



## 2023 Ben E. Keith Company Avisos anuales

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

Estos Avisos se incluyen en las siguientes páginas:

2023 Medicare Parte D Avisos de medicamentos recetados	Páginas 2-3
Derechos de la mujer sobre la salud y el cáncer	Página 4
Protección de la salud de los recién nacidos y las madres	Página 4
Derechos especiales de inscripción de HIPAA	Página 4
Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)	Página 5
Informe Anual Resumido del Plan de Previsión Social de la Empresa	Página 7
Aviso de Financiamiento Anual del Plan de Retiro para Empleados	Página 8-11
Informe Anual Resumen del Plan de Ahorro para el Retiro	Página 12

También le recordamos otros Avisos importantes que ya ha recibido o que se incluyen en este documento, incluidos:

Derechos de continuación de cobertura bajo COBRA	Página 6
Privacidad y seguridad de HIPAA	Página 6
Números de Seguro Social de los Miembros de la Familia	Página 6
Sobre los resúmenes de beneficios y cobertura	Página 6
Resúmenes de beneficios y cobertura de UHC	Página 13-23

Revise esta información y guárdela con sus otras comunicaciones importantes sobre beneficios. Esta información siempre está disponible en el portal de beneficios de Ben E. Keith Company en [bek.family](#) bajo **Resources > Plan documents & policies**.

Para obtener más información, comuníquese con el Equipo de beneficios corporativos al 1-817-877-5700.

## **AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE PARA 2023: PLAN MÉDICO BEK PPO**

Lea este Aviso detenidamente, ya que este Aviso contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados bajo el Plan Médico Ben E. Keith PPO (el "Plan Médico BEK PPO") y sobre sus opciones bajo 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 considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos se encuentra al final de este Aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe a un plan de medicamentos recetados de Medicare o se inscribe a un plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Ben E. Keith ha determinado que, en promedio, para todos los participantes del plan, se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico BEK PPO pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que la cobertura del Plan Médico BEK PPO es una Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

### **¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados del plan médico BEK PPO, 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 sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura de su Compañía no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por Plan Médico BEK PPO, el Plan Médico BEK PPO 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 en segundo lugar, consulte la Descripción resumida del plan del plan médico BEK PPO (SPD) o comuníquese con Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de PPO, es posible que pueda volver a inscribirse en un plan médico de Ben E. Keith durante una inscripción anual futura o dentro de los 31 días calendario posteriores a un evento de vida calificado.

### **¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura del plan médico BEK PPO 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 deba pagar una prima más alta (una multa) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima de beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19% más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

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

Consulte la Descripción resumida del plan (SPD) del plan médico BEK PPO o llame al Equipo de beneficios corporativos al 1-817-877-5700.

**Nota:** Recibirá este Aviso cada año y si cambia su cobertura médica. Puede encontrar una copia de este Aviso en cualquier momento en la sección **Resources** en [bek.family](http://bek.family).

### **Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...**

Hay información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden contactarlo directamente. Para más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [medicare.gov](http://medicare.gov).
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud para obtener ayuda personalizada. Busque el número de su estado en el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y usted."
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov) o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**¡IMPORTANTE! Guarde este Aviso de Cobertura Acreditable de 2023.** Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este Aviso cuando se inscriba para demostrar si mantuvo una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

**Fecha del Aviso:** 1 de octubre de 2022

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

**Equipo de Beneficios Corporativos:** 1-817-877-5700

## **AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE PARA 2023: PLAN MÉDICO BEK HSA**

Lea este Aviso detenidamente, ya que este Aviso contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados en virtud del Plan Médico de la Cuenta de Ahorros de Salud Ben E. Keith (el "Plan Médico BEK HSA") y sobre sus opciones en virtud de 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 considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este Aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o se une a un plan Medicare Advantage que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Ben E. Keith ha determinado que, en promedio, para todos los participantes del plan, se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan médico BEK HSA pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que la cobertura del plan médico BEK HSA es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

### **¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare 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 BEK HSA, 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 sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

Si decide inscribirse en 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 BEK HSA, el Plan Médico BEK HSA 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 en segundo lugar, consulte la descripción resumida del plan médico de BEK HSA (SPD) o comuníquese con Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura HSA actual, es posible que pueda volver a inscribirse en un plan médico de Ben E. Keith durante una inscripción anual futura o dentro de los 31 días calendario posteriores a un evento de vida calificado.

### **¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura del plan médico BEK HSA 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 deba pagar una prima más alta (una multa) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima de beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19% más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

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

Consulte la descripción resumida del plan (SPD) del plan médico BEK HSA o llame al equipo de beneficios corporativos al 1-817-877-5700.

**Nota:** Recibirá este Aviso cada año y si cambia su cobertura médica. Puede encontrar una copia de este Aviso en cualquier momento en la sección de **Resources** de [bek.family](http://bek.family).

### **Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...**

Hay información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden contactarlo directamente. 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 con el Seguro de Salud para obtener ayuda personalizada. Busque el número de su estado en el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y usted".

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov) o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**¡IMPORTANTE!** Guarde este **Aviso de Cobertura Acreditable de 2023**. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este Aviso cuando se inscriba para demostrar si mantuvo una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

**Fecha del Aviso:** 1 de octubre de 2022

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

**Equipo de Beneficios Corporativos:** 1-817-877-5700

## DERECHOS DE LA MUJER SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998.

Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se brindará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía,
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica,
- Prótesis, y
- 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 provistos bajo la opción médica de Ben E. Keith en la que está inscrito. Para obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan (SPD) en la sección **Resources > Plan documents & policies** en [bek.family](#) o llame a UnitedHealthcare al 1-844-587-8503.

## PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO Y DE LA MADRE

Según la Ley de Protección de la Salud del Recién nacido y de la Madre de 1996, los planes de salud grupales generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende al recién nacido o la madre, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda).

Además, los planes pueden no requerir que un proveedor obtenga autorización previa del plan para ordenar una hospitalización más larga, siempre que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

Para obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan (SPD) en la sección **Resources > Plan documents & policies** en [bek.family](#) o llame a UnitedHealthcare al 1-844-587-8503.

## DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN DE HIPAA

Si rechaza la inscripción en un plan médico de Ben E. Keith para usted o los miembros de su familia elegibles (su cónyuge e hijos) porque tiene otro seguro médico o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y los miembros elegibles de su familia en un plan médico de Ben E. Keith si usted o los miembros de su familia pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus familiares). Sin embargo, **debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días calendario** posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o 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 de la familia como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted y los miembros de su familia elegibles en una opción médica de Ben E. Keith, siempre que sea elegible. Sin embargo, **debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días calendario** posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Si pierde la cobertura de su plan estatal de Medicaid o del Programa de seguro médico para niños (CHIP), o si se vuelve elegible para recibir asistencia con las primas de su plan estatal de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y los miembros de su familia elegibles en un plan médico de Ben E. Keith. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha del evento. (Consulte el Aviso del "Programa de seguro médico para niños (CHIP)" para obtener más información).

Para solicitar una inscripción especial, consulte a su Gerente de Recursos Humanos o Gerente de Oficina o comuníquese con el Equipo de Beneficios Corporativos al 1-817-877-5700.

## ASISTENCIA PARA LA PRIMA BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con la prima que puede ayudarlo a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con la prima, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. 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 enumeran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si la asistencia con la prima está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque 1-877-KIDS NOW o visite [insurekidsnow.gov](http://insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte en 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 con la prima de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles para el plan médico de Ben E. Keith, debemos permitirle inscribirse si aún no lo está. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días calendario posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia con la prima.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en un plan médico de Ben E. Keith, consulte a su Gerente de Recursos Humanos o Gerente de Oficina, o comuníquese con el Equipo de Beneficios Corporativos al 1-817-877-5700. 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 recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

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

**Colorado** – Medicaid and CHP+  
<http://www.healthfirstcolorado.com/>  
1-800-221-3943/State Relay 711  
CHP+: <http://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus>  
1-800-359-1991/State Relay 711  
Health Insurance Buy-In: <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program>  
1-855-692-6442

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

**Kansas** – Medicaid  
<http://www.kancare.ks.gov>  
1-800-792-4884

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

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

**Oklahoma** – Medicaid and CHIP  
<http://www.insureoklahoma.org>  
1-888-365-3742

**Texas** – Medicaid  
<http://gethipptexas.com/>  
1-800-440-0493

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia con la prima desde el 31 de julio de 2022, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

U.S. Department of Labor Employee Benefits Security Administration  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

o

U.S. Department of Health and Human Services  
Centers for Medicare & Medicaid Services  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

## RECORDATORIO IMPORTANTE: REVISE LOS AVISOS QUE YA HAYA RECIBIDO

### DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA

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

Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, revise el Aviso de derechos de COBRA que se le proporcionó cuando se convirtió en elegible por primera vez. También puede encontrar información en la Descripción resumida del plan (SPD) del plan en la sección **Resources > Plan documents & policies** del plan de [bek.family](#) o poniéndose en contacto con su Gerente de Recursos Humanos o Gerente de Oficina.

### PRIVACIDAD Y SEGURIDAD DE HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 exige que los planes de salud cumplan con las normas de privacidad.

Estas reglas están destinadas a proteger su información personal de salud para que no se use o divulgue de manera inapropiada. Las reglas también le otorgan derechos adicionales relacionados con el control de su propia información de atención médica.

El Aviso de Prácticas de Privacidad de Ben E. Keith Company HIPAA explica cómo el Plan de Beneficios de Bienestar de Ben E. Keith Company puede y no puede usar y compartir su información de salud protegida y cómo puede ejercer sus derechos de privacidad de salud. También explica nuestra obligación de notificarle después de una violación de la información de salud protegida no segura. Estamos obligados a notificarle la disponibilidad de este Aviso cada tres años.

Para obtener una copia del Aviso más reciente, vaya a **Resources > Plan documents & policies** sección de [bek.family](#) o comuníquese con el equipo de Beneficios Corporativos al 1-817-877-5700.

### NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE LOS FAMILIARES

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

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

Si aún no proporcionó el número de Seguro Social (u otro número de identificación de contribuyente) para cada uno de los miembros de su familia inscritos, agréguelo a su información cuando se inscriba durante la Inscripción Anual o cuando solicite cobertura para un miembro de la familia después de un cambio de estado calificado. Si hay demoras en obtener un número de Seguro Social, consulte a su Gerente de Recursos Humanos o Gerente de Oficina o comuníquese con el Equipo de Beneficios Corporativos al 1-817-877-5700.

### RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

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

Los SBC de 2023 para el plan médico Ben E. Keith PPO y el plan médico BEK HSA se incluyen en las páginas 13 a 23 de este documento. Si tiene preguntas sobre estos resúmenes o desea una copia adicional, vaya a **Resources > Plan documents & policies** sección de [bek.family](#) o comuníquese con el Equipo de Beneficios Corporativos al 1-817-877-5700.



## INFORME ANUAL RESUMIDO 2021 PARA EL PLAN DE BENEFICIOS DE BIENESTAR DE LA EMPRESA BEN E. KEITH

Este es un resumen del informe anual del Plan de Beneficios de Bienestar de Ben E. Keith Company, EIN 75-0372230, Plan No. 502, para el período del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021. El informe anual ha sido presentado ante el Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., según lo exige la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA).

Ben E. Keith Company se ha comprometido a pagar ciertos reclamos médicos autofinanciados incurridos según los términos del Plan.

### **Información de Seguros**

El Plan tiene contratos con Metropolitan Life Insurance Company (PPO dental); National Guardian Life Insurance Company (visión); SafeGuard Health Plans, Inc., una corporación de Texas (DHMO dental); Blue Cross and Blue Shield de Alabama; y Unum Life Insurance Company of America (vida/AD&D de empleado, cónyuge e hijos) para pagar las reclamaciones médicas, dentales, de la vista y de vida/AD&D incurridas según los términos del Plan. Las primas totales pagadas por el año del plan que terminó el 31 de diciembre de 2021 fueron de \$10,155,098.

Debido a que son los llamados contratos "calificados por experiencia", los costos de las primas se ven afectados, entre otras cosas, por la cantidad y el tamaño de las reclamaciones. Del total de primas de seguro pagadas para el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2021, las primas pagadas en virtud de dichos contratos "calificados por experiencia" fueron de \$2,607,359 y el total de todas las reclamaciones de beneficios pagadas en virtud de estos contratos durante el año del plan fue de \$1,822,522.

### **Sus derechos a información adicional**

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

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

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 en el Departamento de Trabajo de los EE. UU. en Washington, D.C., o para obtener una copia del Departamento de Trabajo de los EE. UU. previo pago de los costos de copia. Las solicitudes al Departamento deben dirigirse a:

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



**AVISO DE FINANCIAMIENTO ANUAL 2022  
PLAN DE JUBILACIÓN PARA EMPLEADOS DE BEN E. KEITH COMPANY Y SUS FILIALES**

Este Aviso incluye información importante sobre el estado de los fondos de su plan de pensiones de empleador único ("el Plan"). También incluye información general sobre los pagos de beneficios garantizados por Pension Benefit Guaranty Corporation ("PBGC"), una agencia federal de seguros. Todos los planes de pensión tradicionales (llamados "planes de pensión de beneficios definidos") deben proporcionar este Aviso todos los años, independientemente de su estado de financiación. Este Aviso no significa que el Plan está terminando. Se proporciona con fines informativos y no está obligado a responder de ninguna manera. Este Aviso es requerido por la ley federal. Este Aviso es para el año del plan que comienza el 1 de julio de 2021 y finaliza el 30 de junio de 2022 ("Año del plan").

**¿Qué tan bien financiado está su plan?**

La ley requiere que el administrador del Plan le diga qué tan bien está financiado el Plan, usando una medida llamada "porcentaje de logro del objetivo de financiación". El Plan divide sus Activos Netos del Plan por los Pasivos del Plan para obtener este porcentaje. En general, cuanto mayor sea el porcentaje, mejor financiado el plan. El Porcentaje de Logro del Objetivo de Financiamiento del Plan para el Año del Plan y cada uno de los dos años anteriores del plan se muestra en el cuadro a continuación, así como también cómo se calculó el porcentaje.

<b>Porcentaje de cumplimiento de la meta de financiamiento</b>			
	<b>2021</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>
<b>1. Fecha de la valoración</b>	1/7/2021	1/7/2020	1/7/2019
<b>2. Activos del plan</b>			
a. Activos totales del plan	\$581,617,175	\$560,538,562	\$449,444,911
b. Saldo traspasado estándar de financiación	\$0	\$0	\$0
c. Saldo de prefinanciación	\$75,433,112	\$70,564,183	\$61,499,201
d. Activos Netos del Plan (a) – (b) – (c) = (d)	\$506,184,063	\$489,974,379	\$437,945,710
<b>3. Pasivos del plan</b>	\$355,475,056	\$340,405,107	\$319,723,221
<b>4. Porcentaje de logro del objetivo de financiación 2d) / (3)</b>	142.39%	143.93%	136.97%

**Activos del plan y pasivos crediticios**

El cuadro anterior muestra ciertos "saldos de crédito" llamados Saldo de traspaso estándar de financiación y Saldo de prefinanciación. Un plan puede tener un saldo acreedor, por ejemplo, si en un año anterior un empleador aportó dinero al plan por encima del nivel mínimo requerido por la ley. Generalmente, un empleador puede acreditar el exceso de dinero hacia el nivel mínimo de contribuciones requeridas por ley que debe realizar en años futuros. Los planes deben restar estos saldos de crédito de los Activos totales del plan para calcular su Porcentaje de consecución del objetivo de financiación.

**Pasivos del plan**

Los Pasivos del Plan en la línea 3 del cuadro anterior son estimaciones de la cantidad de activos que el Plan necesita en la Fecha de Valoración para pagar por los beneficios prometidos bajo el plan.

**Activos y pasivos de fin de año**

Los valores de los activos en el cuadro anterior se miden a partir del primer día del Año del Plan. Al 30 de junio de 2022, el valor justo de mercado de los activos del Plan era de \$451,888,270. A esta misma fecha, el pasivo del Plan, determinado con tasas de mercado, ascendía a \$427,733,682.

### **Información suplementaria**

La Ley de Avance para el Progreso en el Siglo XXI, la Ley de Financiamiento de Carreteras y Transporte de 2014 y la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2015 nos exigen proporcionar la siguiente información complementaria. Estas leyes federales cambiaron la forma en que los planes de pensiones calculan sus obligaciones. Antes de 2012, los planes de pensiones determinaban sus pasivos utilizando un promedio de dos años de las tasas de interés. Ahora los planes de pensiones también deben tener en cuenta un promedio de 25 años de tasas de interés. Esto significa que las tasas de interés probablemente serán más altas y los pasivos del plan más bajos de lo que eran bajo la ley anterior. Como resultado, su empleador puede contribuir menos dinero al plan en un momento en que las tasas de interés del mercado están en mínimos históricos o cerca de ellos.

El siguiente cuadro compara el efecto de usar tasas de interés basadas en el promedio de 25 años (las "tasas de interés ajustadas") y tasas de interés basadas en un promedio de dos años del Plan: (1) Porcentaje de consecución del objetivo de financiación; (2) déficit de financiación; y (3) Aporte Mínimo Requerido. El porcentaje de consecución del objetivo de financiación de un plan es una medida de qué tan bien se financia el plan en una fecha determinada. El déficit de financiación es la cantidad por la que los pasivos superan los activos netos del plan. La contribución mínima requerida es la cantidad de dinero que un empleador está obligado por ley a contribuir a un plan para un año determinado.

La siguiente tabla muestra esta información determinada con y sin las tasas de interés ajustadas. La información se proporciona para el Año del Plan y para cada uno de los dos años del plan anteriores, si corresponde.

	2021		2020		2019	
	Con tasas de interés ajustadas	Sin tasas de interés ajustadas	Con tasas de interés ajustadas	Sin tasas de interés ajustadas	Con tasas de interés ajustadas	Sin tasas de interés ajustadas
<b>Porcentaje de consecución de la meta de financiación</b>	142.39%	94.01%	143.93%	108.31%	136.97%	107.98%
<b>Déficit de financiación</b>	\$0	\$32,209,235	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Contribución mínima requerida</b>	\$0	\$15,478,982	\$0	\$0	\$0	\$0

### **Información del participante**

El número total de participantes y beneficiarios cubiertos por el Plan en la Fecha de Valoración era de 5,488. De este número, 2,979 eran empleados actuales, 979 estaban jubilados y recibían beneficios y 1,530 ya no trabajaban para el empleador y tienen derecho a beneficios futuros.

### **Políticas de financiación e inversión**

Todo plan de pensiones debe contar con un procedimiento para establecer una política de financiamiento de los objetivos del plan. Una política de financiación se relaciona con cuánto dinero se necesita para pagar los beneficios prometidos. Nuestra política es financiar nuestro plan calificado de beneficios definidos sobre una base actuarial para acumular activos suficientes para cumplir con los beneficios que se pagarán de acuerdo con los requisitos de ERISA.

Los planes de pensiones también tienen políticas de inversión. Por lo general, son pautas escritas o instrucciones generales para tomar decisiones de gestión de inversiones. Buscamos mantener el estado de financiado enfocándonos en que el crecimiento de los activos esté en línea con el crecimiento de los pasivos. Este enfoque emplea una combinación combinada de inversiones de renta fija, incluidos bonos, e inversiones que buscan rendimientos, incluidos valores de renta variable, crédito de activos múltiples y bienes raíces. Dado el objetivo principal de mantener el estado de financiado del Plan, existe un compromiso significativo con los bonos y otros instrumentos que devengan intereses, que proporcionan un nivel razonable de ingresos y tienen un efecto moderador sobre la volatilidad del estado de financiado. La porción de bonos de la cartera enfatiza el crédito de larga duración y alta calidad y los bonos del gobierno que tenderán a tener un desempeño similar al de los pasivos del Plan. Por lo general, nuestro objetivo es invertir aproximadamente el 80% de los activos del Plan en renta fija. El resto se invierte en acciones y otras clases de activos que buscan rendimiento, con un rango de liquidez (efectivo) de 1% a 5%.

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

<b>Asignaciones de activos al 30 de junio de 2022</b>	<b>Porcentaje</b>
Acciones	19.7%
Instrumentos de deuda de confiabilidad	69.0%
Bienes raíces	7.6%
Otro	3.7%

## Derecho a Solicitar una Copia del Informe Anual

Los planes de pensiones deben presentar informes anuales ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos. El informe se llama "Formulario 5500". Estos informes contienen información financiera y de otro tipo. Puede obtener una copia electrónica del informe anual de su Plan en [www.efast.dol.gov](http://www.efast.dol.gov) utilizando la herramienta de búsqueda. Los informes anuales también están disponibles en el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos: US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration's Public Disclosure Room en 200 Constitution Avenue, NW, Room N-1513, Washington, DC 20210, o llamando al 1-202-693-8673. O puede obtener una copia del informe anual del Plan mediante una solicitud por escrito al administrador del plan. Los informes anuales no contienen información personal, como la cantidad de sus beneficios acumulados. Puede comunicarse con el administrador de su plan si desea obtener información sobre sus beneficios acumulados. El administrador de su plan es Ben E. Keith Company.

## Resumen de las reglas que rigen la terminación de los planes de un solo empleador

Si un plan termina, existen reglas específicas de terminación que deben seguirse según la ley federal.

Hay dos formas en que un empleador puede terminar su plan de pensiones. Primero, el empleador puede cancelar un plan en una "terminación estándar", pero solo después de demostrarle a la PBGC que dicho plan tiene suficiente dinero para pagar todos los beneficios adeudados a los participantes. Bajo una terminación estándar, un plan debe comprar una anualidad de una compañía de seguros (que le proporcionará beneficios de jubilación periódicos, como mensualmente de por vida o, si lo elige, por un período de tiempo determinado cuando se jubile) o, si el plan permite y usted elige emitir un pago global que cubra todo su beneficio. El administrador de su plan debe darle un aviso por adelantado que identifique la compañía (o compañías) de seguros seleccionada para proporcionar la anualidad. La garantía de PBGC finaliza con la compra de una anualidad o el pago de la suma global. Si el plan compra una anualidad para usted de una compañía de seguros y esa compañía no puede pagar, la asociación de garantía estatal aplicable garantiza la anualidad en la medida autorizada por la ley de ese estado.

En segundo lugar, si el plan no está completamente financiado, el empleador puede solicitar una terminación por dificultades. Sin embargo, para hacerlo, el empleador debe tener dificultades financieras y demostrar ante un tribunal de quiebras o ante la PBGC que el empleador no puede permanecer en el negocio a menos que se cancele el plan. Si se concede la solicitud, PBGC se hará cargo del plan como fideicomisario y pagará los beneficios del plan, hasta los límites legales, utilizando los activos del plan y los fondos de garantía de PBGC.

En determinadas circunstancias, la PBGC puede tomar medidas por su cuenta para cancelar un plan de pensión. La mayoría de las terminaciones iniciadas por PBGC ocurren cuando PBGC determina que la terminación del plan es necesaria para proteger los intereses de los participantes del plan o del programa de seguro de PBGC. La PBGC puede hacerlo si, por ejemplo, un plan no tiene suficiente dinero para pagar los beneficios adeudados actualmente.

## Pagos de beneficios garantizados por la PBGC

Cuando la PBGC se hace cargo de un plan, paga los beneficios de pensión a través de su programa de seguro. Solo se garantizan los beneficios a los que se ha ganado el derecho de recibir y que no se pueden perder (llamados beneficios adquiridos). La mayoría de los participantes y beneficiarios reciben todos los beneficios de pensión que habrían recibido bajo su plan, pero algunas personas pueden perder ciertos beneficios que no están garantizados. El monto de los beneficios que garantiza PBGC se determina a partir de la fecha de terminación del plan. Sin embargo, si un plan finaliza durante la quiebra del patrocinador del plan, entonces el monto garantizado se determina a partir de la fecha en que el patrocinador entró en quiebra.

La garantía de beneficio máximo de PBGC está establecida por ley y se actualiza cada año calendario. Para un plan con fecha de finalización o fecha de quiebra del patrocinador, según corresponda, en 2022 la garantía máxima es de \$6,205 por mes, o \$74,455 por año, para un beneficio pagado a un jubilado de 65 años sin beneficio de sobreviviente. Si un plan finaliza durante la quiebra del patrocinador del plan, la garantía máxima se fija a partir del año calendario en el que el patrocinador entró en quiebra. La garantía máxima es más baja para una persona que comienza a recibir beneficios de PBGC antes de los 65 años, lo que refleja el hecho de que se espera que los jubilados más jóvenes reciban más cheques de pensión mensuales durante su vida. De manera similar, la garantía máxima es más alta para una persona que comienza a recibir beneficios de PBGC después de los 65 años. La garantía máxima por edad se puede encontrar en el sitio web de PBGC, [www.pbgc.gov](http://www.pbgc.gov). La cantidad garantizada también se reduce si se proporcionará un beneficio a un sobreviviente del participante del plan.

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

- Prestaciones de pensión a la edad normal de jubilación;
- La mayoría de los beneficios de jubilación anticipada;
- Beneficios de anualidad para los sobrevivientes de los participantes del plan; y
- Beneficios por discapacidad por una discapacidad que ocurrió antes de la fecha en que finalizó el plan o la fecha en que el patrocinador entró en bancarrota, según corresponda.

La PBGC no garantiza ciertos tipos de beneficios:

- La PBGC no garantiza beneficios para los cuales usted no tiene derechos adquiridos, generalmente porque no ha trabajado suficientes años para la compañía.
- PBGC no garantiza beneficios para los cuales usted no haya cumplido con todos los requisitos de edad, servicio u otros.
- No se garantizan los aumentos de beneficios y los nuevos beneficios que han estado vigentes por menos de un año. Los que tienen menos de cinco años están garantizados solo en parte.
- Es posible que no se garanticen los pagos de jubilación anticipada que sean mayores que los pagos a la edad normal de jubilación. Por ejemplo, es posible que no se garantice un beneficio complementario que finaliza cuando usted es elegible para el Seguro Social.
- No se garantizan beneficios distintos a los beneficios de pensión, como seguro médico, seguro de vida, beneficios por fallecimiento, pago de vacaciones o indemnización por despido.
- La PBGC generalmente no paga sumas globales que excedan los \$5,000.

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

Para obtener información general adicional sobre PBGC y las garantías del programa de seguro de pensión, consulte las "Preguntas frecuentes generales sobre PBGC" en el sitio web de PBGC en [www.pbgc.gov/generalfaq](http://www.pbgc.gov/generalfaq). Comuníquese con su empleador o administrador del plan para obtener información específica sobre su plan de pensión o beneficio de pensión. PBGC no tiene esa información.

### **Dónde obtener más información**

Para obtener más información acerca de este Aviso, puede comunicarse con el Equipo de Beneficios Corporativos al 1-817-877-5700.

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



## INFORME ANUAL RESUMIDO 2021 PLAN DE AHORRO PARA LA JUBILACIÓN DE BEN E. KEITH

Este es un resumen del informe anual del Plan de ahorro para la jubilación Ben E. Keith (Número de identificación de empleador 75-0372230, Número de plan 002) para el año del plan del 1 de julio de 2020 al 30 de junio de 2021. El informe anual se ha presentado ante la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, según lo exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).

### **Estado Financiero Básico**

Los beneficios bajo el Plan son proporcionados por un fondo fiduciario. Los gastos del plan fueron de \$19,701,002. Estos gastos incluyeron \$282,953 en gastos administrativos y \$19,266,352 en beneficios pagados a participantes y beneficiarios, \$151,697 en ciertas distribuciones estimadas y/o correctivas y \$0 en otros gastos. Un total de 5,466 personas eran participantes o beneficiarios del Plan al final del año del Plan, aunque no todas estas personas habían ganado aún el derecho a recibir beneficios.

El valor de los activos del Plan, después de restar los pasivos del Plan, fue de \$240,538,233 al final del año del plan, en comparación con \$174,403,463 al comienzo del año del Plan. Durante el año del Plan, el Plan experimentó un cambio en sus activos netos de \$66,134,770. Este cambio incluye apreciación o depreciación no realizada en el 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 comienzo del año o el costo de los activos adquiridos durante el año. El Plan tuvo un ingreso total de \$85,835,772, incluyendo contribuciones del empleador de \$19,613,283, contribuciones de los empleados de \$17,977,465, otras contribuciones/otros ingresos de \$1,583,987 y ganancias de inversiones de \$46,661,037.

### **Sus derechos a la información adicional**

Tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo, cualquier parte del mismo, previa solicitud. El informe incluye un informe contable, información financiera e información sobre pagos a proveedores de servicios, activos mantenidos para inversión e información sobre fideicomisos comunes o colectivos, cuentas separadas agrupadas, fideicomisos maestros o entidades de inversión 103-12 en las que participa el Plan.

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

También tiene derecho a recibir del administrador del Plan, previa solicitud y sin cargo, un estado de los activos y pasivos del plan y las notas adjuntas, o un estado de ingresos y gastos del plan y las notas adjuntas, o ambos. Si solicita una copia del informe anual completo al administrador del Plan, estas dos declaraciones y las notas adjuntas se incluirán como parte de ese 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 Departamento de Trabajo de los EE. UU. en Washington, D.C., o para obtener una copia del Departamento de Trabajo de los EE. UU. previo pago de los costos de 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



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llamando al 1-866-734-7670 o vaya a [welcometouhc.com](http://welcometouhc.com). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.cciio.cms.gov.com](http://www.cciio.cms.gov.com) o llamar al 1-866-487-2365 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Red: <b>\$3,000</b> Individual / <b>\$6,000</b> Familia Fuera de la red: <b>\$5,600</b> individual / <b>\$11,200</b> familiar Por año calendario.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados 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 alcanzar su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> anual. Pero 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 alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de 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 tiene que cumplir con <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Red: <b>\$6,450</b> Individual / <b>\$12,900</b> Familia Fuera de la red: <b>\$12,900</b> Individual / <b>\$25,800</b> familia Por año calendario.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el <u>límite de gastos de bolsillo</u> de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación del saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y multas por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visite <a href="http://myuhc.com">myuhc.com</a> o llame al <b>1-844-587-8503</b> para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la red.	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red del plan</u> . Pagará más si utiliza un proveedor <u>fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor de atención médica</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	30% de coseguro	50% <u>de coseguro</u>	Visitas virtuales (telesalud): 30% después del deducible por un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> virtual designado. Sin cobertura virtual fuera de la <u>red</u> .
	Consulta con una especialista	30% de coseguro	50% <u>de coseguro</u>	Ninguno
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin cargo	50% <u>de coseguro</u>	Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	30% de coseguro	50% <u>de coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> para ciertos servicios o el beneficio se reduce al 50% la cantidad permitida.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30% de coseguro	50% <u>de coseguro</u>	Ninguno
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en <u>welcometouch.com</u>	Nivel 1: Su opción de costo más bajo	Minorista: 30% de <u>coseguro</u> Pedido por correo: 30% de <u>coseguro</u>	No cubierto	<u>Proveedor</u> significa farmacia para los fines de esta sección. Minorista: hasta un suministro de 31 días; o 90 días para medicamentos de mantenimiento. Pedido por correo: Hasta un suministro de 90 días.
	Nivel 2: Su opción de rango medio de costo	Minorista: 30% de <u>coseguro</u> Pedido por correo: 30% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Es posible que deba obtener ciertos medicamentos, incluidos ciertos <u>medicamentos especializados</u> , en una farmacia designada por nosotros. Ciertos medicamentos pueden tener un requisito de <u>autorización previa</u> o pueden resultar en un costo más alto.
	Nivel 3: Su opción de rango medio de costo	Minorista: 30% de <u>coseguro</u> Pedido por correo: 30% de <u>coseguro</u>	No cubierto	Si usa una farmacia fuera de la <u>red</u> (incluida una farmacia de pedido por correo), es posible que sea responsable de cualquier cantidad que supere la cantidad permitida. Las farmacias de CVS no están cubiertas. Ciertos medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo.
	<u>Nivel 4: Su opción de costo más alto</u>	No disponible	No disponible	Consulte el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su <u>plan</u> . No todos los medicamentos están cubiertos. Es posible que deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos recetados. Si un medicamento despachado tiene un medicamento químicamente equivalente en un nivel más bajo, se puede aplicar la diferencia de costo entre los medicamentos además de cualquier <u>copago</u> y/o <u>coseguro</u> aplicable.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro	50% de coseguro	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> para ciertos servicios o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .

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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Tarifas del médico/cirujano	30% de coseguro	50% de coseguro	Ninguno
Si necesita atención médica inmediata	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	30% de coseguro	30% de coseguro	Ninguno
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	30% de coseguro	*30% de coseguro	*Se aplica el <u>deducible</u> de la <u>red</u>
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	30% de coseguro	50% de coseguro	Ninguno
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de coseguro	50% de coseguro	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 del médico/cirujano	30% de coseguro	50% de coseguro	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	30% de coseguro	50% de coseguro	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> para ciertos servicios o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% de coseguro	50% de coseguro	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	50% de coseguro	El <u>costo compartido</u> no se aplica 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> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% de coseguro	50% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% de coseguro	50% de coseguro	La <u>autorización previa</u> para pacientes hospitalizados se aplica fuera de la <u>red</u> si la estadía supera las 48 horas (Cesárea: 96 horas) o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	30% de coseguro	50% de coseguro	Limitado a 60 visitas por año calendario. 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> .
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	30% de coseguro	50% de coseguro	Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son ilimitados por año calendario.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	30% de coseguro	50% de coseguro	Límites por año calendario: Físico, Habla, Ocupacional: Ilimitado.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	30% de coseguro	50% de coseguro	Limitado a 60 días por año calendario (combinado con rehabilitación hospitalaria). 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> .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	30% de coseguro	50% de coseguro	Cubre 1 por tipo de DME (incluyendo reparación/reemplazo) cada 3 años. Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> para DME de más de \$1,000 o sin cobertura.
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	30% de coseguro	50% de coseguro	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados paliativos o el beneficio se reduce al 50% de <u>cantidad permitida</u> .
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para los exámenes de la vista de los niños.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para anteojos para niños.
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para el chequeo dental de niños.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su <a href="#">Plan</a> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <a href="#">plan</a> para obtener más información y una lista de otros <a href="#">servicios excluidos</a> ).				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuntura</li> <li>Cirugía bariátrica</li> <li>Gafas para niños</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía cosmética</li> <li>Cuidado dental</li> <li>Aparatos de audición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de infertilidad</li> <li>Cuidado a largo plazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado no emergente cuando viaja fuera de los Estados Unidos</li> <li>Cuidado ocular de rutina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado de los pies de rutina: excepto si está cubierto para la diabetes</li> <li>Programas de pérdida de peso</li> </ul>

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <a href="#">plan</a> ).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quiropráctica (cuidado manipulativo): limitado a 20 visitas por año calendario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermería de servicio privado</li> </ul>

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o al Departamento de Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: el número de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o [myuhc.com](http://myuhc.com) o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados a 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. Contáctese en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform)

### ¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si usted no tiene [cobertura esencial mínima durante un mes](#), es posible que tenga que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener una cobertura de salud durante ese mes.

**¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

—————*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*—————

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,800
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	30%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	30%
■ Otros coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)  
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,800</b>
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,982
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$5,842</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,800
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	30%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	30%
■ Otros coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$7,400</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$2,800
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$1,371
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$4,201</b>

### Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$2,800
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	30%
■ Hospital (establecimiento) coseguro	30%
■ Otros coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$1,900</b>
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,900
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,900</b>



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llamando al 1-866-734-7670 o vaya a [welcometouhc.com](http://welcometouhc.com). Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en [www.cciio.cms.gov.com](http://www.cciio.cms.gov.com) o llamar al 1-866-487-2365 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <b>deducible</b> total?	<u>Red</u> : <b>\$1,000</b> Individual / <b>\$3,000</b> Familia Fuera de la <u>red</u> : <b>\$2,000</b> individual / <b>\$6,000</b> familiar Por año calendario.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia debe cumplir con su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos <u>deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <b>deducible</b> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> está cubierta antes de alcanzar su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> anual. Pero 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 alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios cubiertos en</u> <a href="http://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <b>deducibles</b> para servicios específicos?	Sí, medicamentos recetados: <b>\$75</b> por persona. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	No tiene que cumplir con <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuánto es el <b>límite de gastos de bolsillo</b> para este <u>plan</u> ?	<u>Red</u> : <b>\$3,000</b> Individual / <b>\$6,000</b> Familia Fuera de la <u>red</u> : <b>\$6,000</b> Individual / <b>\$12,000</b> familia Por año calendario.	El límite de <u>gastos de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que cumplir con sus propios límites de <u>gastos de bolsillo</u> hasta que se haya alcanzado el límite de <u>gastos de bolsillo</u> de la familia.
¿Qué es lo que no está incluido en el <b>límite de gastos de bolsillo</b> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturación del saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y multas por no obtener la autorización previa para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de <u>gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <b>proveedor dentro de la red</b> ?	Sí. Visite <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> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> ( <u>facturación del saldo</u> ). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de red</u> podría usar 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 servicios.
¿Necesita una <b>remisión</b> para atenderse con un <b>especialista</b> ?	No	Puede ver al <u>especialista</u> que elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se muestran en este cuadro son después de haber alcanzado su [deducible](#), si corresponde aplicar uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	<u>Copago</u> de \$35 por visita, no se aplica <u>deducible</u> .	50% de <u>coseguro</u>	Visita virtual (telesalud): \$20 a través de un proveedor de Visita virtual designado. No aplica deducible. Si recibe servicios además de la visita al consultorio, se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales, p. ej. cirugía.
	Consulta con un <a href="#">especialista</a>	<u>Copago</u> de \$50 por visita, no se aplica <u>deducible</u> .	50% de <u>coseguro</u>	Si recibe servicios además de la visita al consultorio, se pueden aplicar <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales, p. ej. cirugía.
	<a href="#">Atención preventiva/ evaluación</a> /vacunas	Sin cargo	50% de <u>coseguro</u>	Es posible que deba pagar por los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<a href="#">Exámenes de diagnóstico</a> (radiografías, análisis de sangre)	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b> Hay más información disponible sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> en <a href="http://welcometouhc.com">welcometouhc.com</a>	Nivel 1: Su opción de costo más bajo	Minorista: de \$15 Pedido por correo: <u>copago</u> de \$30	No cubierto	<u>Proveedor</u> significa farmacia para los fines de esta sección. Minorista: hasta un suministro de 31 días; o 90 días para medicamentos de mantenimiento. Pedido por correo: Hasta un suministro de 90 días. Es posible que deba obtener ciertos medicamentos, incluidos ciertos <u>medicamentos especializados</u> , en una farmacia designada por nosotros. Ciertos medicamentos pueden tener un requisito de <u>autorización previa</u> o pueden resultar en un costo más alto. Si usa una farmacia fuera de la red (incluida una farmacia de pedido por correo), es posible que sea responsable de cualquier cantidad que supere la <u>cantidad permitida</u> . Las farmacias de CVS no están cubiertas.
	Nivel 2: Su opción de rango medio de costo	Minorista: <u>copago</u> de \$35 Pedido por correo: <u>copago</u> de \$70	No cubierto	
	Nivel 3: Su opción de rango medio de costo	Minorista: <u>copago</u> de \$75 Pedido por correo: <u>copago</u> de \$150	No cubierto	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<a href="#">Nivel 4: Su opción de costo más alto</a>	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	<p>Ciertos medicamentos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo.</p> <p>Consulte el sitio web indicado para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su <u>plan</u>. No todos los medicamentos están cubiertos.</p> <p>Es posible que deba usar medicamentos de menor costo antes de que los beneficios de su póliza estén disponibles para ciertos medicamentos recetados.</p> <p>Si un medicamento despachado tiene un medicamento químicamente equivalente en un nivel más bajo, se puede aplicar la diferencia de costo entre los medicamentos además de cualquier <u>copago</u> y/o <u>coseguro</u> aplicable.</p>
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	Tarifas del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en la Sala de Emergencias</a>	<u>Copago</u> de \$200 por visita, luego 30% de <u>coseguro</u>	<u>Copago</u> de \$200 por visita, luego 30% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	30% de <u>coseguro</u>	*30% de <u>coseguro</u>	*Se aplica el <u>deducible</u> de la <u>red</u> .
	<a href="#">Atención de urgencia</a>	<u>Copago</u> de \$75 por visita, no se aplica <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Si recibe servicios además de la visita de <u>atención de urgencia</u> , es posible que se apliquen <u>copagos</u> , <u>deducibles</u> o <u>coseguros</u> adicionales, p. ej. cirugía.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> fuera de la <u>red</u> o el beneficio se reduce al 50% de la <u>cantidad permitida</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	<u>Copago</u> de \$35 por visita, no se aplica <u>deducible</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
	Servicios para pacientes hospitalizados	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Ninguno
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo	50% de <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . Según el tipo de servicio, se puede aplicar un <u>copago</u> , <u>coseguro</u> o

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	<u>deducible</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% de <u>coseguro</u>	50% de <u>coseguro</u>	Se aplica un <u>deducible</u> de hospitalización de \$300 fuera de la red antes del deducible general.
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<a href="#">Atención médica en el hogar</a>	30% de coseguro	50% <u>de coseguro</u>	Limitado a 60 visitas por año calendario. Se requiere <u>notificación previa fuera de la red</u> o se aplica una multa de \$500.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	30% de coseguro	50% <u>de coseguro</u>	Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son ilimitados por año calendario.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	30% de coseguro	50% <u>de coseguro</u>	Límites por año calendario: Físico, Habla, Ocupacional: Ilimitado.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	30% de coseguro	50% <u>de coseguro</u>	Limitado a 60 días por año calendario (combinado con rehabilitación hospitalaria). Se requiere <u>notificación previa fuera de la red</u> o se aplica una multa de \$500.
	<a href="#">Equipo médico duradero</a>	30% de coseguro	50% <u>de coseguro</u>	Ninguno
	<a href="#">Servicios en un programa de cuidados paliativos</a>	Sin cargo	Sin cargo	Se requiere una <u>notificación previa fuera de la red</u> antes de la admisión para una estadía como paciente hospitalizado en un centro de cuidados paliativos o se aplica una multa de \$500.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para los exámenes de la vista de los niños.
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	Sin cobertura para anteojos para niños.
	Control dental para niños	No cubierto	No cubierto	No hay cobertura para el chequeo dental de niños.

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [Plan](#), por lo general, **NO** cubre (consulte la póliza o documento del [plan](#) para obtener más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Gafas para niños
- Cirugía cosmética
- Cuidado dental
- Audífonos
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Programas de pérdida de peso

**Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del [plan](#)).**

- Quiropráctica (cuidado manipulativo): limitado a 20 visitas por año calendario
- Enfermería privada

**Su derecho a continuar con la cobertura:** Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados al 1-866-444-3272 o [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa) o al Departamento de Servicios Humanos de EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted,

como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596.

**Su derecho a presentar una queja o una apelación:** Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja](#) formal o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con: el número de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o [myuhc.com](http://myuhc.com) o la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados a 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. Contáctese en [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform).

#### **¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí**

Si usted no tiene [cobertura esencial mínima durante un mes](#), es posible que tenga que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener una cobertura de salud durante ese mes.

#### **¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí**

Si su [plan](#) no cumple con el [valor mínimo estándar](#), es posible que cumpla con los requisitos para recibir un [crédito fiscal para primas del plan](#) que lo ayudará a pagar un [plan](#) en el [Mercado](#).

—————*Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.*—————

## Acerca de estos ejemplos de cobertura:



**Esta no es una herramienta de cálculo de costos.** Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este [plan](#) cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus [proveedores](#) cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) por el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos [planes médicos](#). Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

### Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,000
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	\$50
■ Hospital (establecimiento) coseguro	30%
■ Otros coseguro	30%

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)  
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto  
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto  
[Exámenes de diagnóstico](#) (ecografías y análisis de sangre)  
 Consulta con un [especialista](#) (anestesia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,800</b>
--------------------------------	-----------------

#### En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,000
<a href="#">Copagos</a>	\$0
<a href="#">Coseguro</a>	\$2,000
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,060</b>

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,000
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	\$50
■ Hospital (establecimiento) coseguro	30%
■ Otros coseguro	30%

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluye la educación sobre enfermedades)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (análisis de sangre)  
[Medicamentos recetados](#)  
[Equipo médico duradero](#) (glucómetro)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$7,400</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$400
<a href="#">Copagos</a>	\$1,400
<a href="#">Coseguro</a>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$30
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,830</b>

### Fractura simple de Mía

(visita a la Sala de Emergencias [dentro de la red](#) y atención de seguimiento)

■ El <a href="#">deducible</a> general del <a href="#">plan</a>	\$1,000
■ <a href="#">Especialistas coseguro</a>	\$50
■ Hospital (establecimiento) coseguro	30%
■ Otros coseguro	30%

#### Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

[Atención en la Sala de Emergencias](#) (incluye suministros médicos)  
[Exámenes de diagnóstico](#) (radiografías)  
[Equipo médico duradero](#) (muletas)  
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$1,900</b>
--------------------------------	----------------

#### En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
<a href="#">Deducibles</a>	\$1,000
<a href="#">Copagos</a>	\$300
<a href="#">Coseguro</a>	\$100
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia pagaría es</b>	<b>\$1,400</b>

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

\* Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del [plan](#) o de la póliza en [welcometouhc.com](#).

## Notice of Nondiscrimination

We do not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to the Civil Rights Coordinator.

**Online:** UHC\_Civil\_Rights@uhc.com

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

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again. If you need help with your complaint, please call the toll-free number listed within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

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

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Phone:** Toll-free 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the number contained within this Summary of Benefits and Coverage (SBC), TTY 711, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

## Servicio de acceso a idiomas

**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).

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

**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 િન:શુલ્ક 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:** ढान दः अगर आपकी भाषा िहंदी है, तो आपके िलए भाषा सहायता सेवाँ िन:शुलः उपलः हः। 1-866-734-7670 (TTY: 711) पर कॉल करः।

**Laotian:** ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-866-734-7670 (TTY: 711).

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

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

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

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

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

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