



**RRD BENEFITS**  
HEALTH | WEALTH | LIFE

# **2023 Guía de Inscripción en los Beneficios**

para Empleados Nuevos

**BENEFICIOS DE RRD,  
EN CADA PASO DEL CAMINO.**

**! ¡Se Requiere Actuar!**



## BENEFICIOS DE RRD EN CADA PASO DEL CAMINO

Dondequiera que le lleve la vida, sus beneficios de RRD están ahí para apoyar su salud física, económica y personal.

---

Lo animamos a que analice detenidamente sus beneficios para que pueda tomar las mejores decisiones para usted y su familia. También le animamos a que dedique tiempo para entender cómo trabajan sus beneficios para que pueda usarlos para llevar su mejor vida en cada paso de su jornada.

Su *Guía de Inscripción en los Beneficios de 2023 para Empleados Nuevos* le da un panorama general de sus opciones de beneficios. Por favor revísela con cuidado. Para ver lo que pagará por la cobertura en 2023, consulte la **página de inscripción** y use la herramienta "Ask Emma" para ayudarlo a comparar sus opciones y costos.

Inscríbase antes de la fecha límite que se especifica en su paquete de inscripción. (La fecha en su paquete de inscripción es su fecha de vigencia de los beneficios. Si la fecha que se muestra es el 1° de febrero, debe inscribirse antes del 31 de enero). Ésta es su única oportunidad de elegir sus beneficios de 2023, a menos que tenga un evento de cambio de estatus calificado (p. ej., matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo u otro cambio calificado en su estatus de vida o de trabajo) durante el año.



**myRRDbenefits.com**

Encuentre todo lo que necesita  
saber sobre sus beneficios de RRD.

# ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS

En general, es elegible para los beneficios RRD si es un empleado regular de tiempo completo o empleado de tiempo parcial elegible a los beneficios de RRD o cualquiera de sus subsidiarias participantes. Ciertos empleados también pueden ser elegibles bajo los requisitos de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio si trabajaron un número mínimo de horas en el año anterior.

## Dependientes Elegibles

En general, los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge (incluso su cónyuge según la ley consuetudinaria en estados que reconocen esta clase de matrimonio)
- Su pareja doméstica
- Sus hijos hasta los 26 años, incluso:
  - Hijos propios
  - Hijos legalmente adoptados
  - Hijastros
  - Hijos en custodia
  - Los hijos de quienes sea el tutor legal único
  - Los hijos de su pareja doméstica
- Su hijo dependiente de la edad de 26 años y más que no sea capaz de ganarse la vida debido a una incapacidad, con apego a las condiciones que se definen en el SPD y en los SMM que se relacionen y/o en el certificado del seguro

## Dependientes Inelegibles

Sus padres, abuelos, hermanos adultos y hermanas adultas no son elegibles para la cobertura. Sus hermanos y hermanas menores o nietos no son elegibles para la cobertura a menos que usted sea el tutor legal único. No puede cubrir a una persona que esté cubierta como empleado o como dependiente de otro empleado bajo el Plan. El Plan no paga beneficios por dependientes no elegibles, incluso si están inscritos.

### ¿Son sus dependientes elegibles para la cobertura?

- **Si sus dependientes se hacen inelegibles para la cobertura,** tiene obligación de llamar al Centro de Beneficios o ir en línea para quitarlos de la cobertura generalmente dentro 30 días de la fecha en que dejen de ser elegibles. No se pagarán reclamos por los dependientes que no sean elegibles.
- **Si recién inscribió a un dependiente,** esté pendiente de la carta de verificación de dependientes por correo postal o electrónico. Si no responde de manera oportuna con prueba aceptable de la elegibilidad de sus dependientes, le pudieran negar la cobertura del dependiente.

RRD conduce auditorías continuas para confirmar que los dependientes inscritos en el Plan son elegibles para la cobertura. Esto asegura que sólo los dependientes elegibles están cubiertos, lo que nos ayuda a manejar los costos de salud tanto para usted como para la compañía.



### ¿NECESITA MÁS DETALLES SOBRE LA ELEGIBILIDAD?

Esta información es un resumen y no incluye todas las disposiciones, condiciones o definiciones del Plan. Para más detalles, por favor consulte el SPD, y cualquier SMM relacionado y, en algunos casos, el certificado de seguro por cada beneficio.



# Resumen de los Beneficios de Salud y Bienestar

Estos beneficios están a disposición suya, siempre y cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad y el período de espera. Recibe algunos beneficios automáticamente mientras que otros los recibe después de que escoja la opción y la categoría de cobertura y pague las primas correspondientes.

|                                                                                                | QUIÉN ES ELEGIBLE                                                                                                                                           | CUÁNDO ENTRA EN VIGENCIA LA COBERTURA                         | QUIÉN SE INSCRIBE      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------|
| Beneficios proporcionados por RRD (sin contribución del empleado)                              |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |
| Seguro de Vida Básico del Empleado                                                             | Empleados regulares de tiempo completo y de tiempo parcial elegibles para los beneficios de RRD o cualquiera de sus subsidiarias participantes <sup>1</sup> | Primer día del mes después de un mes de aniversario de empleo | Inscripción automática |
| Plan de Incapacidad a Corto Plazo (STD) y Plan de Incapacidad a Largo Plazo (LTD)              |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |
| SupportLinc, Programa de Asistencia para los Empleados de RRD (EAP)                            |                                                                                                                                                             | Fecha de empleo                                               |                        |
| Beneficios para los que usted y RRD contribuyen                                                |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |
| Plan Médico y de Recetas Médicas                                                               | Empleados regulares de tiempo completo y de tiempo parcial elegibles para los beneficios de RRD o cualquiera de sus subsidiarias participantes <sup>1</sup> | Primer día del mes después de un mes de aniversario de empleo | Usted <sup>2</sup>     |
| Beneficios opcionales pagados totalmente por usted                                             |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |
| Planes Dentales                                                                                | Empleados regulares de tiempo completo y de tiempo parcial elegibles para los beneficios de RRD o cualquiera de sus subsidiarias participantes <sup>1</sup> | Primer día del mes después de un mes de aniversario de empleo | Usted <sup>4</sup>     |
| Plan Óptico                                                                                    |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |
| Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)                                                               |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |
| Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) — de Salud y por el Cuidado de los Dependientes <sup>3</sup> |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |
| Seguro de Vida Opcional para el Empleado, Cónyuge/Pareja Doméstica e Hijos                     |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |
| Seguro AD&D Opcional                                                                           |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |
| Seguros de Accidentes, Enfermedades Críticas y Hospitalización                                 |                                                                                                                                                             |                                                               |                        |

1. Para definiciones del estatus de empleado regular de tiempo completo y de tiempo parcial elegible a los beneficios, por favor consulte la Política Central 2-1 de RH, "Clasificaciones de Empleado", en el Centro de Empleados en insideRRD/Employee Center/Policies. Los empleados representados por una unidad de negociación son elegibles solamente si se convino en el contrato negociado.

2. Las opciones de cobertura para las que es elegible se indican en [rrd.bswift.com](http://rrd.bswift.com). Si no actúa para elegir "Sin Cobertura" o si no se inscribe en el Programa Médico antes de la fecha límite indicada, pasará automáticamente a la cobertura Sólo de Empleado con la opción HSA Value, se le cobrará la prima más alta de quienes usan tabaco y no hará contribuciones a su cuenta HSA. Su siguiente oportunidad para inscribirse o cambiar de opciones será el siguiente período de Inscripción Anual.

3. Si se emplea en octubre, se hace elegible a las cuentas FSA el 1º de enero, aunque su cobertura para los demás beneficios se inicia el 1º de diciembre.

4. Las opciones de cobertura para las que es elegible se indican en [rrd.bswift.com](http://rrd.bswift.com). Si no actúa para inscribirse antes de la fecha límite indicada en su Hoja de Inscripción como Empleado Nuevo, no tendrá cobertura por el año del Plan. Su siguiente oportunidad para inscribirse será el siguiente período de Inscripción Anual. El seguro de vida opcional está sujeto a la evidencia de asegurabilidad (EOI). Vea la [página 21](#) para los detalles.

### Cuándo se Inicia su Cobertura

Sus elecciones de beneficios — incluso cualquier cobertura automática si no se inscribe — entrarán en vigencia generalmente el primer día del mes después de que complete todo un mes calendario de empleo (sin importar el día del mes en que empezó su empleo) hasta el 31 de diciembre de 2023.

| CUANDO<br>EMPIEZA SU<br>EMPLEO | LA COBERTURA<br>SE INICIA    |
|--------------------------------|------------------------------|
| Enero                          | 1° de marzo                  |
| Febrero                        | 1° de abril                  |
| Marzo                          | 1° de mayo                   |
| Abril                          | 1° de junio                  |
| Mayo                           | 1° de julio                  |
| Junio                          | 1° de agosto                 |
| Julio                          | 1° de septiembre             |
| Agosto                         | 1° de octubre                |
| Septiembre                     | 1° de noviembre              |
| Octubre                        | 1° de diciembre <sup>1</sup> |
| Noviembre                      | 1° de enero                  |
| Diciembre                      | 1° de febrero                |

1. 1° de enero para las cuentas FSA.



# Lo que Necesita Hacer

## 1 Actúe/inscríbese antes de la fecha límite que se especifica en su paquete de inscripción

Debe actuar, incluso si no quiere cobertura. De otra manera, se le asignará la cobertura automática.

## 2 Lea los materiales de inscripción

Visite [myRRDbenefits.com](https://myRRDbenefits.com) para tener más información. Consulte [rrd.bswift.com](https://rrd.bswift.com) para ver las opciones de cobertura que están a disposición suya.

## 3 Reciba ayuda personalizada de Emma

En la página de inscripción en [rrd.bswift.com](https://rrd.bswift.com), use la función Ask Emma para ver sus tarifas del plan, comparar sus opciones y como ayuda para escoger el plan que es indicado para usted y su familia.

## 4 Haga sus elecciones de beneficios

Incluso si no quiere cobertura, debe ir en línea o llamar para elegir "Sin Cobertura."

- Inscribese en línea en [rrd.bswift.com](https://rrd.bswift.com).
- Si no tiene acceso en línea, inscribese por teléfono al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**, lunes a viernes, 7 a.m. – 7 p.m. Centro.
- Puede inscribir a los dependientes elegibles según se describe en la [página 2](#). Debe indicar el Número de Seguro Social (SSN) por cada dependiente y escribir su nombre exactamente como aparece en su tarjeta de Seguro Social.
- Si agrega un nuevo dependiente, marque el cuadro en la página de inscripción por cada uno de los programas (p.ej., médico, dental, óptico) en que quiere inscribir al dependiente. (Simplemente agregar un dependiente NO le inscribe en la cobertura).

## 5 Certifique su estatus de tabaco

En la página de inscripción, debe certificar si usted y cada uno de sus dependientes "Usan Tabaco". Si no Usan Tabaco, o si completa cinco sesiones de asesoría en 2023, recibirá un descuento en las primas de los planes Médicos, Seguro de Vida Opcional del Empleado y Seguro de Vida Opcional del Cónyuge/Pareja.

Para responder "No" a la pregunta de uso de tabaco en la página de inscripción, debe certificar que usted (o sus dependientes) no han usado ninguno de los siguientes durante los últimos 12 meses: productos de tabaco (incluidos cigarrillos, tabaco de pipa, puros, tabaco de mascar, rapé y hookah)

y/o derivados del tabaco o productos a base de nicotina no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicinas (FDA) (como cigarrillos electrónicos, geles de nicotina y solubles).

Puede de todas modos contestar "No" a la pregunta sobre Uso de Tabaco si usa las siguientes ayudas para dejar el tabaco y la nicotina: productos de reposición de nicotina de venta libre aprobados por la FDA (parches para la piel, goma de mascar y pastillas) y/o recetas médicas (Chantix, Zyban o Nicotrol).

Cada persona que Usa Tabaco que no complete cinco sesiones de asesoría en 2023 pagará un recargo en la prima médica anual de \$500 por adulto y \$250 por hijo/a (además de su prima médica) hasta los máximos siguientes:

- Sólo Empleado o Sólo Cónyuge/Pareja Doméstica: \$500
- Empleado + Cónyuge/Pareja Doméstica: \$1,000
- Sólo Hijos Dependientes: \$250
- Empleado + Hijos o Cónyuge/Pareja Doméstica + Hijos: \$750
- Familia (Empleado + Cónyuge/Pareja Doméstica + Hijos): \$1,250

Las tarifas de las primas del Seguro de Vida Opcional para quienes Usan Tabaco están disponibles en [rrd.bswift.com](https://rrd.bswift.com).

Usted (y/o cada uno de sus dependientes inscritos) que indiquen "Si" para estatus de Uso de Tabaco pueden calificar para el descuento en las primas por No Usar Tabaco al completar cinco sesiones de asesoría durante el año del Plan. Siempre y cuando una persona participe en el programa antes del 31 de diciembre de 2023, se le reembolsará el recargo por tabaco del plan médico por esa persona. Si está inscrito en los planes de Seguro de Vida Opcional, esas primas se ajustarán prospectivamente para reflejar el descuento en las primas por no usar tabaco con vigencia del primero del mes después de completar cinco sesiones de asesoría. Comuníquese con UBreathe al **1-888-882-5462** para participar en el programa. (Se dará acomodo a las recomendaciones alternas de su doctor para dejar el tabaco).

## 6 Confirme sus elecciones

Después de inscribirse, revise su confirmación y verifique que sus elecciones, dependientes cubiertos y los costos por período de nómina estén correctos. Imprima y guarde una copia para sus expedientes. Si necesita hacer cambios o correcciones, llame al Centro de Beneficios de RRD.

# ¡SI NO ACTÚA!

Si no actúa antes de la fecha límite indicada en su Hoja de Inscripción Personal como Empleado Nuevo, las categorías siguientes de cobertura se le asignarán automáticamente:

## Plan Médico

### COBERTURA AUTOMÁTICA:

Plan HSA Value sólo para usted. Se cobrarán las primas más altas a quienes Usan Tabaco.

**QUIÉN PAGA:** Usted + RRD

## Planes Dental y Óptico, Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) y Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)

### COBERTURA AUTOMÁTICA:

**Sin cobertura.** Aunque la contribución a la cuenta HSA se pondrá en \$0, de todos modos puede elegir contribuir a su HSA durante el año.

**QUIÉN PAGA:** N/A

## Seguro de Vida Básico del Empleado

### COBERTURA AUTOMÁTICA:

Una vez su sueldo base anual hasta \$125,000. (Vea el SPD y cualquier SMM que se relacione para los detalles del Programa, incluso las reducciones anuales para empleados activos de 65 años de edad y más).

**QUIÉN PAGA:** RRD

## Plan de Incapacidad a Corto Plazo (STD)

### COBERTURA AUTOMÁTICA:

Beneficio semanal del 50% de sus ingresos previos a la incapacidad hasta 26 semanas si es un empleado por hora, y el 100 % de sus ingresos previos a la incapacidad durante las primeras tres semanas y el 50 % hasta 23 semanas adicionales si es un empleado asalariado. (Vea el SPD los SMM que se relacionan para detalles).

**QUIÉN PAGA:** RRD

## Plan de Incapacidad a Largo Plazo (LTD)

### COBERTURA AUTOMÁTICA:

Beneficio mensual de hasta 50% de su ingreso hasta un máximo de \$10,000 al mes. (Vea el SPD los SMM que se relacionan para detalles).

**QUIÉN PAGA:** RRD





# APOYO PARA SU SALUD

## Beneficios del Plan Médico y de Recetas Médicas

Tiene seis opciones nacionales del Programa Médico proporcionadas por Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL): HSA Advantage, Copay Advantage, HSA Select, Copay Select, HSA Value y Copay Value.

Las opciones HSA Select y Select con Copago son opciones de red de alto rendimiento, lo que significa que los proveedores ofrecen consistentemente alta calidad y eficacia en costo en el cuidado del paciente. Se ofrecen en áreas en que hay un número substancial de proveedores en una red especial llamada Blue High Performance Network.

Las opciones Select tienen una etiqueta de precio menor que las opciones Advantage y un diseño más generoso del plan, pero **no ofrecerán cobertura fuera de la red** aparte de emergencias. Por favor revise la lista de proveedores con cuidado para ver si sus doctores participan en la red. Si estas opciones están a disposición suya, las verá en la lista cuando ingrese a la página de inscripción.

### Todas las opciones médicas incluyen:

- Health Advocacy Solutions, un servicio de consejería de BCBSIL para ayudarle a navegar las decisiones de salud y ahorrar tiempo y dinero (vea un breve [video](#) para saber más)
- La atención preventiva en la red se cubre al 100% sin deducible
- Cobertura de tratamiento de fertilidad
- Cobertura de recetas médicas por medio de CVS Caremark
- Telemedicina con MDLIVE
- 100% de cobertura para ciertas medicinas genéricas para el colesterol y la presión arterial
- 100% de cobertura para los suministros de diabetes e insulina que están en la lista del formulario de CVS

Aprenda más acerca de estos beneficios y otros recursos disponibles para ayudarle en [myRRDbenefits.com](https://myRRDbenefits.com).

## MANEJE O REVERSE LA DIABETES CON TRANSFORM DIABETES CARE UN PROGRAMA DE CVS O CON TWIN HEALTH

Como parte de su cobertura médica de 2023, usted y sus familiares cubiertos que tengan o corran el riesgo de desarrollar diabetes tiene para escoger entre dos programas para ayudarles a llevar una vida más saludable: Transform Diabetes Care con CVS Health o Twin Health.

Ambos programas son completamente voluntarios y están a su disposición sin ningún costo como parte de su cobertura en las opciones del Programa Médico Nacional. Se le anima a aprender de ambos y a participar en el que más de cerca cubra sus necesidades directas de salud. Para ayudar a controlar su diabetes tipo 1 ó tipo 2 y seguir en su jornada con su plan de tratamiento recetado, Transform Diabetes Care pudiera ser la elección adecuada para usted. Usted recibe:

- Apoyo personalizado para ayudarle a prevenir las complicaciones relacionadas a la diabetes,
- Ayuda para manejar sus medicinas y monitorear y controlar su glucosa sanguínea,
- Acceso a asesoría personalizada con Educadores Certificados de Diabetes y más.

Si está listo para reversar su diabetes tipo 2, considere participar en Twin Health. Twin Health utiliza sensores y otras tecnologías para crear su réplica digital y luego ofrece orientación precisa e individualizada sobre la nutrición, actividades, sueño y técnicas de respiración para curar la causa subyacente de diabetes tipo 2.

## OBTENGA APOYO PARA LA PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA

El programa Livongo for Hypertension puede facilitarle vivir con presión arterial elevada. Este programa se ofrece sin costo para usted y sus dependientes inscritos en un Programa Médico Nacional de RRD. Livongo for Hypertension le proporciona un manguito de presión arterial y un medidor de pantalla táctil exclusivo aprobado por la FDA, informes personalizados y asesoría sobre la salud, y acceso a una aplicación móvil para ver y dar seguimiento a sus lecturas.





## Opciones del Programa Médico Nacional de 2023

Use las tablas de las páginas siguientes para comparar sus opciones. Usted paga las cantidades y porcentajes que se muestran y el Plan cubre el resto. Para ver las primas de cada opción, ingrese a la [página de inscripción](#).

Se trata de un resumen somero. Para más detalles, vea el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) completo de cada una de las opciones del Programa Médico Nacional en [myRRDbenefits.com](https://myRRDbenefits.com). Para solicitar copias impresas, llame al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**.

## PLAN HSA ADVANTAGE

## PLAN ADVANTAGE CON COPAGO

| Plan Médico                                                  | Sólo Empleado |                                           | Familia                                   |                                           | Sólo Empleado                                                  |                                                                                                                                                    | Familia                                                        |                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                              | Dentro la Red | Fuera de la Red                           | Dentro la Red                             | Fuera de la Red                           | Dentro la Red                                                  | Fuera de la Red                                                                                                                                    | Dentro la Red                                                  | Fuera de la Red                                                                                                                                    |
| <b>Deducible Anual</b>                                       | \$2,650       |                                           | \$5,300                                   |                                           | \$2,600                                                        |                                                                                                                                                    | \$5,200                                                        |                                                                                                                                                    |
| <b>Máximo Gasto Propio Anual <sup>1</sup></b>                | \$6,900       |                                           | \$13,800;<br>(tope individual de \$6,900) |                                           | \$6,900                                                        |                                                                                                                                                    | \$13,800;<br>(tope individual de \$6,900)                      |                                                                                                                                                    |
| <b>Visita al Consultorio</b><br><i>después del deducible</i> | 20%           | 40%                                       | 20%                                       | 40%                                       | \$25 con Doctor Primario o Salud Mental; \$40 con Especialista | 40% después del deducible                                                                                                                          | \$25 con Doctor Primario o Salud Mental; \$40 con Especialista | 40% después del deducible                                                                                                                          |
| <b>Atención Preventiva</b>                                   | 0%            | 40% después del deducible                 | 0%                                        | 40% después del deducible                 | 0%                                                             | 40% después del deducible                                                                                                                          | 0%                                                             | 40% después del deducible                                                                                                                          |
| <b>Sala de Emergencias</b><br><i>después del deducible</i>   | 20%           | 20% si es verdadera emergencia; si no 40% | 20%                                       | 20% si es verdadera emergencia; si no 40% | \$500 de copago + 20% del saldo restante                       | \$500 de copago + 20% del saldo restante si es una emergencia verdadera; de otra manera 50% del saldo restante después del deducible. <sup>2</sup> | \$500 de copago + 20% del saldo restante                       | \$500 de copago + 20% del saldo restante si es una emergencia verdadera; de otra manera 50% del saldo restante después del deducible. <sup>2</sup> |

| Recetas Médicas <sup>3</sup>  | Farmacia local                                                                                                                              | Pedidos por Correo | Farmacia local                                                                                                                                | Pedidos por Correo                        |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Genéricas</b>              | 20% después del deducible                                                                                                                   |                    | 20% (\$10 mín/\$40 máx); sin deducible                                                                                                        | 20% (\$25 mín/\$100 máx); sin deducible   |
| <b>Formularia de Marca</b>    | 30% después del deducible                                                                                                                   |                    | 30% (\$40 mín/\$75 máx); sin deducible                                                                                                        | 30% (\$100 mín/\$185 máx); sin deducible  |
| <b>De Marca No Formularia</b> | 40% después del deducible                                                                                                                   |                    | 40% (\$55 mín/\$125 máx); sin deducible                                                                                                       | 40% (\$140 mín/\$315 máx); sin deducible  |
| <b>Especialidad</b>           | <b>Si no la cubre PrudentRx:</b><br>30% después del deducible<br><br><b>Si la cubre PrudentRx:</b><br>30% después de deducible <sup>4</sup> |                    | <b>Si no la cubre PrudentRx:</b><br>\$150; sin deducible <sup>4</sup><br><br><b>Si la cubre PrudentRx:</b><br>30%; sin deducible <sup>4</sup> | Surtidos de más de 30 días no se permiten |

1. Combinado dentro y fuera de la red.

2. Si se le hospitaliza, las estadías internado se aplican al deducible y al máximo de gasto propio.

3. Por medio de CVS Caremark.

4. Ciertas medicinas especializadas pudieran ser elegibles a beneficios adicionales a través del Programa PrudentRx por lo que su parte del costo se reduce a \$0. **Consulte la lista de medicinas especializadas cubiertas por el Programa PrudentRx.** Si opta por no participar en el Programa PrudentRx, pagará un coseguro del 30% por las medicinas especializadas que estén cubiertas por el Programa PrudentRx. Si su medicina de especialidad no está cubierta por el Programa PrudentRx, usted será responsable del copago de \$150 que se indica en esta tabla. El Plan y el Programa PrudentRx clasifican las medicinas especializadas como "beneficios de salud esenciales" o "beneficios de salud no esenciales". La parte del costo para los empleados de los "beneficios de salud esenciales" cuenta respecto al máximo gasto propio del Plan, pero no cuenta para el deducible del Plan. Por otro lado, la parte de los empleados del costo de los "beneficios de salud no esenciales" no cuenta respecto al deducible del Plan ni del máximo gasto propio. Además, aunque llegue al máximo gasto propio, seguirá siendo responsable de su cantidad de los gastos compartidos por las medicinas especializadas que son "beneficios de salud no esenciales". Las medicinas especializadas que se consideran "beneficios de salud no esenciales" se indican con un "1" en la lista del hipervínculo anterior. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PrudentRx al 1-800-578-4403.



## PLAN HSA SELECT

## PLAN SELECT CON COPAGO

| Plan Médico                                           | Sólo Empleado                                                                                                                                                                                                                                     | Familia                                   | Sólo Empleado                                                  | Familia                                   |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                                                       | Cobertura sólo en la red: Si elige la opción HSA Select o Select con Copago del Programa Médico Nacional, <b>DEBE USAR</b> proveedores de <b>Blue High Performance Network (HPN)</b> . La cobertura fuera de la red se cubre sólo en emergencias. |                                           |                                                                |                                           |
| Deducible Anual                                       | \$3,050                                                                                                                                                                                                                                           | \$6,400                                   | \$3,000                                                        | \$6,000                                   |
| Máximo Gasto Propio Anual <sup>1</sup>                | \$6,900                                                                                                                                                                                                                                           | \$13,800;<br>(tope individual de \$6,900) | \$6,900                                                        | \$13,800;<br>(tope individual de \$6,900) |
| Visita al Consultorio<br><i>después del deducible</i> | 20%                                                                                                                                                                                                                                               |                                           | \$15 con Doctor Primario o Salud Mental; \$30 con Especialista |                                           |
| Atención Preventiva                                   | 0%                                                                                                                                                                                                                                                |                                           | 0%                                                             |                                           |
| Sala de Emergencias<br><i>después del deducible</i>   | 20%                                                                                                                                                                                                                                               |                                           | \$600 de copago + 25% del saldo restante <sup>2</sup>          |                                           |

| Recetas Médicas <sup>3</sup> | Farmacia local                                                                                                                              | Pedidos por Correo | Farmacia local                                                                                                                                | Pedidos por Correo                            |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Genéricas                    | 20% después del deducible                                                                                                                   |                    | 20% (\$10 mín/\$45 máx);<br>sin deducible                                                                                                     | 20% (\$25 mín/\$115 máx);<br>sin deducible    |
| Formularia de Marca          | 40% después del deducible                                                                                                                   |                    | 40% (\$40 mín / \$100 máx);<br>sin deducible                                                                                                  | 40% (\$100 mín/\$250 máx);<br>sin deducible   |
| De Marca No Formularia       | 50% después del deducible                                                                                                                   |                    | 50% (\$75 mín / \$150 máx);<br>sin deducible                                                                                                  | 50% (\$185 mín / \$375 máx);<br>sin deducible |
| Especialidad                 | <b>Si no la cubre PrudentRx:</b><br>30% después del deducible<br><br><b>Si la cubre PrudentRx:</b><br>30% después de deducible <sup>4</sup> |                    | <b>Si no la cubre PrudentRx:</b><br>\$210; sin deducible <sup>4</sup><br><br><b>Si la cubre PrudentRx:</b><br>30%; sin deducible <sup>4</sup> | Surtidos de más de 30 días<br>no se permiten  |

1. Combinado dentro y fuera de la red.

2. Si se le hospitaliza, las estadías internado se aplican al deducible y al máximo de gasto propio.

3. Por medio de CVS Caremark.

4. Ciertas medicinas especializadas pudieran ser elegibles a beneficios adicionales a través del Programa PrudentRx por lo que su parte del costo se reduce a \$0. **Consulte la lista de medicinas especializadas cubiertas por el Programa PrudentRx.** Si opta por no participar en el Programa PrudentRx, pagará un coseguro del 30% por las medicinas especializadas que estén cubiertas por el Programa PrudentRx. Si su medicina de especialidad no está cubierta por el Programa PrudentRx, usted será responsable del copago de \$150 que se indica en esta tabla. El Plan y el Programa PrudentRx clasifican las medicinas especializadas como "beneficios de salud esenciales" o "beneficios de salud no esenciales". La parte del costo para los empleados de los "beneficios de salud esenciales" cuenta respecto al máximo gasto propio del Plan, pero no cuenta para el deducible del Plan. Por otro lado, la parte de los empleados del costo de los "beneficios de salud no esenciales" no cuenta respecto al deducible del Plan ni del máximo gasto propio. Además, aunque llegue al máximo gasto propio, seguirá siendo responsable de su cantidad de los gastos compartidos por las medicinas especializadas que son "beneficios de salud no esenciales". Las medicinas especializadas que se consideran "beneficios de salud no esenciales" se indican con un "1" en la lista del hipervínculo anterior. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PrudentRx al **1-800-578-4403**.

## PLAN HSA VALUE

## PLAN VALUE CON COPAGO

| Plan Médico                                                  | Sólo Empleado |                                           | Familia                                   |                                           | Sólo Empleado                                                  |                                                                                                                                                    | Familia                                                        |                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                              | Dentro la Red | Fuera de la Red                           | Dentro la Red                             | Fuera de la Red                           | Dentro la Red                                                  | Fuera de la Red                                                                                                                                    | Dentro la Red                                                  | Fuera de la Red                                                                                                                                    |
| <b>Deducible Anual</b>                                       | \$3,550       |                                           | \$7,100                                   |                                           | \$3,500                                                        |                                                                                                                                                    | \$7,000                                                        |                                                                                                                                                    |
| <b>Máximo Gasto Propio Anual <sup>1</sup></b>                | \$6,900       |                                           | \$13,800;<br>(tope individual de \$6,900) |                                           | \$6,900                                                        |                                                                                                                                                    | \$13,800;<br>(tope individual de \$6,900)                      |                                                                                                                                                    |
| <b>Visita al Consultorio</b><br><i>después del deducible</i> | 25%           | 50%                                       | 25%                                       | 50%                                       | \$25 con Doctor Primario o Salud Mental; \$50 con Especialista | 50% después del deducible                                                                                                                          | \$25 con Doctor Primario o Salud Mental; \$50 con Especialista | 50% después del deducible                                                                                                                          |
| <b>Atención Preventiva</b>                                   | 0%            | 50% después del deducible                 | 0%                                        | 50% después del deducible                 | 0%                                                             | 50% después del deducible                                                                                                                          | 0%                                                             | 50% después del deducible                                                                                                                          |
| <b>Sala de Emergencias</b><br><i>después del deducible</i>   | 25%           | 25% si es verdadera emergencia; si no 50% | 25%                                       | 25% si es verdadera emergencia; si no 50% | \$600 de copago + 25% del saldo restante                       | \$600 de copago + 25% del saldo restante si es una emergencia verdadera; de otra manera 50% del saldo restante después del deducible. <sup>2</sup> | \$600 de copago + 25% del saldo restante                       | \$600 de copago + 25% del saldo restante si es una emergencia verdadera; de otra manera 50% del saldo restante después del deducible. <sup>2</sup> |

| Recetas Médicas <sup>3</sup>  | Farmacia local                                                                                                                              | Pedidos por Correo | Farmacia local                                                                                                                                | Pedidos por Correo                         |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Genéricas</b>              | 25% después del deducible                                                                                                                   |                    | 25% (\$10 mín/\$45 máx); sin deducible                                                                                                        | 25% (\$25 mín/\$115 máx); sin deducible    |
| <b>Formularia de Marca</b>    | 40% después del deducible                                                                                                                   |                    | 40% ( \$40 mín / \$100 máx); sin deducible                                                                                                    | 40% ( \$100 mín/\$250 máx); sin deducible  |
| <b>De Marca No Formularia</b> | 50% después del deducible                                                                                                                   |                    | 50% (\$75 mín / \$150 máx); sin deducible                                                                                                     | 50% (\$185 mín / \$375 máx); sin deducible |
| <b>Especialidad</b>           | <b>Si no la cubre PrudentRx:</b><br>30% después del deducible<br><br><b>Si la cubre PrudentRx:</b><br>30% después de deducible <sup>4</sup> |                    | <b>Si no la cubre PrudentRx:</b><br>\$210; sin deducible <sup>4</sup><br><br><b>Si la cubre PrudentRx:</b><br>30%; sin deducible <sup>4</sup> | Surtidos de más de 30 días no se permiten  |

1. Combinado dentro y fuera de la red.

2. Si se le hospitaliza, las estadías internado se aplican al deducible y al máximo de gasto propio.

3. Por medio de CVS Caremark.

4. Ciertas medicinas especializadas pudieran ser elegibles a beneficios adicionales a través del Programa PrudentRx por lo que su parte del costo se reduce a \$0. **Consulte la lista de medicinas especializadas cubiertas por el Programa PrudentRx.** Si opta por no participar en el Programa PrudentRx, pagará un coseguro del 30% por las medicinas especializadas que estén cubiertas por el Programa PrudentRx. Si su medicina de especialidad no está cubierta por el Programa PrudentRx, usted será responsable del copago de \$150 que se indica en esta tabla. El Plan y el Programa PrudentRx clasifican las medicinas especializadas como "beneficios de salud esenciales" o "beneficios de salud no esenciales". La parte del costo para los empleados de los "beneficios de salud esenciales" cuenta respecto al máximo gasto propio del Plan, pero no cuenta para el deducible del Plan. Por otro lado, la parte de los empleados del costo de los "beneficios de salud no esenciales" no cuenta respecto al deducible del Plan ni del máximo gasto propio. Además, aunque llegue al máximo gasto propio, seguirá siendo responsable de su cantidad de los gastos compartidos por las medicinas especializadas que son "beneficios de salud no esenciales". Las medicinas especializadas que se consideran "beneficios de salud no esenciales" se indican con un "1" en la lista del hipervínculo anterior. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PrudentRx al 1-800-578-4403.



## Cómo Difieren las Opciones Médicas Nacionales

|                                                           | PLAN HSA<br>ADVANTAGE | PLAN HSA<br>SELECT | PLAN HSA<br>VALUE | PLAN<br>ADVANTAGE<br>CON COPAGO | PLAN SELECT<br>CON COPAGO | PLAN VALUE<br>CON COPAGO |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Cubre Atención<br>Recibida En la Red y<br>Fuera de la Red | ✓                     | ✗                  | ✓                 | ✓                               | ✗                         | ✓                        |
| Disponible<br>Solamente en<br>Ciertas Áreas               | ✗                     | ✓                  | ✗                 | ✗                               | ✓                         | ✗                        |
| Incluye el Programa<br>PrudentRx                          | ✓                     | ✓                  | ✓                 | ✓                               | ✓                         | ✓                        |
| Elegible para una<br>cuenta HSA                           | ✓                     | ✓                  | ✓                 | ✗                               | ✗                         | ✗                        |
| Elegible para<br>Paytient                                 | ✓                     | ✓                  | ✓                 | ✓                               | ✓                         | ✓                        |
| Elegible para la<br>Cuenta FSA de Salud<br>de Pleno Uso   | ✗                     | ✗                  | ✗                 | ✓                               | ✓                         | ✓                        |
| Primas                                                    | \$\$\$                | \$                 | \$\$              | \$\$\$                          | \$                        | \$\$                     |
| Deducible y Máximo<br>Gasto Propio                        | \$                    | \$\$               | \$\$\$            | \$                              | \$\$                      | \$\$\$                   |

### USE LOS PROVEEDORES DE LA RED

Si elige la opción HSA Select o Selecto con Copago del Programa Médico Nacional, **DEBE USAR** proveedores de **Blue High Performance Network (HPN)**. La cobertura fuera de la red se cubre sólo en emergencias.

Con las otras opciones del Programa Médico Nacional, puede usar proveedores en la red o fuera de la red, pero ahorrará dinero cuando use proveedores de la red. Siempre asegúrese que sus proveedores están en la red llamando al número al reverso de su tarjeta de Identificación antes de recibir servicios o llame al consultorio del doctor para verificar que participa en la red.

## Requisitos del Programa de BCBSIL para Cuidado de la Salud con Eficacia en Costos

Para ayudarle a recibir la mejor atención al mejor precio, BCBSIL **requiere** que haga lo siguiente:

- **Comuníquese con un promotor de salud** antes de recibir un IMR o un escaneo CT, o pagará una sanción de \$200.<sup>1</sup> Un promotor de salud le ayudará a comparar los lugares y costos del servicio para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención. Puede también ir en línea a [Blue Access for Members](#).
- **Use un centro “Blue Distinction Specialty Care”** para estas cinco especialidades de cirugía: bariátricas, cardíacas, de reemplazo de rodilla y cadera, de columna vertebral y trasplantes. Los centros Blue Distinction son reconocidos por ofrecer atención de mayor calidad. Si escoge no usar un centro de Blue Distinction Specialty Care, pagará un coseguro mayor: 60% en las opciones HSA Advantage o Advantage con Copago del Programa Médico Nacional, y 55% en las opciones HSA Value y Value con Copago del Programa Médico Nacional. El coseguro mayor no se aplica a las opciones HSA Select o Select con Copago del Programa Médico Nacional.
- **Reciba autorización previa** para hospitalizaciones, terapia de radiación (tratamiento de protones, tratamiento de radiación, etc.), enfermería especializada y rehabilitación, atención de salud en casa y otros servicios que se enumeran en el SPD que requieren autorización previa.

Para más detalles sobre estos requisitos y los costos adicionales que evitará observándolos, comuníquese con un promotor de salud al **1-800-537-9765**.

1. La sanción de \$200 no se aplica a un escaneo y IMR Y CT en una sala de emergencia.

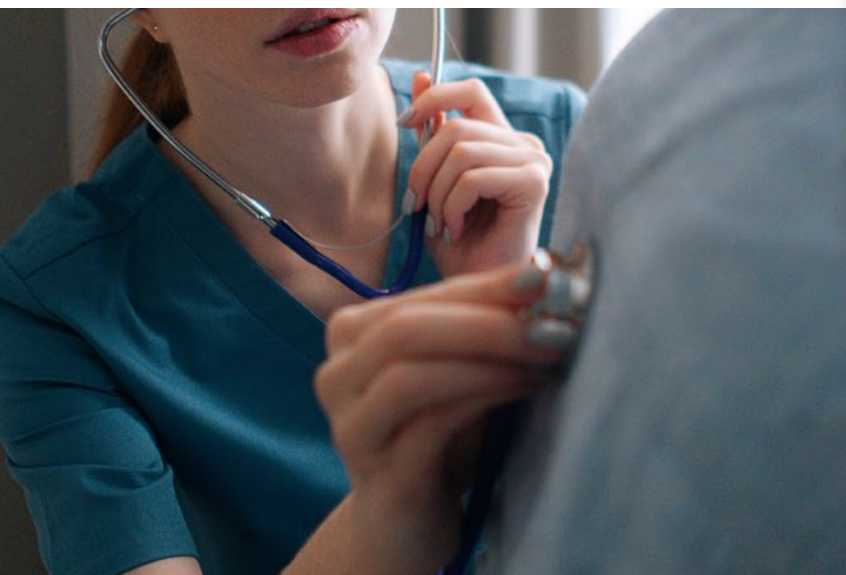
## Cómo Usar los Beneficios de Recetas Médicas

Su cobertura de recetas médicas con CVS Caremark le da flexibilidad y oportunidades de ahorrar dinero.

- Puede surtir en cualquier farmacia sus recetas médicas que no son de mantenimiento, incluso en farmacias que no son de CVS. Para encontrar farmacias locales en su red, regístrese en [caremark.com](#) o descargue la aplicación de CVS Caremark para tener acceso a la herramienta de búsqueda de farmacias.
- Debe usar el Programa Choice de Mantenimiento de CVS Caremark o los Servicios por Correo para surtir sus recetas médicas de mantenimiento. Para más información, visite [caremark.com](#) o llame al **1-866-273-8402**.
- Puede acceder los servicios de recetas médicas de CVS Caremark en cualquier momento y en cualquier lugar con la aplicación móvil de CVS Caremark o en [caremark.com](#) para:
  - Ahorre dinero,
  - Ordenar nuevas recetas y nuevos surtidos,
  - Encuentre una farmacia de la red,
  - Monitorear sus gastos,
  - Configurar los recordatorios de medicinas,
  - Entender su beneficio de recetas médicas y más.

### RECIBA SU ATENCIÓN PREVENTIVA GRATUITA

Se cubre al 100% por su Programa Médico con RRD cuando ve a un proveedor de la red. Una visita preventiva anual incluye las pruebas basadas en edad y género que pueden ayudarle a manejar los factores de riesgo y detectar temprano cualquier problema de salud — antes de que se convierta en algo más costoso y difícil de tratar. [Sepa más.](#)



## Programa PrudentRx para las Medicinas de Especialidad — ¡\$0 de Copago!

Si se inscribe en cualquiera de las opciones del Programa Médico Nacional, quedará automáticamente inscrito en el programa PrudentRx como parte de su cobertura de recetas médicas con CVS Caremark.

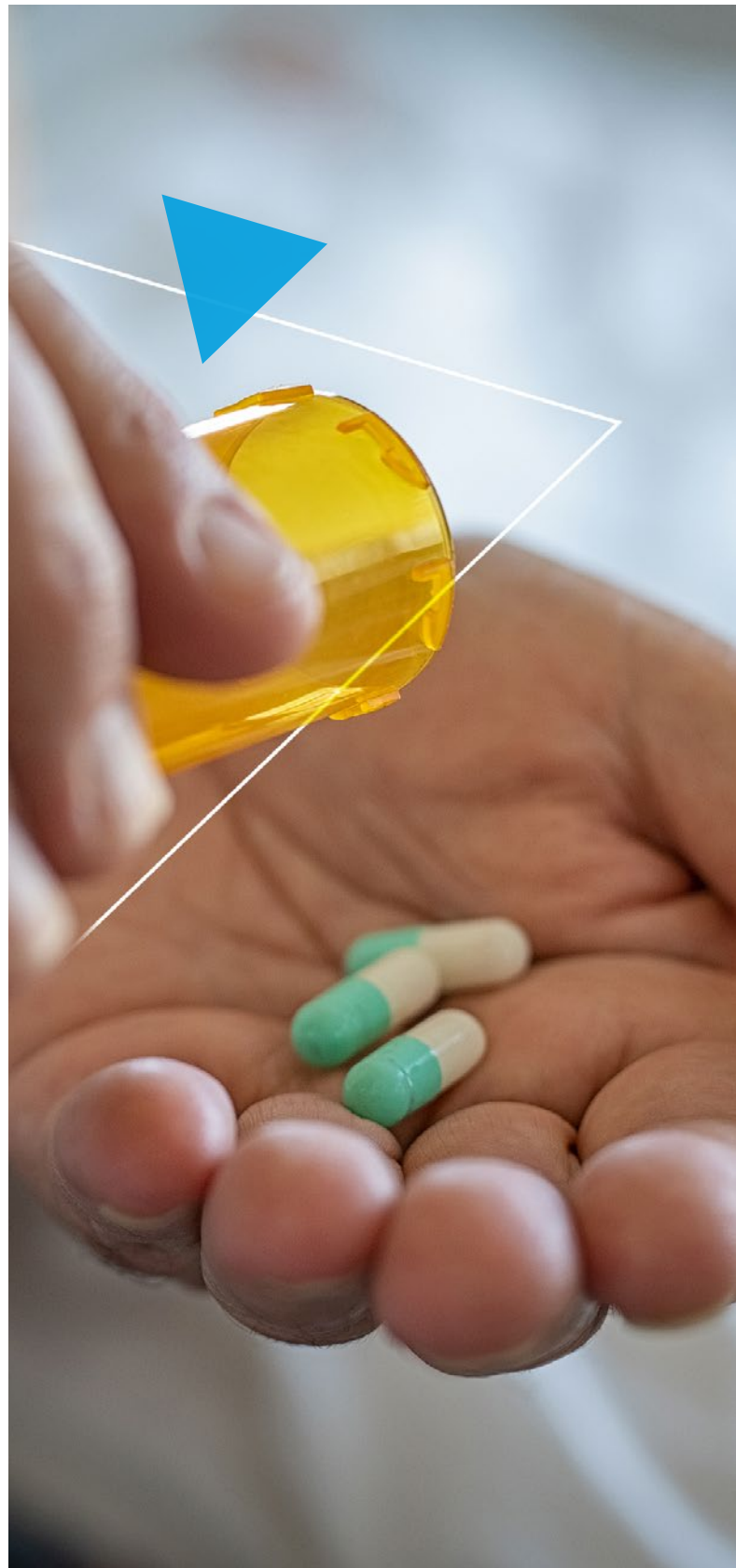
Es un programa **GRATUITO**: y pagará \$0 por las medicinas de especialidad cubiertas que surta en la Farmacia CVS de Especialidades. (Si se inscribe en una opción del Programa Médico Nacional con HSA, debe cubrir su deducible antes de que se inicien los beneficios de PrudentRx). El programa PrudentRx actualmente se enfoca en medicinas de especialidad en las siguientes clases de terapia: hepatitis C, autoinmunidad, oncología y esclerosis múltiple.

Si quiere optar por no participar en el programa PrudentRx, debe llamar al **1-800-578-4403** para darse de baja. Si se da de baja, pagará 30% de coseguro por cualquier medicina de especialidad que tome que sea elegible para el Programa con Copago. **Si se requiere que pague este coseguro de 30% por una medicina de especialidad, y esa medicina en particular, se considera un “beneficio de salud no esencial”, tendrá obligación de continuar pagando esta cantidad incluso si ya cubrió el máximo gasto propio del Plan.**

Vea las **páginas 9-11** para más información sobre el copago o coseguro aplicable para las medicinas de especialidad bajo cada una de las opciones del Programa Médico Nacional.

## Ahorre dinero en Recetas Médicas con Rx Savings Solutions

Al inscribirse en una opción del Programa Médico Nacional con RRD, tiene otra manera potencial de ahorrar dinero en sus medicinas recetadas. Rx Savings Solutions es una herramienta confidencial en línea que pudiera encontrar opciones de menor costo para sus medicinas recetadas — y es **GRATIS** para usted y sus dependientes inscritos. Entérese de más en [myrxss.com](https://myrxss.com) o llame al **1-800-268-4476**.





# Beneficios de Salud Suplementarios

Los beneficios de salud suplementarios pueden complementar su cobertura médica con RRD pagándole beneficios en efectivo si usted o un familiar cubierto se enferma o se lesiona.

Puede elegir una protección de seguro adicional de MetLife durante el período de inscripción de empleados nuevos. Estos beneficios son totalmente opcionales y no son patrocinados por RRD. Los paga con deducciones por nómina después de impuestos.

## Seguro de Accidentes

Usted recibe un pago único cuando usted o un familiar cubierto sufra una lesión cubierta o tiene pruebas, servicios médicos o tratamiento cubiertos. Este beneficio incluye cobertura para accidentes dentro y fuera del trabajo. Hay más de 150 condiciones cubiertas en relación a un accidente que pudieran iniciar los beneficios, incluso diversas lesiones, hospitalización, cuidado de enfermería, servicios y tratamientos médicos. Los pagos se hacen directamente a usted y puede usarlos de cualquier manera que escoja.

## Seguro de Enfermedades Críticas

Recibe un pago único de \$10,000, \$20,000 o \$30,000 si usted o un familiar cubierto recibe un diagnóstico de una enfermedad grave, por ejemplo cáncer, ataque cardíaco, ataque cerebral, tumor benigno del cerebro, coma, parálisis de dos o más extremidades, ALS, esclerosis múltiple, distrofia muscular, enfermedad de Parkinson avanzada, parálisis cerebral infantil, fibrosis quística, diabetes tipo 1, y más. La cantidad total del beneficio a disposición suya es cinco veces la cantidad inicial del beneficio (\$50,000, \$100,000 ó \$150,000) si usted o un familiar cubierto sufre más de una condición cubierta.

## Seguro de Indemnización de Hospital

Si usted o un familiar cubierto se hospitaliza debido a un evento cubierto, recibe una cantidad fija cuando le hospitalicen y una cantidad por día por hasta 30 días de hospitalización por cada evento cubierto. El pago puede utilizarse para pagar sus costos propios, por ejemplo deducibles y copagos del seguro de salud, o cualquier manera que quiera.



### PARA MÁS INFORMACIÓN:

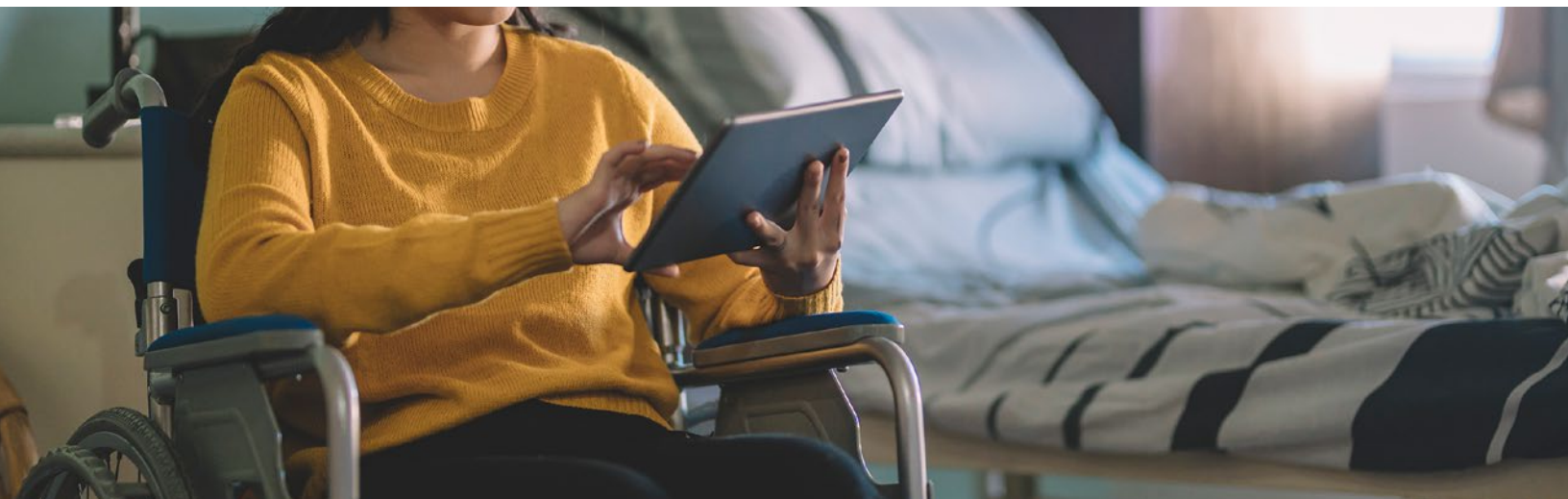
Visite [myRRDbenefits.com](https://myRRDbenefits.com) y revise la [Guía de Beneficios Suplementarios y Voluntarios](#).

### PARA PREGUNTAS SOBRE EL PLAN:

Visite [metlife.com/mybenefits](https://metlife.com/mybenefits) o llame al **1-800-GETMET8 (1-800-438-6388)**.

### PARA INFORMACIÓN GENERAL Y PREGUNTAS SOBRE LA ELEGIBILIDAD:

Llame al Centro de Beneficios de RRD al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**.



# Beneficios Dentales

Tiene tres opciones dentales de RRD con Cigna: **Plan Dental PPO**, **Plan Dental PPO Plus** y **Plan Dental HMO** (cobertura sólo en la red). Use esta tabla para comparar sus opciones. Para ver las primas de cada opción, vaya a [rrd.bswift.com](http://rrd.bswift.com).

|                                                | PLAN DENTAL PPO DE CIGNA |                 | PLAN DENTAL PPO PLUS DE CIGNA |                 | PLAN DENTAL HMO DE CIGNA                                                                      |
|------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | Dentro la Red            | Fuera de la Red | Dentro la Red                 | Fuera de la Red | Dentro la Red                                                                                 |
| <b>Deducible Anual</b>                         | \$50                     | \$150           | \$50                          | \$150           | \$0                                                                                           |
| <b>Máximo Anual</b><br><i>(Sin ortodoncia)</i> | \$1,500 por persona      |                 | \$2,000 por persona           |                 | Sin máximo anual                                                                              |
| <b>Máximo de por Vida por Ortodoncia</b>       | N/A                      |                 | \$2,000 por persona           |                 | Se limita a 1 tratamiento por persona de por vida; comuníquese con <b>Cigna</b> para detalles |
| <b>Atención Preventiva</b><br><i>Tipo A</i>    | 100%                     |                 | 100%                          |                 | 100%                                                                                          |
| <b>Atención Básica</b><br><i>Tipo B</i>        | 50%                      |                 | 80%                           |                 | 100%                                                                                          |
| <b>Servicios Mayores</b><br><i>Tipo C</i>      | 50%                      |                 | 50%                           |                 | 60%                                                                                           |
| <b>Ortodoncia</b><br><i>Tipo D</i>             | N/A                      |                 | 50%                           |                 | 50%                                                                                           |

## CÓMO ENCONTRAR UN DENTISTA DE LA RED

Puede ahorrar dinero al escoger proveedores de la red. Vaya a [cigna.com](http://cigna.com), dé un clic en *Find a Doctor, Dentist or Facility*, y siga las indicaciones de la pantalla para escoger su opción:

- **Red del Plan PPO Dental de Cigna:**  
Escoja *DPPO/EPO > Total Cigna DPPO*
- **Red Dental HMO de Cigna:**  
Escoja *CIGNA DENTAL CARE DHMO > Cigna Dental Care Access Plus*

# Beneficios Ópticos

Tiene dos opciones de plan óptico: **Plan Esencial de EyeMed** y **Plan Superior de EyeMed**. Ambas proporcionan cobertura amplia para exámenes, anteojos, armazones y lentes de contacto así como descuentos en la corrección láser de la vista. Use esta tabla para comparar sus opciones. Para ver las primas de cada opción, vaya a [rrd.bswift.com](http://rrd.bswift.com).

## PLAN ESENCIAL DE EYEMED

## PLAN SUPERIOR DE EYEMED

### Frecuencia de los Servicios

|           |               |               |
|-----------|---------------|---------------|
| Examen    | Cada 12 meses | Cada 12 meses |
| Armazones | Cada 24 meses | Cada 12 meses |
| Anteojos  | Cada 12 meses | Cada 12 meses |

### Otros Beneficios

|                                                 | Dentro la Red                                                                     | Fuera de la Red           | Dentro la Red                                                                     | Fuera de la Red           |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Examen Rutinario de la Vista                    | \$10 de copago                                                                    | Hasta \$35 de asignación  | \$0 de copago                                                                     | Hasta \$35 de asignación  |
| Armazones                                       | \$0 de copago, \$130 de asignación y 20% de descuento del saldo que pase de \$130 | Hasta \$60 de asignación  | \$0 de copago — \$160 de asignación, y 20% de descuento del saldo                 | Hasta \$80 de asignación  |
| Anteojos <sup>1</sup><br><i>Visión Sencilla</i> | \$20 de copago                                                                    | Hasta \$25 de asignación  | \$10 de copago                                                                    | Hasta \$25 de asignación  |
| Lentes de Contacto <sup>1</sup>                 | \$0 de copago, \$150 de asignación y 15% de descuento del saldo que pase de \$150 | Hasta \$150 de asignación | \$0 de copago, \$170 de asignación y 15% de descuento del saldo que pase de \$170 | Hasta \$150 de asignación |
| Cirugía Láser                                   | 15% de descuento del precio al menudeo, ó 5% de descuento del precio de promoción | N/A                       | 15% de descuento del precio al menudeo, ó 5% de descuento del precio de promoción | N/A                       |

1. La cobertura de beneficios es ya sea lentes de contacto o anteojos con armazón pero no para ambos.

### ENCUENTRE UN PROVEEDOR DE EYEMED

Visite [eyemed.com](http://eyemed.com) y busque la red Vision Care Program. Dé un clic en *Find an Eye Doctor*, ingrese su código ZIP, escoja *Select Network > Get Results*. Los miembros prospectivos pueden también llamar al **1-866-299-1358** para que les ayuden.



# APOYO PARA SU DINERO

## Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)

La cuenta HSA es una cuenta libre de impuestos que le permite ahorrar dinero para pagar sus gastos de salud ahora y en el futuro. Es elegible a una cuenta HSA si se inscribe en la opción del plan médico HSA Value, HSA Select o HSA Advantage (y no tiene ninguna cobertura médica que le descalifique).



### INSCRÍBASE

Su cuenta HSA se abrirá automáticamente para usted con HealthEquity (custodio de la cuenta HSA) cuando se inscriba en las opciones médicas HSA Value, HSA Selecto o HSA Advantage.



### PAGUE GASTOS ELEGIBLES LIBRE DE IMPUESTOS

Puede usar su cuenta HSA como ayuda para pagar los gastos de salud elegibles (incluyendo su deducible y coseguro) ahora y/o en el futuro.



### CONTRIBUYA LIBRE DE IMPUESTOS

Puede hacer contribuciones libre de impuestos a su cuenta HSA, hasta el límite del IRS.

#### Sólo empleado:

\$3,850

#### Otras categorías de cobertura:

\$7,750

#### Contribución de recuperación:

\$1,000 (Si tendrá 55 años de edad o más en 2023 y no está inscrito en Medicare)



### INVIERTA EN SU FUTURO

Su cuenta está a nombre suyo y es para que la guarde — incluso si cambia de opciones del Programa Médico, cambia de trabajo o que se retire. Cualquier dinero que quede en su cuenta HSA al final del año se transfiere para su uso en el futuro y su dinero crece libre de impuestos mientras permanezca en su cuenta. Además puede invertir el saldo de su cuenta (\$1,000 ó más) en una selección de opciones de inversión.

Para más información sobre la elegibilidad, la cobertura que descalifica y la apertura y el uso de una HSA, consulte la publicación 969 del IRS en [irs.gov](https://www.irs.gov), o visite [healthequity.com/HSA](https://healthequity.com/HSA).



## Paytient — Una Manera Fácil de Pagar por el Cuidado de la Salud

Si es elegible para los beneficios de RRD, tiene ahora Paytient una tarjeta de crédito sin cargos ni intereses que puede utilizar para pagar sus gastos de salud propios, incluyendo atención dental, óptica e incluso veterinaria para su mascota. No se requiere verificación de crédito.

.....

Su tarjeta de crédito de Paytient tiene un límite de \$1,000. Cuando utilice Paytient, el consultorio del doctor, hospital o farmacia recibe un pago total en el momento. Usted puede pagar el dinero que reciba prestado por medio de deducciones por nómina o de su cuenta HSA, FSA o bancaria. Es una manera fácil de pagar su atención a lo largo del tiempo. (No puede utilizar su tarjeta HSA sin incurrir en una sanción o su cuenta FSA para pagar dinero que pida prestado para gastos veterinarios).

Aprenda más en [myrrdbenefits.com/paytient](https://myrrdbenefits.com/paytient).

# Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

Ahorre dinero en gastos elegibles de salud y por el cuidado de dependientes. Las cuentas FSA de RRD son administradas por HealthEquity. Aprenda más en [myRRDbenefits.com](https://myRRDbenefits.com) y en [irs.gov](https://irs.gov).

|                                                                                                              | CUENTA FSA DE SALUD DE USO PLENO                                                                                                                                                                    | FSA LIMITADA DE SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUENTA FSA POR EL CUIDADO DE LOS DEPENDIENTES                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                              | si se inscribe en los planes Value con Copago Select con Copago o Advantage con Copago                                                                                                              | si se inscribe en los planes HSA Value, HSA Select o HSA Advantage                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                        |
| ¡Se Requiere Actuar para Participar! Para empezar a participar en el programa FSA en 2023, debe inscribirse. |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Cuánto puedo contribuir en 2023?                                                                            | \$200 – \$2,850                                                                                                                                                                                     | \$200 – \$2,850                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$200 a \$5,000 (dependiendo de su estatus de declaración federal de impuestos sobre el ingreso) <sup>1</sup>                                                                                          |
| ¿Puedo cambiar mis contribuciones durante el año?                                                            | No puede cambiar o parar sus contribuciones durante el año a menos que tenga un Cambio Calificado de Estatus.                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Para cuáles gastos puedo usarla?                                                                            | Gastos médicos, de recetas médicas, dentales y ópticos elegibles                                                                                                                                    | Los gastos dentales y ópticos son elegibles <b>en cualquier momento</b> , y los gastos médicos y de recetas médicas elegibles <b>después</b> de que haya cubierto su deducible médico. <sup>2</sup><br><b>Nota:</b> No puede reembolsarse de ambas cuentas FSA y HSA por el mismo gasto. | Gastos elegibles por el cuidado de los dependientes, por ejemplo de guarderías para su niño menor de 13 años, por un padre de edad avanzada o un cónyuge incapacitado                                  |
| ¿Cuándo está disponible el dinero para usarlo?                                                               | La cantidad completa que elija contribuir por el año está disponible de inmediato.                                                                                                                  | La cantidad completa que elija contribuir por el año está disponible de inmediato.                                                                                                                                                                                                       | Sus contribuciones se deducirán en partes iguales de su cheque de sueldo antes de impuestos de su cheque de sueldo durante el año del Plan. Puede usar el dinero una vez que lo deposite en su cuenta. |
| ¿Qué sucede con el dinero que no use al final del año?                                                       | Pierde el dinero que quede en su Cuenta FSA al final del año del Plan. Tiene hasta el 31 de marzo del año siguiente para entregar reclamos por servicios incurridos durante el año del Plan actual. |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                        |

1. Se pudieran aplicar máximos menores, por ejemplo si su estatus de impuestos es Casado/a con Declaraciones Separadas (en cuyo caso tiene tope de \$2,500), o si el ingreso ganado por usted o su cónyuge es menos de \$5,000 (en cuyo caso tiene el tope del ingreso ganado por usted o por su cónyuge). Vea el [Folleto del Programa de Cuentas de Gastos Flexibles](#) para más información.

2. Debe cubrir su deducible del plan médico y de recetas antes de poder usar su cuenta FSA limitada para pagar gastos médicos y de recetas médicas, incluso si los gastos no están cubiertos por su opción del Programa Médico y/o fueron incurridos por dependientes que no están cubiertos por una opción del Programa Médico de RRD.



# Seguro de Vida y de Accidentes

El Seguro de Vida y de Accidentes proporciona protección económica importante en caso de que algo le suceda a usted, a su pareja doméstica o a sus hijos.

## Seguro de Vida del Empleado

El seguro básico de vida del empleado proporcionado por MetLife es automático y RRD paga todo el costo de su cobertura. Si usted fallece, su beneficiario recibe una vez su sueldo base anual, hasta un beneficio máximo de \$125,000 según las disposiciones del Plan.

## Seguro de Vida Opcional del Empleado

Puede comprar el seguro de vida opcional para el empleado de una a ocho veces su sueldo base anual, hasta un beneficio combinado (seguro básico y opcional) de \$2 millones. Si usted fallece, el Programa paga un beneficio a su beneficiario designado según las disposiciones del Plan. Su prima por la cobertura se basa en su edad, estatus de tabaco y cantidad de cobertura. Al aumentar la cantidad de su cobertura o su edad, también aumentan sus primas.

## Seguro de Vida Suplementario Opcional para el Cónyuge/Pareja Doméstica e Hijos

Puede comprar la cobertura del seguro de vida para su cónyuge o pareja doméstica e hijos para sus dependientes elegibles. Si su cónyuge, pareja doméstica o hijos elegibles cubiertos fallecen, el Programa pagará el beneficio del seguro de vida según las disposiciones del Plan. No puede cubrir a otro empleado como cónyuge/pareja doméstica o hijo en el Programa de Seguro de Vida y de Accidentes. El mismo dependiente no puede estar cubierto por más de un empleado de RRD (es decir, dos padres que sean ambos empleados de RRD no pueden ambos cubrir a los mismos hijos según las disposiciones del plan; solamente un empleado puede cubrir a los hijos).

Si usted y el otro padre del niño son ambos empleados de RRD y si un niño dependiente cubierto fallece, esta póliza pagará el beneficio por muerte una sola vez y sólo a uno de los padres. Vea el **Certificado de Seguro aplicable** para más información.

## Seguro AD&D Opcional

Puede comprar el seguro opcional AD&D para usted y su familia. El Programa paga un beneficio de una a ocho veces su sueldo base anual hasta \$2 millones por usted de acuerdo con las disposiciones del Plan por muerte accidental y ciertas otras pérdidas. La cantidad que un beneficiario recibirá al aprobarse el reclamo difiere para un empleado y sus dependientes elegibles cubiertos:

- **Si inscribe a su cónyuge/pareja doméstica en la cobertura**, la cantidad de beneficio por su cónyuge/pareja doméstica elegible es 60% de la cantidad del empleado (hasta un máximo de \$750,000).
- **Si se inscribe en la cobertura de los hijos**, la cantidad por un hijo dependiente elegible es 25% de la cantidad del empleado, (hasta un máximo de \$150,000).

Para saber más, revise el SPD y cualquier SMM que se relacione en [myRRDbenefits.com](https://myRRDbenefits.com). Para ver su costo del seguro de vida opcional y de accidentes, ingrese a la [página de inscripción](#).

## Entrega de Evidencia de Asegurabilidad (EOI)

- Si elige el seguro de vida opcional del empleado, debe entregar EOI.
- Si elige el seguro de vida opcional para su cónyuge/pareja doméstica, se requiere EOI para las cantidades de cobertura mayores de \$25,000.
- La Evidencia de Asegurabilidad no se requiere para el seguro AD&D opcional ni el seguro de vida opcional para los niños.



### ¡IMPORTANTE! DESIGNE A SUS BENEFICIARIOS

La muerte puede ser inesperada. Proteja a su familia y a su dinero designando a sus beneficiarios en la [página de inscripción](#). Si sus beneficiarios no están en la lista, sus seres queridos pudieran no tener acceso a sus beneficios del seguro de vida cuando más los necesiten.

## Beneficios de Incapacidad

Sin ningún costo para usted, RRD le proporciona beneficios de protección del ingreso si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión cubierta. Los beneficios siguientes se le proporcionan automáticamente.

---

### Plan de Incapacidad a Corto Plazo (STD)

La cobertura le proporciona un beneficio semanal del 50% de su ingreso previo a la incapacidad por hasta 26 semanas en el caso de los empleados por hora. La cobertura para empleados asalariados es el 100% por las primeras tres semanas de incapacidad y 50% por las siguientes 23 semanas.

### Plan de Incapacidad a Largo Plazo (LTD)

La cobertura le proporciona un beneficio mensual del 50% de su ingreso, hasta \$10,000 al mes. Los beneficios mensuales LTD continúan hasta la fecha más temprana entre la edad de 65 años o la fecha en que ya no esté incapacitado de acuerdo con el Programa. Si se incapacita después de los 60 años, la tabla de duración de sus beneficios LTD pudiera variar. Los beneficios cesan después de 24 meses para incapacidades por salud mental y uso de sustancias.

Para detalles completos sobre los planes STD y LTD, consulte los SPD en [myRRDbenefits.com](https://myRRDbenefits.com).





# APOYO PARA SU VIDA

## Beneficios Voluntarios

Adapte y optimice sus beneficios RRD para que encajen con sus necesidades. Aprenda más sobre todos los beneficios voluntarios (Protección de Identidad de Allstate, Beneficios de Transporte de Edenred Commuter Benefits, seguro de automóvil y casa, seguro de mascotas, Purchasing Power y WeightWatchers) y los recursos de asistencia para los empleados a disposición suya en [myRRDbenefits.com](https://myRRDbenefits.com).

## Beneficios Legales

Puede elegir los Planes Legales de MetLife para tener un acceso cómodo y económico a una red calificada de abogados para los asuntos legales personales de todos los días. La cobertura estará vigente desde el inicio de su inscripción hasta el 31 de diciembre de 2023.

## Programa de Asistencia para los Empleados

La vida no siempre es fácil. Cuando la vida le mande una curva, es bueno saber que tiene recursos para ayudarlo.

---

### Programa de Asistencia para los Empleados de SupportLinc

Usted y su familia tendrán acceso a referencias confidenciales y profesionales y hasta cinco sesiones de consejería cara a cara para una variedad de preocupaciones, por ejemplo problemas familiares/matrimoniales y asuntos de relaciones, ansiedad, depresión, luto y pérdida, abuso de sustancias, manejo de la ira que son relacionadas al trabajo y estrés.

SupportLinc también puede proporcionar referencias y consultas con recursos expertos para ayuda legal y financiera, así como referencias para asuntos de la vida diaria familiar como el cuidado de los dependientes, reparación de automóviles, cuidado de mascotas, mejoras de casa y más.



# CONTACTOS ÚTILES

## INFORMACIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS

### Centro de Beneficios de RRD

[rrd.bswift.com](http://rrd.bswift.com) | **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**,  
lunes a viernes, 7 a.m. – 7 p.m. CT

### Información de Beneficios

[myRRDbenefits.com](http://myRRDbenefits.com) | Incluye Resúmenes Descriptivos de  
los Planes (SPD) y Resúmenes de Modificaciones Materiales  
(SMM)

## PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LOS EMPLEADOS

### Programa de Asistencia para los Empleados de SupportLinc (EAP)

[supportlinc.com](http://supportlinc.com) (nombre de usuario: rrd) |  
**1-888-881-LINC (1-888-881-5462)**, 24/7

## PLAN MÉDICO Y DE RECETAS MÉDICAS

### Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL)

[bcbsil.com/rrd](http://bcbsil.com/rrd) | **1-800-537-9765**, lunes a viernes,  
7 a.m. – 7 p.m. CT

### CVS Caremark

Beneficios de Recetas Médicas | [caremark.com](http://caremark.com) |  
**1-866-273-8402**, 24/7

### Transform Diabetes Care

[caremark.com](http://caremark.com) | **1-800-348-5238**

### Programa de Hipertensión de Livongo

[welcome.livongo.com](http://welcome.livongo.com) | **1-800-945-4355**, 24/7

### Rx Savings Solutions

Programa de Ahorros de Recetas Médicas | [myrxss.com](http://myrxss.com) |  
**1-800-268-4476**, lunes – viernes, 7 a.m. – 8 p.m. CT

### PrudentRx

**1-800-578-4403**, lunes a viernes 7 a.m. – 7 p.m. CT

### Well onTarget

Programa de Bienestar de los Miembros de BCBSIL |  
[wellontarget.com](http://wellontarget.com)

## PROGRAMA DE SALUD SUPLEMENTARIO

### MetLife

[metlife.com/mybenefits](https://www.metlife.com/mybenefits)

- Preguntas sobre el Plan: **1-800-GETMET8 (1-800-438-6388)**, lunes a viernes, 7 a.m. – 10 p.m. CT
- Información sobre la elegibilidad, deducciones y en general: **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**

## SEGURO DE VIDA Y DE ACCIDENTES

### MetLife

[metlife.com/mybenefits](https://www.metlife.com/mybenefits)

- Información sobre la elegibilidad: [rrd.bswift.com](https://www.rrd.bswift.com)
- Reclamos: **1-800-638-6420**, lunes a jueves, 7 a.m. – 7 p.m. Centro; viernes, 7 a.m. – 4 p.m. CT

## PLANES DENTALES

### Cigna

[mycigna.com](https://www.mycigna.com) | **1-800-656-1691**, 24/7

## SEGURO DE INCAPACIDAD

### The Hartford

[abilityadvantage.thehartford.com](https://www.abilityadvantage.thehartford.com) | **1-866-271-0744**,  
lunes a viernes, 8 a.m. – 8 p.m. CT

## PLAN ÓPTICO

### EyeMed

[eyemed.com](https://www.eyemed.com) | **1-866-723-0514**, lunes a sábado,,  
6:30 a.m. – 10 p.m. CT; domingos, 10 a.m. – 7 p.m. CT

## BENEFICIOS VOLUNTARIOS

### Planes Legales de MetLife

[metlife.com/insurance/legal-plans](https://www.metlife.com/insurance/legal-plans) | **1-800-821-6400**,  
7 a.m. – 7 p.m. CT

### BenefitHub

Seguro de Automóvil, Casa y Mascotas |  
[rrd.benefitshub.com](https://www.rrd.benefitshub.com) | **1-866-664-4621**

## CUENTA DE AHORROS DE SALUD (HSA) Y CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

### HealthEquity

[healthequity.com](https://www.healthequity.com) | **1-844-281-0928**, 24/7

## PLAN DE AHORROS DE RRD

### Empower Retirement™

[empower.com](https://www.empower.com) | **1-844-243-4773**, de lunes a viernes,  
7 a.m. – 9 p.m. CT

## TARJETA DE PAGO DE SALUD

### Paytient

[paytient.com](https://www.paytient.com)



**RRD BENEFITS**  
HEALTH | WEALTH | LIFE

## UNAS PALABRAS SOBRE ESTA GUÍA

Esta guía describe la cobertura que RRD ofrecerá en 2023 a la mayoría de los empleados elegibles a los beneficios del Plan de Beneficios de Grupo de RR Donnelley ("el Plan"). Su elegibilidad a los beneficios determinará la cobertura que se le ofrece a usted, a su cónyuge, a su pareja doméstica y/o a sus hijos dependientes. Se dispone de más detalles sobre los beneficios en los SPD, SMM y certificados de seguro en línea en [myRRDbenefits.com](https://myRRDbenefits.com).

## IMPORTANTE

Las descripciones que se proporcionan en esta guía se basan en los documentos oficiales del Plan. Se han hecho todos los esfuerzos para asegurar que esta información es correcta. En el remoto caso que hubiera una discrepancia entre este documento, los SPD, los SMM, cualquier otra información que resuma el Plan de Beneficios de Grupo de RR Donnelley o los Planes de Beneficios Flexibles de RR Donnelley (los Planes), y los documentos oficiales del Plan, controlarán los documentos siguientes:

- Donde este documento tenga por objeto resumir las disposiciones actuales de los beneficios de los SPD, SMM, y otros materiales que resumen los Planes y los documentos oficiales del Plan, los documentos oficiales del Plan controlarán.
- Donde este documento tenga por objeto comunicar un cambio a los SPD, SMM y otros materiales con respecto a los Planes y los documentos oficiales de los Planes, este documento controlará.

RRD se reserva el derecho de enmendar o cancelar el Plan o los Programas en cualquier momento y por cualquier razón.

