجه: اگر زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگان ذکر شده در این خلاصه مزایا و پوشش (Summary of Benefits and Coverage, SBC) تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। लाभ और कवरेज (Summary of Benefits and Coverage, SBC) के इस सारांश के भीतर सूचीबद्ध टोल फ्री नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu dawb teev muaj nyob ntawm Tsab Ntawv Nthuav Qhia Cov Txiaj Ntsim Zoo thiab Kev Kam Them Nqi (Summary of Benefits and Coverage, SBC) no.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)** សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតចេញថ្លៃ ដែលមានកក់នៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រង (Summary of Benefits and Coverage, SBC) នេះ។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan ti awan bayad na nu tawagan nga numero nga nakalista iti uneg na daytoy nga Dagup dagiti Benipisyo ken Pannakasakup (Summary of Benefits and Coverage, SBC).

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yánilti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shqoqdí Naaltsoos Bee 'Aa'ahayání dóo Bee 'Ak'é'asti' Bee Baa Hane'í (Summary of Benefits and Coverage, SBC) biyi' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka bilaashka ah ee ku yaalla Soo-koobitaanka Dheefaha iyo Caymiska (Summary of Benefits and Coverage, SBC).