

Resumen de Beneficios para el 2025 y 2026

Ayudamos a tomar decisiones fundamentadas sobre los beneficios de los empleados



Cafe Rio
FRESH MODERN MEXICAN

Índice

Descripción General de los Beneficios	3
Novedades para el 2025 y 2026	4
Cómo Inscribirse en los Beneficios	5
Beneficios Médicos	6
Atención Preventiva y Consultas Virtuales	8
Cuenta de Ahorros para la Salud.....	10
Beneficios Dentales	11
Beneficios Oftalmológicos	12
Seguro de Vida y por AD&D	13
Discapacidad a Corto y Largo Plazo	14
Beneficios Voluntarios Complementarios	15
Servicios Legales	18
Beneficios de Jubilación Roth y 401(k).....	19
Beneficios Adicionales	20
Información de Contacto	21
Notificaciones y Divulgaciones para la Inscripción Anual	22

IMPORTANTE:

Si usted (o sus dependientes) cuentan con Medicare o pronto cumplirán con los requisitos para tener Medicare en los próximos 12 meses, la ley federal le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Consulte página 28 para obtener más información.

Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada en función de los planes de beneficios de su empleador, según la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones ni las condiciones contenidos en el Documento oficial del Plan, las pólizas y los contratos de seguro aplicables (en conjunto, los “documentos del plan”). Los documentos del plan en sí deben leerse para conocer esos detalles. El propósito de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficios de su empleador. No necesariamente aborda todos los problemas específicos que puedan aplicarse a usted. No pretende proporcionar asesoramiento legal ni debe interpretarse como tal. En la medida en que cualquier información contenida en este documento sea incompatible con los documentos del plan, las disposiciones establecidas en los documentos del plan regirán en todos los casos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre temas específicos o disposiciones del plan, debe comunicarse con su Departamento de Recursos Humanos/Beneficios.

En esta guía, se proporciona un resumen básico de los beneficios que tiene disponibles para el año del plan 2025-2026. Usted es responsable de comprender estos beneficios y tomar las decisiones de inscripción que mejor se adapten a sus necesidades personales y familiares de salud. Si hay algún conflicto entre la información proporcionada en esta guía y los documentos oficiales del plan de la aseguradora, el documento del plan de la aseguradora es la autoridad final.

Descripción General de los Beneficios

Le damos la bienvenida a la Guía de Beneficios de Cafe Rio para el 2025 y 2026. Esta guía está diseñada para resaltar sus opciones de beneficios a fin de que pueda tomar la mejor decisión posible para usted y su familia. Esperamos que esta guía sea un recurso que pueda utilizar durante todo el año para conocer los servicios y beneficios que se le proporcionan y ofrecen por ser un valioso empleado de Cafe Rio.

Conozca Sus Beneficios

Tomar decisiones acertadas sobre sus beneficios requiere planificación. Si selecciona los beneficios que ofrecen la mejor atención y cobertura, puede optimizar su valor y minimizar el impacto en su presupuesto. Lo mejor que puede hacer es “buscar” beneficios cuidadosamente, mediante el mismo tipo de proceso de toma de decisiones que utiliza para otras compras importantes.

- 1. Aproveche las herramientas que tiene disponibles.** Esto incluye esta guía, acceso a información sobre el plan, directorios de proveedores y materiales de inscripción.
- 2. Sea un comprador inteligente.** Si comprara un vehículo o una vivienda, investigaría con anticipación. Debe hacer lo mismo con los beneficios, porque la decisión equivocada podría ser costosa.
- 3. ¡No se pierda la fecha límite y mantenga un registro de su inscripción!** Preste atención a la fecha límite de inscripción y asegúrese de realizar sus elecciones de beneficios de manera oportuna. Es importante revisar su salario para garantizar la exactitud de las deducciones de nómina. Notifique a Recursos Humanos inmediatamente si hay alguna discrepancia.

¿Quién Es Elegible?

Para la mayoría de los beneficios, si usted está contratado para un cargo a tiempo completo, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. También puede inscribir a sus dependientes elegibles en los mismos planes que usted elija. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge legal, su pareja de hecho o sus hijos naturales, adoptados o hijastros hasta que alcancen la edad de 26 años.

Cómo Definimos la Elegibilidad para los Beneficios Médicos

Somos un gran empleador de acuerdo con las disposiciones de Responsabilidad Compartida del Empleador de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Las pautas de inscripción que aparecen en esta guía pueden variar si está contratado para trabajar menos de 30 horas semanales (130 horas al mes) o si sus horas trabajadas caen por debajo del umbral. Comuníquese con nosotros para conocer nuestra política completa sobre Métodos de Medición que determinan el estado de elegibilidad para beneficios a tiempo completo en virtud de la Responsabilidad Compartida del Empleador.

Cuándo Inscribirse

Puede inscribirse en la cobertura en un plazo de 30 días a partir de la fecha de contratación o durante el período anual de inscripción abierta. Fuera de su período de inscripción abierta, el único momento en que puede cambiar su cobertura es dentro de los 30 días posteriores a experimentar un evento de vida calificado.

Cuándo Finaliza la Cobertura

Para la mayoría de los beneficios, la cobertura finalizará el último día del mes en el que:

- » Su horario de trabajo habitual se reduce a menos de 30 horas por semana.
- » Finalice su relación laboral con Cafe Rio.

Sus coberturas de dependientes finalizan:

- » Cuando finalice la cobertura.
- » El último día del mes en que el dependiente ya no es elegible.

Modificaciones durante el año

El IRS proporciona regulaciones estrictas sobre los cambios en las elecciones antes de impuestos durante el año del plan. Una vez que se inscriba en los beneficios, no podrá realizar ningún cambio en sus elecciones hasta el próximo período anual de inscripción abierta, a menos que experimente un evento de vida calificado.

Entre los eventos de vida calificados se incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

- » Cambio de su estado civil legal.
- » Cambio en el número de dependientes.
- » Un dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad.
- » Usted o su dependiente pasan a ser elegibles o pierden la elegibilidad para Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP).

- » Cambio en la situación laboral del empleado o sus dependientes, lo que provoca la pérdida o ganancia de elegibilidad para beneficios patrocinados por el empleador.
- » Una orden judicial o administrativa.

Es su responsabilidad realizar los cambios en línea en www.mycaferio.com dentro de los 30 días posteriores a un evento de vida calificado. Cualquier cambio en los beneficios debe estar directamente relacionado con el evento de vida calificado.



Novedades para el 2025 y 2026

Es importante que revise sus opciones y que conozca los cambios o las novedades. Asegúrese de dedicar tiempo para revisar sus opciones de beneficios actuales antes de decidir si hacer cambios en su cobertura durante la inscripción abierta.

Período de Inscripción Abierta

Nuestro plan se renueva el 1 de octubre, por lo que el período anual de inscripción abierta se realizará antes de la fecha de renovación del 1 de octubre. Las elecciones realizadas durante la inscripción abierta entrarán en vigor desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre. Los deducibles y los máximos anuales se restablecerán el 1 de enero.

Inscripción En Línea

Este año es una inscripción pasiva, lo que significa que si sus beneficios no cambian, no es necesario que realice elecciones activas y su cobertura continuará durante el año del plan 2025 y 2026. Si desea inscribirse, rechazar o realizar cambios en sus beneficios del 2025 y 2026, tendrá que hacerlo durante la inscripción abierta programada para el período desde el **10 de septiembre hasta el 21 de septiembre**. Todas las elecciones y cambios pueden realizarse mediante contacto telefónico con un asesor de inscripción especializado al **833.267.8699** o a través del sitio web www.mycaferio.com. Las elecciones actuales de su plan de jubilación, incluidos los planes 401(k) y Roth, se transferirán al nuevo año del plan. Esta guía contiene instrucciones de inscripción que lo ayudarán en este proceso.

Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Aumento en los Límites de Contribución para los años calendario 2025 y 2026

Los límites de contribución anuales a la HSA en el 2025 para la cobertura individual aumentaron a \$4,300 y \$8,550 para la cobertura familiar.

En 2026, los costos de la cobertura individual aumentaron a \$4,300 y \$8,550 para la cobertura familiar.

El período de brote que comenzó el 1 de marzo de 2020 ha ampliado los Derechos de Inscripción Especiales de la HIPAA (del inglés *Health Insurance Portability and Accountability Act*, Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico)

Debido a la COVID-19 usted podría tener derecho a un plazo ampliado para determinados cambios de eventos de vida.

Para cualquier pregunta adicional, comuníquese con Recursos Humanos.



Cómo Inscribirse en los Beneficios

- » Este año es una inscripción abierta pasiva, lo que significa que, a menos que vaya a realizar cambios, no es necesario que vuelva a elegir sus beneficios de manera activa.
- » Usted puede inscribirse en sus opciones de beneficios de Cafe Rio en un plazo de 30 días a partir de la fecha de contratación o de la fecha de entrada en vigor en un puesto calificado y anualmente durante la inscripción abierta.
- » La Inscripción Abierta para el año del plan 2025 y 2026 se realizará del 10 de septiembre al 21 de septiembre.
- » También puede inscribirse en un plazo de 30 días a partir de eventos de vida calificados.

Cómo Inscribirse por Teléfono

Inscribirse es sencillo.

- » Diríjase a www.caferiobenefits.com para revisar el contenido de los beneficios.
- » Cuando esté listo, llame al Centro de Atención al Cliente de Beneficios para inscribirse.
- » Si es posible, esté frente a una computadora cuando realice la llamada.
- » Nuestro representante lo inscribirá por teléfono.

Tenga en Cuenta lo Siguiendo: cuando realice la llamada, asegúrese de tener las fechas de nacimiento y los números de seguro social de sus dependientes. Esta información es necesaria para inscribir a los dependientes en beneficios elegibles y para completar las designaciones de beneficiarios.

833.267.8699

De Lunes a Viernes de 7:00 a. m. a 4:00 p. m. CST

Cómo Inscribirse en Línea:

PASO 1: Inicie Sesión

- » Para empezar, diríjase a www.mycaferio.com.
- » Ingrese su Nombre de Usuario y Contraseña y, a continuación, haga clic en Log In (Iniciar Sesión).
- » **Nombre de usuario:** Primera inicial del nombre, apellido completo + @rxrhf
- » **Contraseña:** Se restablecerá en el sitio de ADP
- » Si es la primera vez que inicia sesión, se le pedirá que cambie su contraseña y configure algunas preguntas de seguridad.

PASO 2: Edite la Información del Beneficiario y del Dependiente

- » Una vez que haya iniciado sesión, haga clic en el enlace de Inscripción 2025 y 2026 ubicado en la página de inicio.
- » Vea y actualice la información del beneficiario y del dependiente; luego, haga clic en **next** (siguiente).
 - Para actualizar la información de beneficiarios, dependientes o contactos de emergencia existentes, haga clic en su nombre y, a continuación, haga clic en **edit** (editar).
 - Para agregar un nuevo beneficiario, dependiente o contacto de emergencia, haga clic en **add** (agregar).
 - Esté preparado para ingresar el nombre completo, el número de seguro social, la fecha de nacimiento, el género y el tipo de la relación.
 - Asegúrese de hacer clic para seleccionar las casillas de verificación del Dependiente o Beneficiario; luego, haga clic en **Save** (Guardar).

PASO 3: Seleccione sus Beneficios

- » Inscriba o Rechace los beneficios en cada página.
- » Después de hacer la elección en cada página, seleccione la flecha **next** (siguiente) para avanzar por cada beneficio de inscripción abierta.

PASO 4: Confirme los Cambios

- » Una vez que realice sus elecciones, podrá ver un resumen de las nuevas elecciones de beneficios.
- » Para realizar cambios en cualquiera de las nuevas elecciones, haga clic en el enlace del nombre del plan.
- » Puede imprimir la página para sus registros.

PASO 5: Envíe sus Elecciones

- » Una vez que confirme sus elecciones, haga clic en **submit** (enviar). Felicitaciones, ha completado su inscripción.

NOTA: Si no hace clic en el botón **submit** (enviar), no se procesarán sus elecciones.

Beneficios Médicos

Administrado por UMR

Nuestras opciones del plan de salud con deducible alto (HDHP) de UMR le permiten controlar su atención médica, lo que le brinda la flexibilidad de decidir cómo gastar su dinero. Para encontrar proveedores participantes, llame directamente a UMR al **800.826.9781** o ingrese a www.member.umar.com y haga clic en **Find a Provider** (Buscar un Proveedor) en la esquina inferior izquierda. Seleccione en "U" la Red United Healthcare Choice Plus (Inglés) o (Español) o escriba United Healthcare Choice Plus en la barra de búsqueda en la parte superior. Haga clic en el botón "View Providers" (Ver Proveedores) en la parte inferior izquierda y accederá al sitio web de United Healthcare donde puede buscar por médico, centro o especialidad en función de su código postal.

	Opción 1: Plan de Salud con Deducible Alto (HSA)	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Calendario Anual Deducible (no incluido)	\$1,750/solo empleados \$3,500/otros niveles de cobertura	\$3,500/solo empleados \$7,000/otros niveles de cobertura
Gasto Máximo de Bolsillo (no incluido)	\$4,000/solo empleados \$8,000/otros niveles de cobertura	\$10,000/solo empleados \$20,000/otros niveles de cobertura
Máximo de por Vida	Ilimitado	
Atención Preventiva	El plan paga el 100 %	Usted paga el 40 % DD
Visitas al Consultorio	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 40 % DD
Atención Urgente	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 40 % DD
Laboratorio y Radiología	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 40 % DD
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 40 % DD
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 40 % DD
Sala de Urgencias	Usted paga el 20 % DD	
Farmacia	Una vez que se alcanza el deducible médico, el miembro es responsable del copago NIVEL 1: \$15 NIVEL 2: \$40 NIVEL 3: \$70	No cubierto

AD (del inglés *After Deductible*) = por encima del deducible

Costo del Empleado	
Estado	Prima de Empleado por Período de Pago
Solo Empleado	\$73.35
Empleado + Cónyuge	\$173.37
Empleado + Hijos	\$131.81
Familiar	\$256.62



Resumen de Beneficios para el 2025 y 2026

Opción 2: Plan de Salud con Deducible Alto (HSA)		
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Calendario Anual Deducible (no incluido)	\$2,500/solo empleados \$5,000/otros niveles de cobertura	\$5,000/solo empleados \$10,000/otros niveles de cobertura
Gasto Máximo de Bolsillo (incluido)	\$5,000/solo empleados \$10,000/otros niveles de cobertura	\$10,000/solo empleados \$20,000/otros niveles de cobertura
Máximo de por Vida	Ilimitado	
Atención Preventiva	El plan paga el 100 %	Usted paga el 50 % DD
Visitas al Consultorio	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 50 % DD
Atención Urgente	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 50 % DD
Laboratorio y Radiología	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 50 % DD
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 50 % DD
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Usted paga el 20 % DD	Usted paga el 50 % DD
Sala de Urgencias	Usted paga el 20 % DD	
Farmacia	Una vez que se alcanza el deducible médico, el miembro es responsable del copago NIVEL 1: \$15 NIVEL 2: \$40 NIVEL 3: \$70	No cubierto

AD (del inglés *After Deductible*) = por encima del deducible

Costo del Empleado	
Estado	Prima de Empleado por Período de Pago
Solo Empleado	\$48.97
Empleado + Cónyuge	\$124.66
Empleado + Hijos	\$95.07
Familiar	\$183.61



Atención Preventiva y Consultas Virtuales

Prevenir enfermedades y detectar problemas de salud en una etapa temprana es esencial para tener una vida sana. Seguir estas pautas de cuidados preventivos, y los consejos de su médico, lo ayudará a mantenerse sano. Asegúrese de plantearle a su médico cualquier pregunta o inquietud específicas sobre salud. Los servicios preventivos están cubiertos al 100 % y no tienen costo para usted como participante del plan. Esta es solo una lista de las pruebas más comunes. Puede encontrar la lista completa en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.

Exámenes de salud, asesoramiento y servicios para:

- » Abuso del Alcohol
- » Anemia
- » Exámenes Físicos Anuales
- » Bacteriuria
- » Presión Arterial
- » Cáncer de Mama
- » Quimioprevención del Cáncer de Mama
- » Equipo de Lactancia Materna
- » Lactancia Materna: asesoramiento y apoyo para la lactancia
- » Suministros de Lactancia Materna
- » Cáncer de Cuello Uterino
- » Infección por Clamidia
- » Colesterol
- » Cáncer Colorrectal
- » Hipotiroidismo Congénito
- » Dispositivos Anticonceptivos
- » Examen de Detección de Depresión
- » Diabetes (Tipo 2)
- » Diabetes (Gestacional)
- » Hepatitis B en Embarazadas
- » Hepatitis C
- » Pruebas de Detección del VIH
- » Violencia Interpersonal y Doméstica
- » Cribado Metabólico
- » Obesidad
- Osteoporosis
- Fenilcetonuria (FCU)
- Cáncer de Piel
- Esterilización
- Consumo de Tabaco
- Exámenes de Bienestar para Niños

Inmunizaciones

Consulte con su médico para determinar la frecuencia

- » Difteria, Pertussis, Tétanos (DPT)
- » Haemophilus Influenzae Tipo B (Hib)
- » Hepatitis A
- » Hepatitis B
- » Herpes Zóster (culebrilla)
- » Virus del Papiloma Humano (VPH)
- » Poliovirus Inactivado
- » Influenza
- » Sarampión, Paperas, Rubéola (SRP)
- » Antimeningocócica
- » Antineumocócica
- » Rotavirus
- » Varicela

Medicamentos Recetados

Medicamentos que requieren receta

- » Aspirina para la prevención de enfermedades cardiovasculares
- » Anticonceptivos Inyectables
- » Píldoras Anticonceptivas
- » Productos Anticonceptivos: Tópicos
- » Productos Anticonceptivos de Emergencia
- » Suplementos de Fluoruro
- » Suplementos de Ácido Fólico
- » Suplementos de Hierro
- » Consumo de Tabaco
- » Suplemento de Vitamina D

Teladoc: Acceso a la atención médica en cualquier momento, en cualquier lugar en su teléfono o computadora

Una consulta virtual a través de Teladoc le permite ver y hablar con un médico desde su teléfono o computadora sin cita previa. La mayoría de las consultas tardan aproximadamente de 10 a 15 minutos y los médicos pueden extender una receta, si es necesario, que usted puede retirar en su farmacia local. Este servicio está disponible si usted está inscrito en el plan de UMR Medical y no tendrá un costo superior a \$50 por consulta antes de haber alcanzado su deducible y un coseguro del 20 % después de haber alcanzado su deducible.

Afecciones que suelen tratarse a través de una consulta virtual: infección de la vejiga e ITU, bronquitis, resfrío y gripe, diarrea, fiebre, migraña y dolores de cabeza, conjuntivitis, erupciones, problemas nasales, dolor de garganta y dolor de estómago.

Para acceder a Teladoc, llame al **1.800.TELADOC** o ingrese a www.teladoc.com. Tenga a mano la información de identificación de miembro de UMR para que su consulta en Teladoc pueda vincularse a su plan de salud de UMR a través de Cafe Rio.

Disponible por

Cafe Rio
MEXICAN GRILL.



¿Sabía que...?
Cada vez que
necesite
atención
médica,
**cuenta con
Teladoc®.**

¿Lo sabía?
Cada vez que
necesite la
atención de
un médico,
**usted cuenta
con Teladoc®.**

**Las 24 horas del día, los 7 días de la semana,
los 365 días del año para:**
Resfrío y gripe, alergias, sarpullido y mucho más.



**Atención las 24 horas del día, 7 días a
la semana, todos los días del año para:**
Resfriados y gripes, alergias, sarpullidos y
mucho más!

Médicos colegiados
Los médicos colegiados por la junta
de los Estados Unidos tienen un
promedio de 20 años de experiencia



Médicos certificados
Médicos certificados por el consejo de
Estados Unidos con 20 años de experiencia
promedio (Hay médicos de habla hispana disponibles)

En minutos
Conéctese con un médico por teléfono o video



En minutos
Conéctese con un médico por teléfono
o por video

Obtenga un diagnóstico
Nuestros médicos recomiendan un
tratamiento y recetan medicamentos (de ser
medicamento necesario)



Reciba un diagnóstico
Nuestros médicos recomiendan tratamiento
y medicamentos bajo receta (cuando resulte
medicamento necesario)

**Hable con un médico en cualquier
momento por \$54 o menos.**

**¡Hable con un médico en cualquier momento
por \$54 o menos!**

Teladoc.com | 1-800-TELADOC (835-2362)



© 2019 Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas comerciales registradas de Teladoc Health, Inc. y no pueden utilizarse sin autorización. Teladoc no reemplaza al médico de atención primaria. Teladoc no garantiza que se redacte una receta. Teladoc funciona sujeto a las regulaciones estatales y es posible que no esté disponible en ciertos estados. Teladoc no prescribe sustancias controladas por la DEA (del inglés Drug Enforcement Administration, Administración de Control de Drogas), medicamentos no terapéuticos y otros medicamentos que pueden ser perjudiciales debido a su potencial de abuso. Los médicos de Teladoc se reservan el derecho de negar la atención por un posible uso indebido de los servicios.

UM-321_10E-193

Cuenta de Ahorros para la Salud

Administrado por HealthEquity

Las opciones médicas de Cafe Rio son los Planes de Salud con Deducible alto (HDHP). Un HDHP es un plan de seguro médico que es elegible para una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA). Cafe Rio aporta fondos a su Cuenta de Ahorros para la Salud y le anima a que usted también aporte fondos antes de impuestos de su sueldo. Si se inscribe en cualquier plan médico por primera vez en Cafe Rio, la compañía aportará \$750 si está inscrito en la cobertura Solo Empleado o \$1,500 si está inscrito con al menos otro dependiente en su fecha de entrada en vigor de la cobertura. Estos montos serán prorrateados durante todo el año si se une al plan a mitad de año.

Si usted ha estado en el plan y continúa con la cobertura, Cafe Rio contribuirá anualmente \$750 para la cobertura Solo Empleado y \$1,500 si está inscrito con al menos otro dependiente. Las contribuciones de Cafe Rio se harán por período de pago durante todo el año.

Qué es una Cuenta de Ahorros para la Salud

Una HSA es como una cuenta bancaria personal de su propiedad. Puede usar el dinero de su HSA para pagar cualquier gasto de atención médica calificado para usted, su cónyuge y sus dependientes fiscales, incluso si no están cubiertos en su plan.

Ejemplos de gastos de atención médica calificados incluyen los siguientes:

- » Sus deducibles, copagos y coseguros de su plan de seguro médico
- » Consultas presenciales con un médico
- » Recetas
- » Tratamientos dentales y radiografías
- » Anteojos y exámenes de visión

Para ver la lista completa de gastos calificados, visite www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf.

¿Quién Es Elegible?

Para abrir una HSA, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Estar inscrito en uno de los Planes Médicos de Cafe Rio
- Tener al menos 18 años de edad
- No estar declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- No estar inscrito en Medicare
- No estar cubierto por planes médicos duales, a menos que esté inscrito en otro plan HDHP

Primeros pasos

Se le abrirá una HSA a través de HealthEquity cuando se inscriba en uno de los planes médicos de Cafe Rio. Su cuenta se financiará tanto con las contribuciones de Cafe Rio como sus propias contribuciones en caso de que haya elegido contribuir a su cuenta. Las contribuciones que realice se financian durante el año y pueden modificarse en cualquier momento. Consulte la siguiente tabla para conocer el calendario de contribuciones de Cafe Rio. Las contribuciones que haga a su HSA y las que reciba de Cafe Rio no deben exceder los límites de contribución del Servicio de Impuesto Internos (IRS) para el año calendario. Los límites incluyen tanto las contribuciones del empleador como las del empleado.

Contribución de Cafe Rio 2025 y 2026		
Inscripción	Empleados recién inscritos a partir del 1 de enero del 2025*	Empleados inscritos existentes a partir del 1 de enero del 2025*
Solo Empleado	\$750 financiado en su totalidad el 1 de enero del 2025	\$750 anuales; \$28.85 por período de pago de financiación
Familiar	\$1,500 financiado en su totalidad el 1 de enero del 2025	\$1,500 anuales; \$57.69 por período de pago de financiación

* Estos montos serán prorrateados si la cobertura comienza a mitad de año.

Límites de contribución de HSA de IRS	
Estado	2025
Solo Empleado	\$4,300
Familiar	\$8,550
Estado	2026
Solo Empleado	\$4,400
Familiar	\$8,750

Si tiene 55 años o más, puede aportar \$1,000 a su HSA.

¿Por qué HSA?

Una de las principales razones para contribuir a una HSA es por los beneficios impositivos. Como usuario de HSA, puede ahorrar de varias maneras:

- » Reducir los impuestos federales sobre la renta: sus deducciones de nómina reducen los impuestos federales, ya que reducen sus ganancias imponibles por la cantidad que deposita en su HSA.
- » Intereses libres de impuestos: el dinero de su HSA genera intereses mientras está en la cuenta y las ganancias crecen libres de impuestos.
- » Retiros libres de impuestos: los retiros permanecen libres de impuestos, siempre y cuando el dinero se utilice para pagar gastos de salud calificados.

Con una HSA, usted es el dueño de la cuenta y de todas las contribuciones. Todo el saldo de su HSA se traspasa de un año a otro y sigue estando disponible para gastos calificados aunque cambie de plan de salud, se jubile o deje la empresa. Una vez que alcance un saldo de cuenta determinado, puede invertir los fondos de su HSA para aumentar el potencial de ganancias.

Más Información

- » www.healthequity.com/hsalearn
- » 866.346.5800

* Las HSA nunca se gravan a nivel de impuestos federales cuando se usan de manera apropiada para gastos médicos calificados. Además, la mayoría de los estados reconocen que los fondos de la HSA están libres de impuestos, con muy pocas excepciones. Consulte a un asesor tributario acerca de las normas específicas de su estado.

Beneficios Dentales

Administrado por UMR

Gozar de buena salud incluye tener dientes y encías sanos. Nuestros planes dentales están diseñados para ayudarlo a mantener una sonrisa sana a través de la atención dental preventiva regular y para solucionar cualquier problema tan pronto como ocurra. Dado que la atención preventiva es tan importante, ambos planes cubren estos servicios en su totalidad sin deducible ni copago cuando se atiende con proveedores participantes de planes UMR de la red. Para encontrar un proveedor participante, llame a UMR al **800.826.9781** o visite el sitio web **www.member.umar.com**.

Red: PPO 30

	Plan Dental de PPO de \$2,000		Plan Dental de PPO de \$1,000	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible por Año Calendario (no se aplica para Atención Preventiva ni Ortodoncia)	\$50 por persona		\$50 por persona	
Gasto Máximo de Bolsillo por Año Calendario	\$2,000 por persona (no incluye ortodoncia)		\$1,000 por persona	
Servicios Preventivos (por ejemplo, radiografías, limpiezas y exámenes)	100 %	100 %	100 %	100 %
Servicios Básicos (p. ej., empastes, extracciones y tratamientos)	90 %	90 %	80 %	80 %
Servicios Avanzados (por ejemplo, dentaduras postizas, coronas, puentes)	60 %	60 %	50 %	50 %
Ortodoncia (hijos de hasta 19 años)	50 %	50 %	No cubierto	No cubierto
Máximo de por Vida para Ortodoncia	\$1,500 por persona		Sin cobertura	

AD (del inglés *After Deductible*) = por encima del deducible

Estado	Costo para el Empleado por Período de Pago	
	PPO de \$2,000	PPO de \$1,000
Solo Empleado	\$6.25	\$4.55
Empleado + Cónyuge	\$11.36	\$8.53
Empleado + Hijos	\$12.50	\$10.23
Familiar	\$19.32	\$14.78



Beneficios Oftalmológicos

Administrado por UMR

El plan oftalmológico incluye beneficios para exámenes oculares, anteojos y lentes de contacto a través de UMR. Puede acudir a un médico dentro de la red UMR y aprovechar la cobertura de beneficios más alta, o acudir a un proveedor fuera de la red de su elección para obtener un beneficio reducido. Para encontrar un proveedor participante, comuníquese con UMR al **800.638.3120** o visite el sitio web **www.member.UMR.com**.

	Plan Oftalmológico	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Examen (una vez cada 12 meses)	\$10	Hasta \$45
Marcos (una vez cada 24 meses)	Hasta \$130	Hasta \$45
Copago de materiales	\$25	N/A
Lentes (una vez cada 12 meses)		
Lentes Monofocales	Cobertura del 100 % después de copago de Materiales	Hasta \$40
Lentes Bifocales		Hasta \$60
Lentes Trifocales		Hasta \$80
Lenticulares		Hasta \$80
Lentes de Contacto (una vez cada 12 meses)		
Optativos	Hasta \$125	Hasta \$125
Terapéuticos	Cobertura de un 100 %	Hasta \$210

Costo del Empleado	
Estado	Costo para el Empleado por Período de Pago
Solo Empleado	\$1.75
Empleado + Cónyuge	\$3.50
Empleado + Hijos	\$4.50
Familiar	\$5.50



Seguro de Vida y por AD&D

Administrado por Sun Life

Los beneficios de Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) le proporcionan a usted y a sus seres queridos protección financiera en caso de enfermedad, accidente o muerte. Para obtener más información, comuníquese con Sun Life al **800.247.6875** o visite el sitio web **www.sunlife.com/account**.

Seguro Básico de Vida y Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) Pagados por el Empleador

Cafe Rio le ofrece un seguro básico de vida y seguro por muerte y desmembramiento accidental para usted, su cónyuge e hijos sin costo alguno, siempre que sea gerente de restaurante o empleado de un negocio que no sea un restaurante. El monto cubierto es dos veces su salario anual hasta un máximo de \$300,000. El seguro de vida del cónyuge y de los hijos también se paga por un importe de \$5,000.

Seguro de Vida Complementario y Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) Pagado por el Empleado

Para complementar la cobertura proporcionada por Cafe Rio, puede contratar un seguro de vida adicional y cobertura por AD&D para usted en incrementos desde \$10,000 hasta un máximo de \$500,000 (sin exceder cinco veces el salario). El monto de emisión garantizada es de \$200,000 solo para empleados nuevos. Esto significa que no se le pedirá que responda ninguna pregunta relacionada con su salud en las solicitudes de \$200,000 o menos.

Si eligió una cobertura adicional para usted, también puede contratar un seguro de vida a término y por AD&D para su cónyuge en incrementos de \$10,000 a \$250,000. El monto de emisión garantizada es de \$30,000 solo para empleados nuevos.

Puede contratar un seguro de vida a término adicional para sus hijos por un importe de \$10,000 o \$20,000, si eligió una cobertura adicional para usted.

Evidencia de Asegurabilidad

Durante la inscripción abierta o el período de elegibilidad de nuevas contrataciones, usted no está obligado a completar la Evidencia de Asegurabilidad (EOI) a menos que solicite montos de cobertura que excedan la emisión garantizada. Se le garantizará el monto hasta la emisión garantizada (GI), pero cualquier monto adicional estaría sujeto a evaluación médica.

Designación de Beneficiario

Le recomendamos que designe a un beneficiario para sus pólizas de seguro de vida. Un beneficiario es la persona (o personas, patrimonio, fideicomiso, etc.) a quien se le pagarán los beneficios en caso de fallecimiento. Puede cambiar el beneficiario en cualquier momento del año.

Tarifas Mensuales Opcionales del Seguro de Vida y AD&D por \$1,000 de Beneficio		
Edad	Empleado	Cónyuge
Menores de 20 años	\$0.057	\$0.057
De 20 a 24 años	\$0.090	\$0.090
De 25 a 29 años	\$0.090	\$0.090
De 30 a 34 años	\$0.090	\$0.090
De 35 a 39 años	\$0.110	\$0.110
De 40 a 44 años	\$0.159	\$0.159
De 45 a 49 años	\$0.239	\$0.239
De 50 a 54 años	\$0.379	\$0.379
De 55 a 59 años	\$0.610	\$0.610
De 60 a 64 años	\$0.935	\$0.935
De 65 a 69 años	\$1.714	\$1.714
De 70 a 74 años	\$3.494	\$3.494
De 75 a 79 años	\$7.058	\$7.058
De 80 a 99 años	\$14.022	\$14.022

Seguro de Vida Opcional para Hijo Dependiente (sin AD&D) <i>Las primas son por familia, no por hijo</i>	
Seguro de Vida a Término	Prima Mensual
\$10,000	\$2.97
\$20,000	\$3.35

Cálculo de sus Primas Mensuales			
Seguro de Vida a Término	Incremento	Tasa	Costo Mensual
Empleado \$ _____	/ \$10,000 x	\$ _____ =	\$ _____
Cónyuge \$ _____	/ \$10,000 x	\$ _____ =	\$ _____
COSTO MENSUAL TOTAL =		\$ _____	

Discapacidad a Corto y Largo Plazo

Administrado por Sun Life

Los beneficios del seguro por discapacidad reemplazan una parte de sus ingresos si no puede trabajar por un tiempo debido a una lesión o enfermedad calificada fuera del trabajo. Para obtener más información, comuníquese con Sun Life al **800.247.6875** o visite el sitio web **www.sunlife.com/account**.

Seguro de Discapacidad a Corto Plazo Pagado por el Empleador

El seguro por discapacidad a corto plazo proporciona una fuente de ingresos en caso de que su discapacidad calificada le impida trabajar durante más de una semana.

Seguro por Discapacidad a Largo Plazo Pagado por el Empleador

El seguro por discapacidad a largo plazo proporciona una fuente continua de ingresos en caso de que su discapacidad se prolongue.

Definición de Discapacidad

La definición de discapacidad se utiliza con fin de determinar la elegibilidad de un empleado para recibir los beneficios. La incapacidad física o mental de una persona para realizar las tareas principales de su ocupación debido a una enfermedad o lesión.

Elegibilidad

Si usted es gerente de un restaurante o empleado de un negocio que no es un restaurante, usted es elegible para recibir los beneficios del seguro de discapacidad a corto y largo plazo pagados por el empleador sin costo alguno para usted.

Beneficios por Discapacidad		
	Discapacidad a Corto Plazo	Discapacidad a Largo Plazo
Importe del Beneficio	60 % de los ingresos semanales	60 % del salario mensual
Beneficio Máximo	\$1,385 semanal	\$6,000 mensual
Período de Espera de Beneficios	14 días	180 días
Duración Máxima del Beneficio	24 semanas	Edad de Jubilación Estándar del Seguro Social
Definición de Ganancias	Sueldo o salario anual del empleado. No incluye horas extras, bonificaciones, comisiones u otra compensación adicional.	



Beneficios Voluntarios Complementarios

Administrado por Chubb

Los beneficios voluntarios pueden ayudar a salvaguardar sus finanzas personales. Están diseñados para complementar los planes médicos mediante la protección financiera en caso de algún accidente o problema de salud grave. Estos planes no pretenden reemplazar la verdadera cobertura médica. Este es un breve resumen de cada plan que se ofrece. Para obtener más información, consulte los folletos disponibles en su portal de inscripción.

Elegibilidad e Inscripción

- » Empleados elegibles para beneficios que trabajan.
- » Los cónyuges pueden estar inscritos si son menores de 70 años y los hijos pueden estar inscritos hasta los 26 años (debe elegir la cobertura usted mismo).
- » Inscripción en línea. No se le harán preguntas relacionadas con su salud, ya que tiene cobertura garantizada.
- » Estos planes son compatibles con las Cuentas de Ahorro para la Salud.

Seguro de Indemnización Hospitalaria Grupal de Voya

Una estadía durante la noche en el hospital es costosa y puede haber costos adicionales no relacionados con su estadía, como tener un bebé o faltar al trabajo. La cobertura de Internación Hospitalaria paga un beneficio en efectivo cuando se le admite para una estadía durante la noche. El plan también paga un beneficio diario cada día por hasta 30 días por internación. Si lo internan en la UCI, el beneficio diario paga el doble. Puede usar el dinero para pagar las facturas médicas no cubiertas por el seguro o de cualquier manera que considere conveniente.

Los beneficios de un plan de Indemnización Hospitalaria se pueden utilizar para ayudarlo a pagar lo siguiente: deducibles, coseguro, costos fuera de la red, gastos diarios, etc. Los beneficios se pagan independientemente de otra cobertura y este plan es compatible con las Cuenta de Ahorros para la Salud. Los beneficios incluyen lo siguiente:

- » Pago de beneficios diarios por internación; el beneficio de admisión se paga una vez en el año calendario.
- » Unidad de Rehabilitación: pagadero durante un máximo de 30 días.
- » Beneficio de bienestar de \$50 por empleado/cónyuge y hasta cuatro Beneficios de bienestar de \$25 para hijos pagaderos por año calendario.

Beneficios de Hospitalización			
Internación del Primer Día	Internación Hospitalaria Diaria hasta 30 días	Beneficio de Cuidados Intensivos hasta 15 días	Unidad de Rehabilitación hasta 30 días
\$1,600	\$200	\$400	\$100

Primas Quincenales del Plan Hospitalario			
Solo Empleado	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijo(s)	Familiar
\$12.32	\$27.10	\$21.21	\$35.99



Seguro Grupal para Accidentes de Chubb (fuera del trabajo)

El seguro para accidentes puede proporcionarle un colchón que lo ayude a cubrir los gastos y el costo diario si se lesiona de forma inesperada fuera del trabajo. Aunque puede contar con un seguro médico para cubrir los gastos médicos, generalmente no cubre los costos indirectos que puedan surgir con una lesión grave o incluso no tan grave. Es posible que termine pagando de su propio bolsillo por cosas como transporte, medicina de venta libre, atención diurna y ayuda adicional en toda la casa. Con el seguro contra accidentes, los beneficios que usted reciba puede ayudar a cubrir estos gastos adicionales y cualquier otra cosa que surja.

Con el Seguro Grupal para Accidentes Fuera del Trabajo de Voya, puede tener tranquilidad y saber que:

- » La cobertura está garantizada: no es necesaria la evidencia de asegurabilidad en la inscripción inicial.
- » Los beneficios se le pagan directamente a usted, a menos que se le asignen a otra persona.
- » Los beneficios se pagan además de cualquier otra cobertura.
- » La cobertura es transferible y puede continuar si el empleado abandona el grupo.

Los Aspectos Destacados del Plan incluyen lo siguiente:

- » Atención urgente y beneficios en la sala de urgencias, fracturas, dislocaciones, suturas, ambulancia, hospitalización y más (consulte los documentos del plan). También incluye un beneficio de bienestar anual que puede ayudar a compensar el costo de la prima.

Seguro de Accidentes	
Programa de Prestaciones	Costo para el Empleado por Período de Pago
Dislocaciones y fracturas	Hasta \$6,400
Ambulancia	\$300 Regular/\$1,250 Aérea
Servicios de Atención Urgente	\$200
Servicios de la Sala de Urgencias	\$200
Internación Hospitalaria	\$1,125 (\$350/día)
Beneficio de Bienestar	\$50 por empleado/cónyuge \$25 para hasta cuatro hijos

Primas Quincenales del Plan de Accidentes			
Solo Empleado	Empleado y Cónyuge	Empleado e Hijo(s)	Familiar
\$5.43	\$9.08	\$11.45	\$14.22

Seguro Grupal por Enfermedad Grave de Chubb

El seguro por Enfermedad Grave proporciona un beneficio de suma global para ayudarlo a cubrir los gastos de bolsillo asociados con el diagnóstico de una enfermedad. Chubb pagará el monto que usted elija hasta dos veces por cada enfermedad (excepto Cáncer) siempre y cuando transcurra un período de 6 meses entre un diagnóstico y otro.

Con el Seguro Grupal por Enfermedad Grave de Voya puede tener tranquilidad y saber que:

- » La cobertura está garantizada: no es necesaria la evidencia de asegurabilidad.
- » El empleado puede elegir entre \$10,000 o \$20,000.
- » El cónyuge del empleado puede elegir entre \$5,000 o \$10,000.
- » La cobertura se reduce en un 50 % a los 70 años, pero las primas no se reducen.
- » Los hijos dependientes menores de 26 años están cubiertos por la cobertura del empleado sin costo adicional. El monto del beneficios por Enfermedad Grave del hijo equivale al 50 % del monto de su beneficio.
- » La cobertura es transferible y puede continuar si el empleado abandona el grupo.

Los Aspectos Destacados del Plan Incluyen lo Siguiente:

Ataque Cardíaco	Bypass Arterial Coronario (25 %)	Esclerosis Lateral Amiotrófica
Accidente Cerebrovascular	Coma	Enfermedad de Parkinson
Insuficiencia Orgánica Importante	Tumor Cerebral Benigno	Enfermedad de Alzheimer
Cáncer y Cáncer de Piel (10 %)	Sordera	Enfermedades Infecciosas
Parálisis Permanente	VIH adquirido en el Trabajo	Insuficiencia Renal (Riñón) en Etapa Terminal
Carcinoma in Situ (25 %)	Ceguera	Esclerosis Múltiple
Enfermedad Infecciosa (25 %)	Hepatitis B o C	Colocación del marcapasos (10 %)

Beneficio de Bienestar

Paga \$50 por empleado y cónyuge pagadero por año calendario

Tarifas por Enfermedades Graves (edad alcanzada)

Tarifas Quincenales para la Cobertura de Empleados e Hijos No Fumadores		
Edad	\$10,000	\$20,000
Menos de 30	\$2.77	\$4.94
De 30 a 39	\$3.32	\$6.07
De 40 a 49	\$6.32	\$12.05
50-59	\$12.60	\$24.60
De 60 a 64	\$20.35	\$40.11
De 65 a 69	\$26.08	\$51.55
Más de 70	\$30.74	\$60.88

Tarifas Quincenales para la Cobertura de Empleados e Hijos Fumadores		
Edad	\$10,000	\$20,000
Menos de 30	\$3.74	\$6.88
De 30 a 39	\$4.94	\$9.28
De 40 a 49	\$9.78	\$18.97
50-59	\$20.40	\$40.20
De 60 a 64	\$34.29	\$67.98
De 65 a 69	\$40.11	\$79.62
Más de 70	\$46.11	\$91.62

Tarifas Quincenales para la Cobertura de Cónyuges No Fumadores		
Edad	\$5,000	\$10,000
Menos de 30	\$1.80	\$3.00
De 30 a 39	\$2.08	\$3.55
De 40 a 49	\$3.62	\$6.65
50-59	\$7.22	\$13.85
De 60 a 64	\$11.45	\$22.29
De 65 a 69	\$14.33	\$28.06
Más de 70	\$23.79	\$46.98

Tarifas Quincenales para la Cobertura de Cónyuges		
Edad	\$5,000	\$10,000
Menos de 30	\$2.33	\$4.06
De 30 a 39	\$2.93	\$5.26
De 40 a 49	\$5.45	\$10.29
50-59	\$11.49	\$22.38
De 60 a 64	\$19.11	\$37.62
De 65 a 69	\$21.97	\$43.34
Más de 70	\$36.42	\$72.23



Información sobre las Reclamaciones

Para obtener formularios de reclamación, números de teléfono e información de correo postal, o para enviar sus reclamaciones a Voya por vía electrónica, visite el Centro de Reclamaciones de Chubb en: www.chubb.com. Puede solicitar su beneficio de bienestar por vía telefónica (no necesita un formulario de reclamación o un comprobante de examen) al: **866.324.8222**.

Servicios Legales

Administrado por Nationwide

LegalGUARD es un plan de seguro que brinda apoyo y protección contra asuntos legales personales inesperados y brinda cobertura para usted, su cónyuge, sus hijos dependientes y sus padres por \$16,03 al mes. Con LegalGUARD dispondrá de lo siguiente:

- » Un abogado con experiencia específica para su asunto legal personal
- » Acceso a una red nacional de abogados o una opción para utilizar beneficios “fuera de la red”
- » Ayuda para solucionar asuntos legales comunes individuales o familiares

Ser miembro le ahorra honorarios legales y proporciona una cobertura pagada en su totalidad para los siguientes aspectos:

- » Hogar y Residencial
- » Financiero y Consumidor
- » Planificación y Voluntad Patrimonial
- » Automóvil y Tráfico
- » Familiar
- » General

Aspectos Adicionales Destacados del Plan Médico:

Asistencia de Inmigración: Asesoramiento y Consulta ilimitados, preparación de declaraciones juradas y poderes notariales, asistencia con la preparación de juicios ***El plan cubre a todos los miembros de la familia cubiertos y no cubiertos hasta 15 horas por año por persona

Cinco Horas de Misceláneos: Nationwide ha ofrecido a los empleados de Cafe Rio 5 horas adicionales que pueden utilizarse además de cualquier servicio cubierto o no cubierto, lo que incluye, entre otros, la representación en la corte por asuntos de inmigración.

Beneficios Adicionales incluidos sin costo hasta 10 horas por miembro al año:

- » Deuda
- » Presupuesto
- » Ley de la Tercera Edad y Financiero
- » Prevención y Restauración del Robo de Identidad
- » Crédito
- » Planificación Financiera
- » Asistencia de Inmigración (15 horas al año)



Beneficios de Jubilación Roth y 401(k)

Administrado por The Standard

Cafe Rio le ofrece un valioso beneficio con el fin de ayudarlo a ahorrar para el futuro. Ahorrar ahora puede ayudarlo a tener los ingresos que necesitará en la jubilación, así que comience hoy y dé el primer paso hacia un futuro financiero más brillante.

¿Por qué son convenientes los Planes de Jubilación?

Contribuir a un plan 401(k) tiene importantes ventajas impositivas. Por ejemplo, sus contribuciones calificadas y todas las ganancias en su cuenta no están sujetas a impuestos federales actuales sobre la renta (o cuando corresponda, impuestos estatales o locales) hasta que las retire del Plan. Este aplazamiento de impuestos le permite a sus ahorros de jubilación la posibilidad de crecer en las condiciones más favorables posibles.

Las contribuciones Roth se incluirán como ingresos imponibles. Las ganancias de las contribuciones Roth se acumularán libres de impuestos, y los retiros de jubilación pueden estar exentos del impuesto federal sobre la renta.

¿Cuándo y Quién Puede Participar?

La participación está abierta a los empleados que hayan cumplido los 21 años. Los empleados elegibles pueden unirse al plan si llevan 60 días en Cafe Rio a partir del período de inscripción trimestral. Las inscripciones trimestrales se realizan en diciembre, marzo, junio y septiembre de cada año.

¿Cómo Empezar?

- » Diríjase a www.mycaferio.com durante el período de inscripción y elija un porcentaje que se retendrá de su sueldo, ya sea 401(k) antes de impuestos o Roth después de impuestos.
- » Puede optar por contribuir hasta \$22,500, en total, a todas las cuentas, con un adicional de \$7,500 si tiene más de 50 años.
- » A continuación, tendrá que dirigirse a Login.standard.com/register para registrar su nueva cuenta y seleccionar las opciones de inversión donde se asignarán sus contribuciones. Podrá registrar su cuenta después de la primera deducción de su sueldo. Si no realiza ninguna selección, las contribuciones irán a la opción de inversión predeterminada para la fecha objetivo de jubilación.

¿Puedo Detener o Cambiar Mis Contribuciones?

Si lo desea, puede cambiar sus contribuciones al final de cada trimestre. Cada trimestre, el equipo de beneficios le enviará la información sobre cómo cambiar sus contribuciones a su correo electrónico y teléfono más actualizados en los archivos. Si desea reducir sus contribuciones al 0 % en cualquier momento, envíe un correo electrónico a benefits@caferio.com, el cambio se realizará en la siguiente nómina aplicable. Una vez que deje de realizar las contribuciones, puede volver a empezar a partir del final de cada trimestre siguiente. Puede aumentar o disminuir la cantidad de sus contribuciones cada trimestre.

Contribuciones de la Compañía

Recibirá un aporte del empleador de dólar por dólar sobre el primer 4 % que aporte a su cuenta 401(K). Todos los fondos también son 100 % conferidos desde el primer día.



Beneficios Adicionales

Otros beneficios, herramientas y recursos importantes disponibles para usted a través de Cafe Rio.

Programa de Asistencia al Empleado (Proporcionado por ComPsych)

Debido a que los problemas personales no resueltos pueden afectar todos los aspectos de la vida, Cafe Rio le proporciona de forma automática a usted y a su familia un Programa de Asistencia al Empleado (EAP) a través de Sun Life. Nuestro EAP está disponible sin costo para usted y puede accederse a él las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nuestro EAP ofrece asistencia telefónica confidencial ilimitada para casi cualquier asunto personal que pueda experimentar. También tiene derecho a consultas en persona para abordar problemas a corto plazo. Pueden ser hasta cuatro sesiones por persona, por problema y por año. Los consejeros autorizados pueden ayudarlo con problemas financieros, violencia doméstica, manejo del estrés, ludopatía y abuso de sustancias, ansiedad, depresión y más. Comuníquese con Sun Life al **800.247.6875** o visite: [GuidanceResources.com](https://www.GuidanceResources.com) | WebID: **EAPEssential**

Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) y Glosario Uniforme

Además de la información del plan incluida en esta Guía de Beneficios, también puede revisar un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, del inglés Summary of Benefits and Coverage) para cada plan médico. Este requisito de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) estandariza la información del plan de salud para que pueda comprender y comparar de mejor manera las características de los planes. Le proporcionaremos una copia del SBC y del Glosario Uniforme de forma automática cada año durante la inscripción abierta. En caso de necesitar una copia adicional, comuníquese con Recursos Humanos.

FSA para atención de dependientes

Administrado por APA Benefits

Una FSA para atención de dependientes le permite ahorrar dinero antes de impuestos para utilizarlo en gastos calificados de atención de dependientes. Esto incluye el cuidado infantil para niños menores de 13 años, gastos de atención para personas mayores o la atención de un dependiente discapacitado que es su dependiente fiscal de cualquier edad.

Usted puede elegir hasta \$7,500 (o \$3,750 si está casado y presenta una solicitud por separado) para destinarlos cada año a gastos de atención de dependientes mientras usted (y su cónyuge, si está casado) trabaje o estudie.

El monto que elija se deducirá de su sueldo en cuotas iguales durante el año hasta que se alcance el máximo anual que haya especificado.

Para utilizar la cuenta, recibirá una tarjeta de débito cargada con el monto de su elección. Puede utilizar la tarjeta para pagar los gastos de cuidado de dependientes elegibles tan pronto como ocurran. También puede usar otras formas de pago y solicitar el reembolso desde su FSA para Atención de Dependientes.

Es posible que se le pida que justifique sus gastos, así que siempre conserve sus recibos o facturas de los gastos de atención de dependientes.

Información de Contacto

¿Necesita Ayuda?			
Si tienes preguntas acerca de...	Comuníquese con	Llame al	Haga clic en
Preguntas Acerca de la Inscripción	Centro de Atención al Cliente de Beneficios	833.267.8699	benefits@caferio.com
Preguntas Generales sobre Beneficios, Tarjetas de Reemplazo, etc.	Equipo de beneficios	801.441.5000 (Opción 5 y, luego, Opción 2)	benefits@caferio.com
Médico	UMR	800.826.9781	www.member.umar.com
Farmacia	SmithRx	844.454.5201	www.smithrx.com
Dental / Oftalmológico	UMR	800.826.9781	www.member.umar.com
Seguro de Vida y Seguro por AD&D y por Discapacidad	Sun Life	800.247.6875	www.sunlife.com/account
Cuenta de Ahorros para la Salud	HealthEquity	866.346.5800	www.healthequity.com
Indemnización Hospitalaria	Chubb	866.324.8222	www.chubb.com
Accidentes			
Enfermedad Grave			
Plan Legal	A nivel nacional	800.248.9000	www.legaleaseplan.com/caferio
Programa de Asistencia al Empleado	Sun Life EAP By Design	800.247.6875	GuidanceResources.com nombre de usuario: LFGSupport contraseña: LFGSupport1
FSA para Atención de Dependientes	Beneficios del APA	801.561.4980	info@apabenefits.com o www.apabenefits.com
401(k)	The Standard	800.858.5420	www.standard.com



Notificaciones y Divulgaciones para la Inscripción Anual

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de Las Mujeres

Si ha tenido o se le realizará una mastectomía, usted tiene derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998 (“WHCRA”, por sus siglas en inglés) Para individuos que gocen de beneficios asociados a la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una forma determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- » Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- » Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- » Prótesis; y
- » Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se entregarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en virtud del plan.

Si desea obtener más información respecto a los beneficios por WHCRA, llame a su Administrador del Plan al Recursos Humanos.

Derechos De Inscripción Especial De HIPAA

CAFE RIO NOTIFICACIÓN DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA

Nuestros registros indican que usted es elegible para participar en el Cafe Rio Plan (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima mediante deducción de nómina).

Una ley federal bajo la denominación HIPAA nos obliga a notificarle acerca de una disposición importante en el plan: su derecho de inscripción en el plan en virtud de su “disposición de inscripción especial” si usted adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para sí mismo o un dependiente elegible al tener en efecto otra cobertura y pierda más adelante dicha otra cobertura por determinadas razones habilitantes.

Pérdida de Otra Cobertura (Excluyendo Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal). Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de otro seguro o plan de salud grupal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura (o si el empleador cesa las contribuciones para la otra cobertura que tenga usted o sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que su otra cobertura o la de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de Cobertura para Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal. Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de que termine su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o de un programa de seguro de salud infantil.

Nuevo Dependiente por Matrimonio, Nacimiento, Adopción o Colocación para Adopción. Si usted tiene un dependiente como consecuencia de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para Asistencia de Prima en virtud de Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños: Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) adquieren elegibilidad para una subvención de asistencia de prima estatal de parte de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal para niños con respecto a la cobertura según este plan, usted podría ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de la determinación de elegibilidad de usted o sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar inscripción especial o para obtener más información acerca de las disposiciones de inscripción especial del plan, contacte a Recursos Humanos.

ADVERTENCIA IMPORTANTE

Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, se le pide indicar que la cobertura en virtud de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud (incluido Medicaid o un programa de seguro de salud infantil) es el motivo por el cual rechaza la inscripción y a usted se le pide identificar dicha cobertura. Si usted no completa el formulario, usted y sus dependientes no accederán a la titularidad de derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura antes descrita, pero conservará sus derechos de inscripción especial al tener un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan, según lo descrito anteriormente. Si usted no adquiere derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura, no puede inscribirse a sí mismo o a sus dependientes en el plan en cualquier momento, a menos que tales derechos de inscripción especial se apliquen a causa de un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan.

Órdenes Médicas Calificadas de Manutención de Menores

Se brindará cobertura a cualquiera de sus hijos dependientes si se emite una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores (QMCSO, del inglés *Qualified Medical Child Support Order*), independientemente de si los hijos residen con usted en la actualidad. Una QMCSO se puede emitir por un tribunal de justicia o emitida por una agencia estatal como un Aviso Nacional de Asistencia Médica (NMSN, del inglés *National Medical Support Notice*), que se trata como una QMCSO. Si se emite una QMCSO, el hijo o los hijos se convertirán en beneficiarios alternativos tratados como cubiertos en virtud del Plan y serán sujetos a las limitaciones, las restricciones, las disposiciones y los procedimientos que se aplican a todos los demás participantes de este.

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **877.KIDS.NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para información sobre cómo presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **866.444.EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid

<http://myalhipp.com>
855.692.5447

ALASKA – Medicaid

El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico
<http://myakhipp.com/> | 866.251.4861
CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

<http://myarhipp.com>
855.MyARHIPP (855.692.7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
<http://dhcs.ca.gov/hipp>
916.445.8322 | Fax: 916.440.5676 | Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Medicaid y CHIP

Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)
<https://www.healthfirstcolorado.com/es/>
Centro de contacto para los miembros | 800.221.3943 | (para personas con incapacidad del habla/óido): 711
Child Health Plan Plus (CHP+)
<https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Atención al cliente de CHP+: 800.359.1991/ retransmisor del estado: 711
Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés)
<https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program>
Atención al cliente de HIBI: 855.692.6442

FLORIDA – Medicaid

<https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
877.357.3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678.564.1162, Presiona 1
Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678.564.1162, Presiona 2

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro de salud
Todos los demás son Medicaid
<https://www.in.gov/medicaid/> | 800.457.4584
Administración de familias y servicios sociales
<http://www.in.gov/fssa/dfr/> | 800.403.0864

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>
800.338.8366
Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>
800.257.8563
HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
888.346.9562

KANSAS – Medicaid

<https://www.kancare.ks.gov/>
800.792.4884 | Teléfono de HIPP: 800.967.4660

KENTUCKY – Medicaid

Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
855.459.6328 | KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
KCHIP: <https://kynect.ky.gov/> | 877.524.4718
Medicaid: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
888.342.6207 (línea directa de Medicaid) o 855.618.5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
800.442.6003 | TTY: Maine relay 711
Página Web para ayuda financiera para el pago de primas de su seguro de salud privado.
<https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms>
800.977.6740 | TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

<https://www.mass.gov/masshealth/pa>
800.862.4840 | TTY: 711 | Email: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

<https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>
800.657.3672

MISSOURI – Medicaid

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
573.751.2005

MONTANA – Medicaid

<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
800.694.3084 | Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

<http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Phone: 855.632.7633 | Lincoln: 402.473.7000 | Omaha: 402.595.1178

NEVADA – Medicaid

<http://dhcnp.nv.gov>
800.992.0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

<https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
603.271.5218 | Toll free number for the HIPP program: 800.852.3345, ext. 15218
| Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid>
800.356.1561
CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
800.701.0710 (TTY: 711) | Asistencia de prima: 609.631.2392

NUEVA YORK – Medicaid

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
800.541.2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

<https://dma.ncdhhs.gov/>
919.855.4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

<https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
844.854.4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

<http://www.insureoklahoma.org>
888.365.3742

OREGON – Medicaid y CHIP

<http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
800.699.9075

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP

<https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
800.692.7462
Sitio web de CHIP: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>
Teléfono de CHIP: 800.986.KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

<http://www.eohhs.ri.gov>
855.697.4347 o 401.462.0311 (Direct Rlte Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

<http://www.scdhhs.gov>
888.549.0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid

<http://dss.sd.gov>
888.828.0059

TEXAS – Medicaid

<https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program>
800.440.0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP)
<https://medicaid.utah.gov/upp/> | Por correo electrónico: upp@utah.gov |
888.222.2542
Expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Programa de compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
CHIP: <https://chip.utah.gov/espanol/>

VERMONT – Medicaid

<https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program>
800.250.8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Medicaid y CHIP: 800.432.5924

WASHINGTON – Medicaid

<http://www.hca.wa.gov>
800.562.3022, ext. 15473

WEST VIRGINIA – Medicaid

<https://dhhr.wv.gov/bms/> o <http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304.558.1700
Teléfono gratuito: 855.MyWVHIPP (855.699.8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
800.362.3002

WYOMING – Medicaid

<http://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
800.251.1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de
Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencias/ebsa
866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
877.267.2323, opción de menú , Ext. 61565

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados del 1974 (ERISA)

Como participante en el Plan, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos para Jubilaciones de Empleados de 1974 (del inglés *Employee Retirement Income Security Act*, ERISA). ERISA establece que todos los participantes tendrán derecho a lo siguiente:

RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN Y LOS BENEFICIOS

Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares especificados, como los lugares de trabajo y las salas sindicales, todos los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos, y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500), si el plan lo presenta ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y está disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado. Obtener, previa solicitud por escrito al administrador del plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, que incluyen los contratos de seguro y descripciones resumidas actualizadas del plan. El administrador puede realizar cobros razonables por esas copias.

CONTINUAR LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD DE GRUPO

Siga teniendo la cobertura de salud para usted, su cónyuge o sus dependientes en caso de pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificado. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el plan respecto a las reglas que rigen sus derechos de continuación de cobertura de COBRA.

Reducción o eliminación de períodos de exclusión de cobertura para afecciones preexistentes según su plan de salud de grupo, si tiene cobertura acreditable de otro plan. Deberían proporcionarle un certificado de cobertura acreditable, sin cargo, de su plan de salud de grupo o de emisor de seguro de salud cuando pierde la cobertura del plan, cuando comienza a tener derecho a elegir la continuación de cobertura según la COBRA, cuando su continuación de cobertura según la COBRA cesa, si lo solicita antes de perder la cobertura o si lo solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin evidencia de cobertura acreditable, puede estar sujeto a exclusión por afecciones preexistentes durante 12 meses (18 meses para inscripciones tardías) después de la fecha de inscripción en su cobertura.

ACCIONES PRUDENTES DE LOS FIDUCIARIOS DEL PLAN

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone deberes a las personas responsables del funcionamiento del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su plan, llamadas "fiduciarios" del plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en interés suyo y de los demás participantes y beneficiarios del plan.

Nadie, ni su empleador, su sindicato ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que usted obtenga beneficios o ejercite sus derechos de conformidad con ERISA.

HAGA CUMPLIR SUS DERECHOS

Si se niega o ignora su reclamación de un beneficio, ya sea en su totalidad o en parte, usted tiene el derecho de saber por qué se hizo esto, de obtener copias de documentos relacionados con la decisión sin cobro y de apelar cualquier negación, todo dentro de ciertos límites temporales establecidos. De conformidad con ERISA, existen pasos que se pueden tomar para hacer cumplir los derechos mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o del último informe anual del plan y no los recibe dentro de un período de 30 días, usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. En ese caso, la corte puede solicitar al administrador del plan que le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 al día hasta que usted reciba los materiales, a menos que esos materiales no fueran enviados debido a razones fuera del control del administrador.

Si tiene una reclamación de beneficios que se rechaza o ignora, total o parcialmente, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del plan o la inacción con respecto al estado calificado de una orden de relación de convivencia o una orden de manutención médica de menores, usted puede presentar una demanda en la corte federal. Si se diera que los fiduciarios del plan hacen mal uso del dinero de este, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios legales. En caso de que la sentencia sea a su favor, el tribunal puede ordenar a la persona que usted ha demandado a que pague dichos costos y honorarios. En caso de que la sentencia se resuelva en su contra, el tribunal puede ordenarle que pague dichos costos y honorarios, por ejemplo, si encuentra que su acción es infundada.

AYUDA CON SUS PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, debe comunicarse con el administrador del plan. Si tiene alguna pregunta acerca de esta declaración o sus derechos de conformidad con ERISA, o si necesita ayuda para obtener los documentos del administrador del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, en su directorio telefónico o en la División de Asistencia Técnica e Investigaciones, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, ubicada en 200 Constitution Avenue N.W., Washington D. C., 20210.

También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades de conformidad con ERISA si llama a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

Aviso de Privacidad de HIPAA

En este aviso, se describe cómo el empleador y sus afiliados pueden utilizar y divulgar su información médica, si la hubiera, y cómo puede obtener acceso a esta información según lo establecido para los planes de salud sujetos a la HIPAA. Revíselo detenidamente.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, del inglés *Health Insurance and Portability and Accountability Act*) de 1996 exige que ciertos planes de salud notifiquen a los participantes y beneficiarios del plan sobre sus políticas y prácticas para proteger la confidencialidad de su información de salud (Código 45 de Regulaciones Federales, en las partes 160 y 164). Cuando la HIPAA se aplica a un plan de salud patrocinado por el Empleador, este documento tiene como objetivo cumplir con el requisito del aviso de la HIPAA para toda la información médica creada, recibida o mantenida por los planes de salud patrocinados por el Empleador (los planes). Las regulaciones reemplazarán cualquier discrepancia entre la información de este aviso y las regulaciones.

Los planes deben crear, recibir y mantener registros que contengan información médica sobre usted para administrar los planes y proporcionarle prestaciones de atención médica. Este aviso describe la política de privacidad de la información médica del plan para sus prestaciones de atención médica, dentales, de cuenta de gastos personales y de cuenta de reembolso flexible. El aviso indica las maneras en que los planes puedan usar y divulgar su información médica, describe sus derechos y las obligaciones que tienen los planes con respecto al uso y la divulgación de su información médica. No aborda las políticas ni las prácticas de información médica de sus proveedores de atención médica.

NUESTRO COMPROMISO CON LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

La política de privacidad y las prácticas de los planes protegen la información médica confidencial que lo identifica o que podría utilizarse para identificarlo y relacionarse con un estado de salud físico o mental, o con el pago de sus gastos de atención médica. Esta información médica identificable individualmente se conoce como “información médica protegida” (PHI, del inglés *Protected Health Information*). Su PHI no se utilizará ni divulgará sin una autorización por escrito de su parte, excepto según lo que se describe en este aviso o según lo permiten las leyes Federales y Estatales de privacidad de la información médica.

OBLIGACIONES DE PRIVACIDAD DE LOS PLANES

La ley exige que los planes cumplan los siguientes puntos: (a) asegurarse de que la información médica que lo identifica se mantenga privada; (b) proporcionarle este aviso de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del plan para la información médica sobre usted; y (c) seguir los términos del aviso que se encuentra actualmente en vigencia.

CÓMO LOS PLANES PUEDEN USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Estas son las diferentes formas en que los planes pueden usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito:

Para Tratamiento. Los planes pueden divulgar su PHI a un proveedor de atención médica que brinda tratamiento en su nombre. Por ejemplo, si no puede proporcionar sus antecedentes médicos como resultado de un accidente, los planes pueden informar a un médico de la sala de urgencias sobre los tipos de medicamentos de venta con receta que toma actualmente.

Para Pago. Los planes pueden usar y divulgar su PHI para que las reclamaciones por tratamiento de atención médica, servicios y suministros que reciba de proveedores de atención médica puedan pagarse de acuerdo con los términos de los planes. Por ejemplo, los planes pueden recibir y mantener información sobre la cirugía que recibió para permitir que los planes procesen una reclamación de un hospital para el reembolso de los gastos quirúrgicos incurridos en su nombre.

Para Operaciones de Atención Médica. Los planes pueden usar y divulgar su PHI para poder trabajar, o para hacerlo de manera más eficaz, o para hacer que ciertos participantes del plan reciban sus prestaciones médicas. Por ejemplo, los planes pueden usar su PHI para la administración de casos o a fin de realizar estudios basados en la población, diseñados para reducir los costos de atención médica. Además, los planes pueden usar o divulgar su PHI para realizar revisiones de cumplimiento, auditorías, estudios actuariales o para detección de fraude y abuso. Los planes también pueden combinar la información médica de muchos participantes del plan y divulgarla al Empleador y a sus afiliados, si los hubiera, de manera resumida, para poder decidir qué coberturas deben proporcionar los planes. Los planes pueden eliminar la información que lo identifica de la información médica divulgada, para que pueda utilizarse sin que el Empleador esté al tanto de quiénes son los participantes específicos.

Al Empleador. Los planes pueden divulgar su PHI al personal designado del Empleador para que puedan llevar a cabo sus funciones administrativas relacionadas con el plan, incluidos los usos y las divulgaciones que se describen en este aviso. Estas divulgaciones se harán solamente al Director de Privacidad del Empleador y al personal bajo su supervisión. Estas personas protegerán la privacidad de su información de salud y se asegurarán de que se utilice solo como se describe en este aviso o según lo permita la ley. A menos que usted lo autorice por escrito, su información de salud: 1) no podrá ser divulgada por los planes a ningún otro empleado y 2) no será utilizada por el Empleador para ninguna acción y decisión relacionada con el empleo o con otro plan de beneficios para empleados patrocinado por el Empleador.

A un Socio Comercial. Ciertos servicios son proporcionados a los planes por administradores externos conocidos como “socios comerciales”. Por ejemplo, los planes pueden ingresar información sobre su tratamiento de atención médica en un sistema electrónico de procesamiento de reclamaciones mantenido por el socio comercial para que pueda pagar su reclamación. De este modo, los planes divulgarán su PHI a su socio comercial para que pueda realizar su función de pago de reclamaciones. Sin embargo, los planes exigirán a sus socios comerciales, a través del contrato, que protejan adecuadamente su información médica.

Alternativas de Tratamiento. Los planes pueden usar y divulgar su PHI para informarle sobre posibles opciones de tratamiento o alternativas que pueden ser de su interés.

Prestaciones y Servicios Relacionados con la Salud. Los planes pueden usar y divulgar su PHI para informarle sobre las prestaciones o los servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Persona Involucrada en su Atención o Pago de su Atención. Los planes pueden divulgar PHI a un amigo cercano o familiar involucrado, o quién ayude a pagar su atención médica. Los planes también pueden asesorar a un familiar o a un amigo cercano sobre su afección, su ubicación (por ejemplo, si está en el hospital) o la muerte.

Si lo Exige la Ley. Los planes divulgarán su PHI cuando así lo requieran las leyes Federales, Estatales o locales, incluidas aquellas que requieran el informe de ciertos tipos de heridas o lesiones físicas.

Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Los planes pueden divulgar su PHI al HHS (Salud y Servicios Humanos, del inglés *Health and Human Services*) para la investigación o determinación del cumplimiento de las regulaciones de privacidad.

SITUACIONES ESPECIALES DE USO Y DIVULGACIÓN

Los planes también pueden usar o divulgar su PHI en las siguientes circunstancias:

Juicios y Controversias. Si se involucra en una demanda u otra acción legal, los planes pueden divulgar su PHI como respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, una orden judicial, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal.

Cumplimiento de la Ley. Los planes pueden divulgar su PHI si así lo solicita el funcionario de una agencia policial, por ejemplo, para identificar o localizar a un sospechoso, un testigo importante o una persona perdida, o para denunciar un delito, el lugar del delito o las víctimas del mismo, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que lo cometió.

Compensación para Trabajadores Los planes pueden divulgar su PHI en la medida en que lo autorice y en la medida en que sea necesario a fin de cumplir con las leyes de compensación para trabajadores y otros programas similares.

Militares y Veteranos. Si usted es o se convierte en miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos, los planes pueden divulgar información médica sobre usted según lo consideren necesario las autoridades militares.

Evitar una Amenaza Grave para la Salud o la Seguridad. Los planes pueden usar y divulgar su PHI cuando sea necesario a fin de prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona.

Riesgos para la Salud Pública. Los planes pueden divulgar su información médica para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades; el informe de nacimientos y defunciones; el informe de abusos o negligencia infantil; o el informe de reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos o para notificar a la gente la retirada de productos que están utilizando.

Actividades de Supervisión de la Salud. Los planes pueden divulgar su PHI a una agencia de supervisión médica para auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias necesarias para que el Gobierno monitoree el sistema de atención médica y los programas gubernamentales.

Investigación. En determinadas circunstancias, los planes pueden usar y divulgar su PHI con fines de investigación médica.

Seguridad Nacional, Actividades de Inteligencia y Servicios de Protección. Los planes pueden divulgar su PHI a funcionarios Federales autorizados: 1) para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacionales autorizadas por la ley, y 2) para permitirles proporcionar protección a los miembros del Gobierno de los Estados Unidos o a los jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es donante de órganos, los planes pueden divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos para facilitar la donación de órganos o tejidos y el trasplante.

Médico Forense, Examinador Médico y Director de Funerarias. Los planes pueden divulgar su PHI a un médico forense o un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. Los planes también pueden divulgar su PHI a un director de funerarias, según sea necesario, para llevar a cabo su deber.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Estos son sus derechos con respecto a la información médica que los planes conservan:

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Tiene derecho a inspeccionar y a copiar su PHI. Esto incluye información sobre la elegibilidad de su plan, los registros de reclamaciones y apelaciones, y los registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar la información médica que mantienen los planes, envíe su solicitud por escrito al Director de Privacidad. Los planes pueden cobrar una tarifa por el costo de copiar o enviar su solicitud por correo. En circunstancias limitadas, los planes pueden denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su PHI. Por lo general, si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar una revisión de la denegación.

Derecho a Enmendar. Si considera que la información médica que tienen los planes sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que se modifique. Tiene derecho a solicitar una enmienda, siempre y cuando la información sea conservada por o para los planes. Para solicitar una enmienda, envíe una solicitud detallada por escrito al Director de Privacidad. Debe proporcionar los motivos para respaldar su solicitud. Los planes pueden denegar su solicitud si usted pide modificar información médica precisa y completa, que no fue creada por los planes; que no forma parte de la información médica guardada por los planes o para los planes; o que no es información que se le permita inspeccionar o copiar.

Derecho a un Registro de las Divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un “registro de las divulgaciones”. Se trata de una lista de divulgaciones de su PHI que los planes hicieron a otros, excepto aquellos necesarios para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica; divulgaciones que se le han hecho; divulgaciones realizadas antes de esta fecha de

entrada en vigor al final de este aviso; o en ciertas otras situaciones. Para solicitar un registro de las divulgaciones, envíe su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Su solicitud debe indicar un período que puede no ser superior a seis años antes de la fecha en que se solicitó la cuenta.

Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción en la información médica que los planes utilizan o divulgan sobre usted para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que los planes divulgan sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitar que los planes no usen ni divulguen información sobre una cirugía que tuvo. Para solicitar restricciones, presente su solicitud por escrito al Director de Privacidad. Debe informarnos los siguientes elementos: 1) qué información desea limitar; 2) si desea limitar el uso de los planes, la divulgación o ambos; y 3) a quién desea que se aplique el límite o los límites. Nota: No es obligatorio que los planes acepten su solicitud.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que los planes se comuniquen con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que los planes le envíen formularios de explicación de los beneficios (EOB, del inglés *Explanation of Benefits*) sobre sus reclamaciones de beneficios a una dirección específica. Para solicitar comunicaciones confidenciales, presente su solicitud por escrito al Director de Privacidad. Los planes harán todo lo posible para satisfacer todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que se comuniquen con usted.

UNA NOTA SOBRE LOS REPRESENTANTES PERSONALES

Puede ejercer sus derechos a través de un representante personal autorizado. Su representante personal deberá presentar evidencia de su autoridad para actuar en su nombre antes de que se le dé acceso a su PHI o se le permita tomar cualquier decisión por usted. La prueba de dicha autoridad puede adoptar una de las siguientes formas:

- » Un poder notarial para fines de atención médica, legalizado por un notario público;
- » Una orden judicial de designación de la persona como el tutor legar o tutor de la persona; o
- » Una persona que es el padre de un hijo menor.

Los planes conservan la posibilidad de denegar el acceso a su PHI a un representante personal para brindar protección a aquellas personas vulnerables que dependen de otras personas para ejercer sus derechos en virtud de estas reglas y que pueden estar sujetas a abuso o negligencia. Esto también se aplica a representantes personales de menores de edad.

CAMBIO A ESTE AVISO

Los planes se reservan el derecho a modificar este aviso en cualquier momento y a hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la información médica que los planes ya tienen sobre usted, así como cualquier información que los planes reciban en el futuro. Los planes publicarán una copia del aviso actual en el consultorio del Empleador. Todas las personas cubiertas por el Plan recibirán un aviso revisado dentro de los 60 días de una revisión material de la notificación.

AVISO DE INCUMPLIMIENTO DE LA PHI

Usted tiene derecho a recibir un aviso cuando existe una violación de su PHI no protegida.

QUEJAS

Si cree que infringieron sus derechos de privacidad en virtud de esta política, puede presentar una queja por escrito ante el Director de Privacidad en la dirección que se indica a continuación. Como alternativa, puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue S.W., Washington D.C. 20211), generalmente en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que se produjo el acto o la omisión que motivó la queja. Nota: Ni los planes, ni el Empleador ni ninguno de sus afiliados tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Un plan debe obtener su autorización por escrito a fin de usar o divulgar notas de psicoterapia, para usar la PHI con fines de comercialización o para vender la PHI. Una autorización para el uso o la divulgación de notas de psicoterapia solo puede combinarse con otra autorización para el uso y la divulgación de notas de psicoterapia.

Los planes (excluidos los planes de atención a largo plazo) tienen prohibido usar o divulgar la PHI que sea información genética con fines de suscripción.

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o por las leyes que se aplican a los planes se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si autoriza que el plan utilice o divulgue su PHI, puede revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento. Si autoriza que el plan utilice o divulgue su PHI, puede revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, los planes ya no utilizarán ni divulgarán su PHI por los motivos cubiertos por su autorización escrita; sin embargo, los planes no revertirán ningún uso o divulgación ya realizados.

Información de Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Director de Privacidad del Empleador, a la atención del: Director de Privacidad.

Actualizado y vigente a partir del 26 de marzo del 2018

Notificación de Cobertura Acreditable

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Cafe Rio y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. 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 usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Cafe Rio ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Cafe Rio en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare. Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE DE MEDICAMENTOS?

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿QUÉ SUCEDE CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE DE MEDICAMENTOS?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con puede ser afectada. Si cancela su cobertura actual con Cafe Rio y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

¿CUÁNDO USTED PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (PENALIDAD) PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE DE MEDICAMENTOS?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Cafe Rio y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE MEDICARE PARA RECETAS MÉDICAS:

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- » Visite www.medicare.gov/ por Internet para obtener ayuda personalizada
- » Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- » Llame GRATIS al **800.MEDICARE (800.633.4227)**. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al **877.486.2048**.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al **800.772.1213** (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al **1.800.325.0778**).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Ley de Protección de Recién Nacidos y Madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguro de salud por lo general no podrían, en virtud de la Ley Federal, restringir beneficios por cualquier duración de estadía hospitalaria que se relacione con el parto para la madre o hijo recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por lo general no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los aseguradores no pueden, en virtud de la ley federal, obligar a un proveedor a obtener autorización del plan o asegurador para indicar una duración de estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Atención Preventiva

Ciertos servicios de atención preventiva deben ser proporcionados por planes de salud de grupos anteriores en los que no se comparten los costos de los miembros (como deducibles o copagos) cuando estos servicios son proporcionados por un proveedor de la red. Consulte a su compañía de seguros para obtener más información. La información de contacto aparece en sección “Contactos” de esta guía.

MODELO DE AVISO GENERAL DE LOS DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

MODELO DE AVISO GENERAL DE LOS DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA (PARA QUE USEN LOS PLANES DE SALUD GRUPALES DE UN SOLO EMPLEADOR)

DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN CONFORME A LA LEY COBRA

INTRODUCCIÓN

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento específico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- » sus horas de empleo se reducen; o
- » su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- » su cónyuge muere;
- » las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- » el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- » su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- » se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- » el empleado cubierto muere;
- » las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- » el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- » el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- » los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- » la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- » la muerte del empleado; o
- » el hecho de que el empleado adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días posteriores a que se produzca el evento habilitante.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

EXTENSIÓN POR DISCAPACIDAD DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes

de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

EXTENSIÓN POR UN SEGUNDO EVENTO ESPECÍFICO DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿HAY OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE, EN CASO DE SER ELEGIBLE, DESPUÉS DE QUE FINALICE LA COBERTURA DE MI PLAN DE SALUD COLECTIVO?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- » El mes posterior a la finalización del empleo.
- » El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

INFORME A SU PLAN SI CAMBIA DE DIRECCIÓN

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Recursos Humanos

Ley de Licencia Médica y Familiar

LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA (FMLA)

La FMLA (Ley de Licencia Familiar y Médica, del inglés *Family & Medical Leave*) está diseñada para ayudar a los empleados a equilibrar sus responsabilidades laborales y familiares, ya que les permite tomar una licencia razonable no remunerada por ciertas razones familiares y médicas. También busca adaptarse a los intereses legítimos de los empleadores y promover la igualdad de oportunidades de empleo para hombres y mujeres. La FMLA se aplica a todas las agencias públicas, todas las escuelas primarias y secundarias públicas y privadas, y a empresas con 50 o más empleados. Puede haber ocasiones en las que necesite una licencia extendida. La empresa tiene una Política de Licencia Familiar y Médica que cumple con la Ley de Licencia Familiar y Médica del año 1993 (FMLA), según su enmienda. La FMLA proporciona un derecho de hasta 12 semanas, lo que protege los trabajos y las prestaciones de los empleados en caso de una circunstancia médica o familiar, lo que requiere que el empleado se tome un tiempo libre del trabajo sin pago. En general, el empleado debe haber trabajado durante, al menos, 12 meses y, al menos, 1,250 horas durante los últimos 12 meses inmediatamente anteriores del primer día de licencia.

Circunstancias que Permiten la Licencia por razones Familiares y Médicas

- » Nacimiento del hijo de un empleado (dentro de los 12 meses posteriores al nacimiento);
- » Adopción de un hijo por parte de un empleado (dentro de los 12 meses posteriores a la custodia);
- » Custodia de un niño con el empleado para el cuidado tutelar (dentro de los 12 meses posteriores a la custodia);
- » Atención de un hijo, cónyuge o padre que tiene una afección médica grave;
- » Incapacidad del empleado debido a una afección grave de salud;
- » Licencia por Servicio Militar

Es posible que se apliquen leyes de licencia adicionales según su estado específico y si usted, un dependiente o un miembro militar. Siempre que sea posible, se debe solicitar la licencia por adelantado. Si tiene preguntas sobre la FMLA o cualquier solicitud de licencia, comuníquese con Recursos Humanos.



Notas

Notas

Este resumen de prestaciones fue preparado por



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting



Cafe Rio

MEXICAN GRILL®