

RRD BENEFITS
HEALTH | WEALTH | LIFE

SU CAMINO. SUS BENEFICIOS.

Guía de inscripción en los beneficios para empleados nuevos para 2027

¡SE REQUIERE ACCIÓN!

INSCRIPCIÓN EN LOS BENEFICIOS PARA 2027

SU CAMINO. SUS BENEFICIOS.

Los beneficios adecuados pueden ayudarlo a transitar la vida con confianza y tranquilidad.

RRD ofrece una variedad de beneficios diseñados para apoyar su salud, sus finanzas y su bienestar, mientras le brinda la flexibilidad de elegir la cobertura que se ajuste a sus necesidades y su presupuesto.

Esta guía proporciona una descripción general de sus opciones de beneficios. Tómese el tiempo para revisarla y explorar sus opciones antes de inscribirse. Para ver lo que pagará por su cobertura, visite **rrd.bswift.com** y utilice la herramienta "Pregúntele a Emma" para comparar planes, características de cobertura y costos.

Asegúrese de inscribirse antes de la fecha límite indicada en su kit de inscripción. (La fecha que aparece en su kit de inscripción es la fecha de inicio de vigencia de sus beneficios. Por ejemplo, si la fecha que se muestra es el 1 de febrero, debe inscribirse antes del 31 de enero).

Esta es su única oportunidad para elegir sus beneficios para 2027 a menos que experimente un evento de vida calificado, como matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo u otro cambio elegible en su vida o situación laboral que se especifique en el Folleto de información sobre la administración del plan, durante el año.

myRRDBenefits.com

Todo lo que necesita saber, en un solo lugar.



02 Aspectos básicos

07 Su salud

23 Su dinero

30 Su vida

32 Sus contactos

36 Avisos legales

ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS

En general, usted es elegible para los beneficios de RRD si es un empleado regular a tiempo completo o un empleado a tiempo parcial elegible para beneficios de RRD o cualquiera de sus subsidiarias participantes. Algunos empleados también pueden ser elegibles según los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible si trabajaron una cantidad mínima de horas durante el año anterior.

Dependientes elegibles

En general, los dependientes elegibles son los siguientes:

- Su cónyuge (incluido el cónyuge según la ley consuetudinaria en estados que reconocen este matrimonio).
- Su pareja de hecho.
- Sus hijos hasta la edad de 26 años, incluidos los siguientes:
  - Los hijos naturales
  - Los hijos adoptados legalmente
  - Los hijastros
  - Los niños en tutela temporal
  - Hijos para quienes usted es el único tutor legal
  - Los hijos de su pareja de hecho
- Sus hijos dependientes de 26 años o más que no sean capaces de ganarse la vida debido a una discapacidad, sujeto a las condiciones definidas en la descripción resumida del plan (SPD), en cualquier resumen de modificaciones materiales (resumen) relacionado o un certificado de seguro.

¿Necesita ver más detalles acerca de la elegibilidad?

La información es un resumen y no contiene todas las disposiciones, las condiciones o las definiciones del Plan. Para obtener más detalles, consulte el SPD, cualquier Resumen de modificaciones materiales (SMM) relacionado y, en algunos casos, el certificado de seguro para cada beneficio en **myRRDbenefits.com**.

Dependientes no elegibles

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

¿Sus dependientes son elegibles para la cobertura?

- **Si sus dependientes pierden elegibilidad para la cobertura**, debe llamar al Centro de beneficios o visitar el sitio en línea para eliminarlos de la cobertura, generalmente en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que dejan de ser elegibles. No se pagarán reclamos para dependientes no elegibles.
- **Si acaba de inscribir a un dependiente**, esté atento a recibir por correo o correo electrónico una carta de verificación del dependiente. Si usted no responde de manera oportuna con una prueba aceptable de la elegibilidad de su dependiente, la cobertura del dependiente podría ser denegada.

RRD realiza auditorías continuas para confirmar que los dependientes inscritos en el Plan sean elegibles para la cobertura. Esto garantiza que solo se brinde cobertura a los dependientes elegibles, lo cual nos ayuda a administrar los costos por el cuidado de la salud tanto para usted como para la compañía.

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DE SALUD Y BIENESTAR

Estos beneficios están disponibles para usted, siempre que cumpla con los requisitos de elegibilidad y el periodo de espera. Algunos de los beneficios los recibirá de manera automática, mientras que otros los recibirá solo si elige una opción y una categoría de cobertura y si paga las primas aplicables.

	Quién es elegible	Fecha de inicio de la cobertura	Quién se encarga de la inscripción
Beneficios ofrecidos por RRD (sin aporte del empleado)			
Seguro de vida básico para el empleado	Empleados regulares de tiempo completo y empleados de tiempo parcial elegibles para los beneficios de RRD o de cualquiera de sus subsidiarias participantes [1]	Primer día del mes posterior al primer mes de empleo	Inscripción automática
Discapacidad a corto plazo			
Programa de asistencia al empleado SupportLinc		Fecha de contratación	
Beneficios para los que aportan usted y RRD			
Plan médico y de medicamentos recetados	Empleados regulares de tiempo completo y empleados de tiempo parcial elegibles para los beneficios de RRD o de cualquiera de sus subsidiarias participantes [1]	Primer día del mes posterior al primer mes de empleo	Usted [2]
Beneficios opcionales pagados totalmente por usted			
Plan odontológico y oftalmológico	Empleados regulares de tiempo completo y empleados de tiempo parcial elegibles para los beneficios de RRD o de cualquiera de sus subsidiarias participantes [1]	Primer día del mes posterior al primer mes de empleo	Usted [4]
Cuenta de ahorros para la salud			
Cuentas de gastos flexibles Atención médica y cuidado diurno de dependientes [3]			
Seguro de discapacidad a largo plazo			
Seguro de vida Empleado, cónyuge/pareja de hecho e hijo			
Seguro por muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D)			
Seguro por accidente, por enfermedades críticas y por hospitalización			

1. Para ver las definiciones de la condición de empleado regular de tiempo completo y de empleado de tiempo parcial elegible para beneficios, consulte la Política Central de RR. HH. 2-1, "Clasificaciones de empleados", en "Descubrir" > RRD/Políticas y cumplimiento. Los empleados cubiertos por convenio son elegibles solo si así se ha aceptado en el convenio colectivo de trabajo.
2. Las opciones de cobertura para las que es elegible se enumeran en **rrd.bswift.com**. Si no elige la opción "Sin cobertura" ni se inscribe en un programa médico antes de la fecha límite indicada, se lo asignará automáticamente la cobertura de solo empleado en la opción HSA Value y no recibirá aportes a la cuenta de ahorros para la salud (HSA). Su siguiente oportunidad para inscribirse o para cambiar sus opciones será durante el próximo periodo de inscripción anual.
3. Si es contratado en octubre, será elegible para tener una cuenta de gastos flexibles (FSA) el 1 de enero, incluso si su cobertura para los demás beneficios empieza el 1 de diciembre.
4. Las opciones de cobertura para las que es elegible se enumeran en **rrd.bswift.com**. Si no actúa para inscribirse antes de la fecha límite indicada, no tendrá cobertura para el año del plan. Su siguiente oportunidad para inscribirse será durante el próximo periodo de inscripción anual. El seguro de vida opcional está sujeto a la presentación de evidencia de asegurabilidad (EOI). Consulte la **página 28** para ver los detalles.

QUÉ NECESITA HACER

1 Actúe/inscríbase antes de la fecha límite especificada en su kit de inscripción

Debe actuar, incluso si no desea cobertura. De lo contrario, se le asignará la cobertura predeterminada.

2 Lea los materiales de inscripción

Visite **myRRDbenefits.com** para ver más información. Consulte **rrd.bswift.com** para ver las opciones de cobertura que están disponibles para usted y los costos.

3 Reciba ayuda personalizada de Emma

En el sitio web para inscripciones en **rrd.bswift.com**, use a Emma para ver sus tarifas de planes, comparar sus opciones y recibir ayuda para elegir el plan adecuado para usted y su familia.

4 Haga sus elecciones de beneficios

¡IMPORTANTE! Incluso si no desea cobertura, debe entrar en línea o llamar para elegir "Sin cobertura".

- Inscríbase en línea en **rrd.bswift.com**.
- Si no tiene acceso en línea, puede inscribirse por teléfono llamando al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. CT.
- Puede inscribir a dependientes elegibles, según se describe en la **página 2**. Debe proporcionar el número del Seguro Social (SSN) para cada dependiente e ingresar el nombre exactamente como aparece en la tarjeta del Seguro Social.
- Si agrega a un dependiente, en el sitio web para inscripciones debe seleccionar la casilla para cada uno de los programas (por ejemplo, plan médico, odontológico u oftalmológico) en el que desea inscribir al dependiente. (El simple hecho de agregar a un dependiente NO lo inscribe en la cobertura).

¿Cuándo empieza su cobertura?

Sus elecciones de beneficios, incluida cualquier cobertura predeterminada si no se inscribe, generalmente entrarán en efecto el primer día del mes calendario posterior al primer mes de empleo (sin importar el día del mes que haya comenzado a trabajar) y se extenderán hasta el 31 de diciembre de 2027.

Cuándo comienza a trabajar	Cuándo empieza la cobertura
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*
Noviembre	1 de enero
Diciembre	1 de febrero

* 1 de enero para las FSA.

5 Certifique su condición de consumidor de tabaco

En el sitio web para inscripciones, debe certificar si usted y cada uno de sus dependientes cubiertos son “consumidores de tabaco”. Si no es consumidor de tabaco, o si completa cinco sesiones de asesoría en 2027, recibirá un descuento en la prima para los planes médicos, de seguro de vida opcional para el empleado y de seguro de vida opcional para el cónyuge/la pareja.

Para responder “No” a la pregunta de si es consumidor de tabaco en el sitio web para inscripciones, debe certificar que usted (o su dependiente) no han consumido durante los últimos 12 meses: productos de tabaco (incluidos cigarrillos, pipa, puros, tabaco para mascar, rapé y tabaco hookah) o productos derivados del tabaco o de nicotina no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (como cigarrillos electrónicos, geles de nicotina y productos disolventes).

Aun así, puede responder “No” a la pregunta acerca de su consumo de tabaco si usa las siguientes ayudas para dejar el tabaco/la nicotina: productos sustitutos de la nicotina de venta libre aprobados por la FDA (parches dérmicos, goma de mascar y grageas) o medicamentos recetados (Chantix, Zyban o Nicotrol).

Todos los consumidores de tabaco que no completen cinco sesiones de asesoría en 2027 pagarán un recargo en su prima médica anual de $500 por adulto, y de $250 por hijo (agregados a su prima médica) hasta los siguiente límites máximos:

- **Únicamente empleado o únicamente cónyuge/pareja de hecho:** $500
- **Empleado + cónyuge/pareja de hecho:** $1,000
- **Únicamente hijos dependientes:** $250
- **Empleado + hijos o cónyuge/pareja de hecho + hijos:** $750
- **Familia (empleado + cónyuge/pareja de hecho + hijos):** $1,250

Puede encontrar las tarifas de primas para seguro de vida opcional para consumidores de tabaco en **rrd.bswift.com**.

Usted, y cada uno de sus dependientes inscritos, que respondan “Sí” a la condición de consumidores de tabaco pueden calificar para descuentos en las primas para no consumidores de tabaco si completan cinco sesiones de asesoría durante el año del plan. Siempre y cuando la persona complete cinco sesiones de asesoría antes del 31 de diciembre de 2027, se le reembolsará el recargo por consumo de tabaco en el plan médico para esa persona. Si está inscrito en los planes de seguro de vida opcionales, las cuotas de esas primas se ajustarán de manera prospectiva para reflejar el descuento en la prima para no consumidores de tabaco efectivo al primer día del mes después de completar cinco sesiones de asesoría Comuníquese con UBreathe al **1-888-882-5462** para participar en el programa. (Se admiten otras alternativas para dejar de fumar recomendadas por su médico).

6 Confirme sus elecciones:

Después de inscribirse, revise la declaración de confirmación y verifique que sus elecciones, sus dependientes cubiertos y los costos por periodo de pago sean correctos. Imprima y guarde una copia para sus registros. 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 trabajo personalizada para inscripción de nuevos empleados, será asignado automáticamente a las siguientes categorías:

Plan médico

COBERTURA PREDETERMINADA

HSA Value solo para usted.

Plan odontológico y oftalmológico

SIN COBERTURA

No tendrá cobertura durante el año.

HSA y FSA

SIN APORTES

Aunque su aporte a la HSA se determine en $0, igualmente puede elegir aportar a su HSA durante el año.

Seguro de vida básico para el empleado

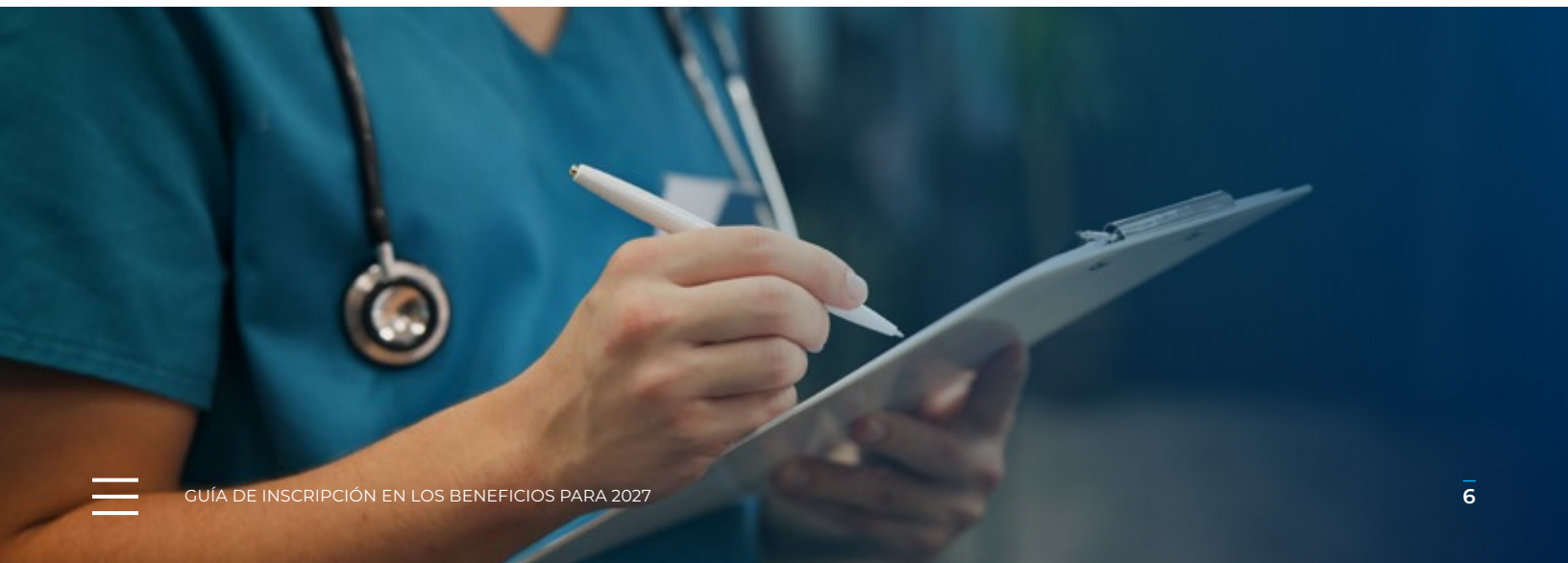
COBERTURA PREDETERMINADA

Una vez su sueldo base anual, hasta $250,000. (Consulte el SPD y cualquier SMM relacionado para ver los detalles del programa, incluidas las reducciones anuales para empleados activos de 65 años y mayores).

Discapacidad a corto plazo (STD)

COBERTURA PREDETERMINADA

Beneficio semanal del 50 % de sus ingresos previos a la discapacidad durante un máximo de 26 semanas si es un empleado por hora, y el 100 % de sus ingresos previos a la discapacidad durante las primeras tres semanas y el 50 % durante un máximo de 23 semanas adicionales si es un empleado asalariado. (Consulte el SPD y cualquier SMM relacionado para ver los detalles).





SU SALUD

Opciones del Programa Médico Nacional para 2027 08

Beneficios de cobertura médica y medicamentos recetados 10

Recursos para la salud 17

Beneficios de atención médica complementaria 19

Beneficios odontológicos 20

Beneficios oftalmológicos 21

OPCIONES DE PROGRAMA MÉDICO NACIONAL PARA 2027

Puede elegir entre cuatro opciones del Programa Médico Nacional de Blue Cross Blue Shield of Illinois (BCBSIL): HSA Advantage, HSA Value, Copay Advantage y Copay Edge. En función de dónde viva, puede ser elegible para una opción médica regional (Kaiser o Dean Health Plan). Si alguna de estas opciones está disponible para usted, la verá listada cuando inicie sesión en el sitio web de inscripción (**rrd.bswift.com**).

Compare las opciones médicas nacionales

	HSA Advantage	HSA Value	Copay Advantage	Copay Edge
Atención preventiva Dentro de la red	✓	✓	✓	✓
Medicamentos recetados A través de CVS Caremark	✓	✓	✓	✓
Telemedicina A través de MDLIVE	✓	✓	✓	✓
Tratamiento de fertilidad	✓	✓	✓	✓
Cubre la atención recibida Dentro y fuera de la red	✓	✓	✓	✓
Incluye asistencia de PrudentRx	✓	✓	✓	✓
Elegible para Paytient	✓	✓	✓	✓
Elegible para una HSA y una FSA de atención médica de uso limitado	✓	✓	✗	✗
Elegible FSA de atención médica de uso completo	✗	✗	✓	✓
Primas	$$	$	$$	$
Deducible	$$	$$$	$	✗
Gasto máximo de bolsillo	$$	$$	$$	$$

Use proveedores dentro de la red

Cuando se inscribe en una de las opciones del Programa Médico Nacional, puede utilizar cualquier proveedor, pero utilizar proveedores dentro de la red le ahorrará dinero.

Los servicios fuera de la red tienen el doble del deducible y del máximo de gastos de bolsillo que los servicios dentro de la red.

Visite **bcbsil.com/rrd/doctors-and-hospitals** para encontrar un proveedor de la red. Le recomendamos que también confirme que sus proveedores están dentro de la red llamando al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación antes de recibir servicios, o llame al consultorio de su médico para verificar que participa en la red.

* Una opción de plan de salud con deducible alto, como la opción HSA Advantage o HSA Value del Programa Médico Nacional, a veces puede "superar financieramente" a una opción con deducible más bajo y prima más alta generando costos totales de bolsillo más bajos en todos los niveles de gasto médico. En otras palabras, es posible que, para muchos participantes, sus costos totales con las opciones HSA (incluso si cubren todo su deducible e incurren en gastos de coaseguro adicionales significativos) sean menores que si pagaran la prima en una opción Copay y no incurrieran en gastos adicionales. Se le recomienda usar "Pregúntele a Emma" para evaluar si la prima mensual más baja pero el deducible más alto en una de las opciones del Programa Médico Nacional elegibles para HSA serían financieramente mejores en general para usted que las primas más altas de los programas médicos nacionales de Copay, después de tener en cuenta su gasto médico proyectado para 2027. Sin dudas, algunos participantes valoran más la certeza que el posible ahorro de costos; si le parece importante tener costos mensuales predecibles y constantes en lugar de la posibilidad de ahorrar dinero en general, pero con costos mensuales variables, una opción Copay podría ser su elección preferida, aunque pueda resultarle más cara.



Requisitos para una atención rentable

Estos requisitos del Plan están diseñados para ayudarlo a recibir atención de alta calidad mientras evita costos innecesarios:

- **Llame a OneImaging para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas que no sean de emergencia ni urgentes.** OneImaging ofrece imágenes médicas convenientes (resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, radiografías, mamografías, etc.) sin los tiempos de espera y los altos costos que a menudo se encuentran en otros lugares. El Plan no cubre resonancias magnéticas ni tomografías computarizadas realizadas por otros proveedores, excepto en caso de emergencia o atención urgente.
- **Utilice Nox Sleep Care para pruebas o tratamientos de afecciones del sueño** (apnea obstructiva del sueño, insomnio, síndrome de piernas inquietas, trastornos del ritmo circadiano, etc.). No hay cobertura para afecciones del sueño si consulta a otros proveedores.
- **Utilice un centro de "atención especializada Blue Distinction"** para estas cinco especialidades quirúrgicas: cirugía bariátrica, cirugía cardíaca, cirugía de reemplazo de rodilla y cadera, cirugía de columna vertebral y cirugías de trasplante. Los centros Blue Distinction son reconocidos por brindar atención de mayor calidad. Si no utiliza un centro de atención especializada Blue Distinction, pagará un coaseguro más alto: 40 % para las opciones HSA Advantage y Copay Advantage, y 45 % para la opción HSA Value.

  NOTA: Si elige un proveedor con Carrum Health, no está obligado a utilizar un centro de atención especializada Blue Distinction de BCBSIL. (Consulte la **página 17** para ver más información).
- **Obtenga autorización previa** para hospitalizaciones, radioterapia (tratamiento con protones, tratamiento de radiación, etc.), enfermería especializada y rehabilitación, atención médica domiciliaria y otros servicios enumerados en el SPD que requieren autorización previa.

Para obtener más detalles sobre estos requisitos y los costos adicionales que evitará al seguirlos, comuníquese con un defensor de la salud llamando al **1-800-537-9765**.

Cómo utilizar sus beneficios de medicamentos recetados

Su cobertura de medicamentos recetados a través de CVS Caremark le brinda flexibilidad y oportunidades para ahorrar dinero.

- Puede surtir recetas de medicamentos que no sean de mantenimiento en cualquier farmacia, incluidas farmacias que no sean CVS. Para encontrar un farmacia local en su red, regístrese en **caremark.com** o descargue la aplicación de CVS Caremark para acceder a la herramienta de búsqueda de farmacias.
- Debe utilizar el Servicio de Pedidos por Correo o el Programa de Opción de Mantenimiento de CVS Caremark para surtir sus recetas de medicamentos de mantenimiento (excepto cuando la ley estatal exija lo contrario). Para obtener más información, visite **caremark.com** o llame al **1-866-273-8402**.
- Puede acceder a los servicios de medicamentos recetados de CVS Caremark en cualquier momento y cualquier lugar a través de la aplicación móvil de CVS Caremark o en **caremark.com** para lo siguiente:
  - Ahorrar dinero.
  - Solicitar recetas nuevas y resurtidos.
  - Encontrar una farmacia dentro de la red.
  - Monitorear sus gastos.
  - Configurar recordatorios de medicamentos.
  - Comprender sus beneficios de medicamentos recetados y más.

Programa PrudentRx para medicamentos especializados: ¡copago de $0!

Si se inscribe en cualquiera de las opciones del Programa Médico Nacional, quedará inscrito automáticamente en el programa PrudentRx como parte de su cobertura de medicamentos recetados a través de CVS Caremark.

A través de este programa **GRATUITO**, usted paga $0 por los medicamentos especializados cubiertos surtidos en la farmacia CVS Specialty. (Si se inscribe en una opción del Programa Médico Nacional de HSA, debe cumplir con su deducible antes de que comiencen los beneficios de PrudentRx.) El programa PrudentRx actualmente se enfoca en medicamentos especializados en las siguientes clases terapéuticas: hepatitis C, enfermedades autoinmunitarias, oncología y esclerosis múltiple.

Para 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 un 30 % de coaseguro por cualquier medicamento especializado que tome y que sea elegible para el programa. **Si se le requiere pagar este 30 % de coaseguro por un medicamento especializado, y si el medicamento en particular se considera un "beneficio de salud no esencial", entonces se le requerirá continuar pagando esta cantidad *incluso si ya ha cumplido con el máximo de gastos de bolsillo del Plan*.**

Consulte las **páginas 13-16** para obtener más información sobre el copago o el coaseguro aplicable para medicamentos especializados bajo cada opción del Programa Médico Nacional.

CVS lo ayuda a ahorrar

El programa Drug Savings Review de CVS trabaja con sus proveedores para encontrar opciones de menor costo para sus medicamentos.

COMPARE SUS OPCIONES DEL PROGRAMA MÉDICO NACIONAL

Utilice las tablas de las siguientes páginas para comparar sus opciones. Para la cobertura dentro de la red, usted paga las cantidades y los porcentajes que se muestran, y el Plan cubre el resto. Para la cobertura fuera de la red, es posible que también deba pagar las cantidades que excedan los montos permitidos por el Plan.

Consulte sus primas personalizadas en **rrd.bswift.com**.* Visite **myRRDbenefits.com** para obtener más detalles y consulte el SPD y el SBC completos de cada opción del Programa Médico Nacional. Para solicitar copias impresas, llame al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**.

COPAY EDGE

Copay Edge hace que la atención médica sea más fácil de entender y usar. Con un deducible de $0 dentro de la red, copagos predecibles, acceso a la misma amplia red de proveedores que las otras opciones del Programa Médico Nacional y apoyo personalizado, Copay Edge lo ayuda a comprender mejor sus costos antes de recibir atención para que pueda tomar decisiones informadas.

A diferencia de las opciones médicas tradicionales que incluyen deducibles y coaseguro, Copay Edge tiene una estructura de copago simple y ofrece orientación para ayudarlo a elegir atención de alta calidad. Vea los aspectos destacados de los copagos en la **página 13** y visite **myRRDbenefits.com** para obtener los detalles completos del plan.

Encuentre atención con confianza

Elegir al proveedor de atención médica adecuado es importante. Encuentre proveedores de confianza para recibir la atención que necesita y, al mismo tiempo, controlar los costos.
Use la aplicación de BCBSIL para lo siguiente:

- Encontrar médicos y centros de alta calidad.
- Comparar copagos antes de recibir atención.
- Obtener recomendaciones personalizadas y recordatorios de atención.
- Encontrar opciones de atención que se ajusten a sus necesidades y su presupuesto.

Costos fáciles de entender

Saber lo que pagará puede facilitar las decisiones de atención médica. Los copagos dentro de la red son más bajos cuando elige proveedores de alta calidad, por lo que obtiene más valor de sus beneficios. Copay Edge incluye herramientas digitales guiadas para ayudarlo a mantenerse al tanto de sus costos de atención médica.

- Vea y haga un seguimiento de sus saldos médicos mensuales.
- Verifique el estado y los detalles de la revisión clínica.

Obtenga recompensas por tomar decisiones inteligentes de atención médica

Member Rewards es parte de su plan. Utilice la función Member Rewards en su aplicación para obtener recompensas en efectivo cuando haga lo siguiente:

- Elija instalaciones elegibles para ciertos servicios.
- Seleccione proveedores de máxima preferencia.
- Busque atención médica y compare opciones.

Formas flexibles de pago

Copay Edge incluye la opción de recibir financiamiento a través de Paytient (con una línea de crédito de $3,000 sin intereses ni comisiones) para hacer que los costos de atención médica sean más manejables.

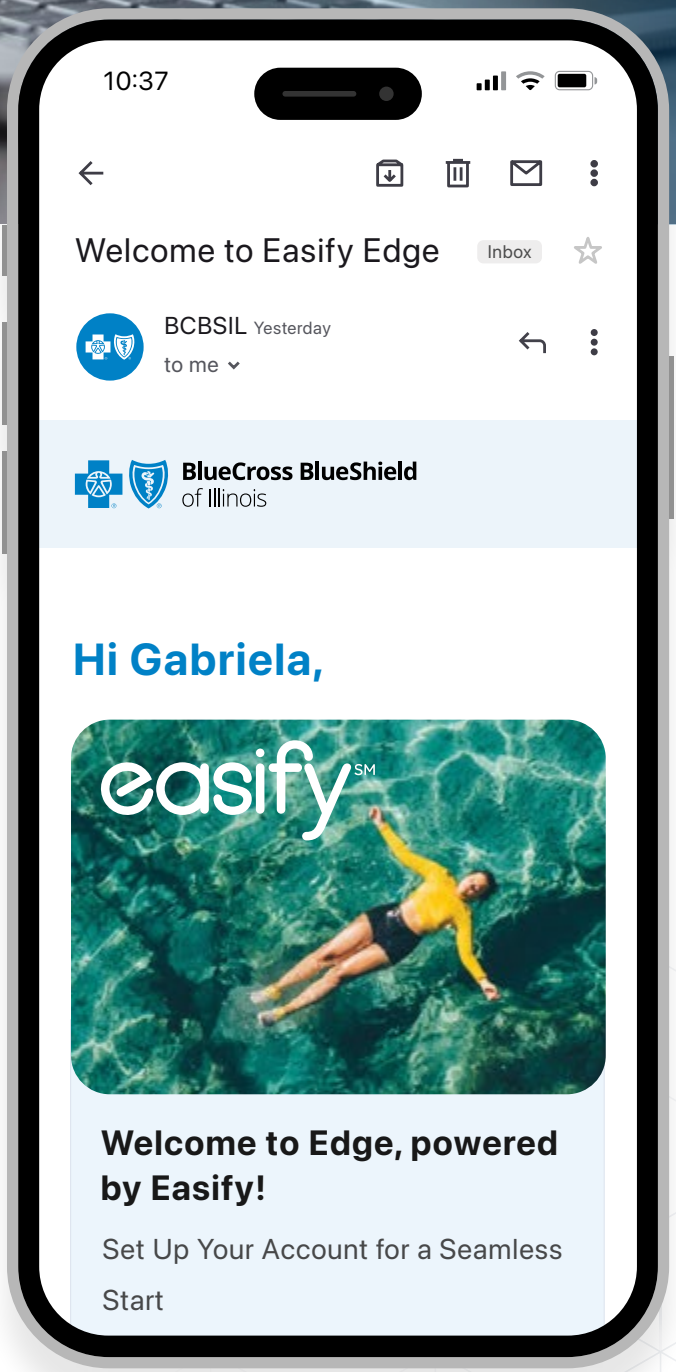
Para inscribirse en Paytient, marque la casilla “sí” en las preguntas de financiamiento en el sitio web de inscripción cuando esté eligiendo sus beneficios. Consulte la **página 27** para obtener detalles adicionales.

- Pague su copago al momento de recibir el servicio.
- Reciba un estado de cuenta mensual fácil de leer.
- Haga un seguimiento de los pagos a través de la aplicación.
- Elija entre opciones de pago convenientes, incluida la deducción de nómina.



COMENZAR CON COPAY EDGE ES FÁCIL

- Descargue la aplicación de BCBSIL
- Elija su equipo de atención
- Establezca sus preferencias



MANTÉNGASE SALUDABLE

Cuando la atención es más sencilla y los costos son más claros, lo siguiente resulta más fácil:

- Recibir atención preventiva.
- Abordar las preocupaciones de salud cuanto antes.
- Seguir los planes de tratamiento.
- Mantenerse al día con sus objetivos de salud.

COPAY EDGE

PLAN MÉDICO	Proveedor de máxima preferencia	Proveedor preferido	Proveedor principal	Fuera de la red
Deducible anual	$0	$0	$0	$5,000 solo empleado; $10,000 familia
Máximo anual de gastos de bolsillo	$8,000 solo empleado; $16,000 familia	$8,000 solo empleado; $16,000 familia	$8,000 solo empleado; $16,000 familia	Ilimitado
Servicios médicos frecuentes				
Atención preventiva [1]	$0	$0	$0	30 %
Visita al consultorio Atención primaria/especialista	$30/$75	$65/$150	$125/$325	30 %
Salud mental y dependencia química	$30	$30	$30	30 %
Sala de emergencias [2]	$1,200; no se aplica si es hospitalizado	$1,200; no se aplica si es hospitalizado	$1,200; no se aplica si es hospitalizado	$1,200; no se aplica si es hospitalizado
Atención de urgencia	$150	$150	$150	30 %

Debe llamar a OneImaging para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas que no sean de emergencia ni urgentes.

MEDICAMENTOS RECETADOS [3]	Farmacia minorista	Pedido por correo
Genéricos Nivel 1	25 % ($10 mín./$45 máx.)	25 % ($25 mín./$115 máx.)
De marca en el formulario Nivel 2	40 % ($40 mín./$100 máx.)	40 % ($100 mín./$250 máx.)
De marca no incluidos en el formulario Nivel 3	50 % ($75 mín./$150 máx.)	50 % ($185 mín./$375 máx.)
Medicamentos especializados Nivel 4	N/C	**Si no está cubierto por PrudentRx:** $210 **Si está cubierto por PrudentRx:** $0 [4]

Notas finales (página 35)

HSA ADVANTAGE

PLAN MÉDICO	Solo empleado		Familia	
	Dentro de la red	Fuera de la red [5]	Dentro de la red	Fuera de la red [5]
Deducible anual	$2,100	$4,200	$4,200	$8,400
Gasto máximo de bolsillo anual [6]	$8,700	$17,400	$17,400; Tope individual de $8,700	$34,800; Tope individual de $17,400
Visita al consultorio	20 % después del deducible	40 % después del deducible	20 % después del deducible	40 % después del deducible
Atención preventiva	0 %	40 % después del deducible	0 %	40 % después del deducible
Sala de emergencias	20 % después del deducible	20 % si es una emergencia real; de lo contrario, 40 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % si es una emergencia real; de lo contrario, 40 % después del deducible

Debe llamar a OneImaging para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas que no sean de emergencia ni urgentes.

MEDICAMENTOS RECETADOS [3]	Farmacia minorista	Pedido por correo
Genéricos	20 % después del deducible	
De marca en el formulario	30 % después del deducible	
De marca no incluidos en el formulario	40 % después del deducible	
Medicamentos especializados	**Si no está cubierto por PrudentRx:** 30 % después del deducible **Si está cubierto por PrudentRx:** 0 % después del deducible [7]	

Notas finales (página 35)

HSA VALUE

PLAN MÉDICO	Solo empleado		Familia	
	Dentro de la red	Fuera de la red [5]	Dentro de la red	Fuera de la red [5]
Deducible anual	$3,000	$6,000	$6,000	$12,000
Gasto máximo de bolsillo anual [6]	$8,700	$17,400	$17,400; Tope individual de $8,700	$34,800; Tope individual de $17,400
Visita al consultorio	25 % después del deducible	50 % después del deducible	25 % después del deducible	50 % después del deducible
Atención preventiva	0 %	50 % después del deducible	0 %	50 % después del deducible
Sala de emergencias	25 % después del deducible	25 % si es una emergencia real; de lo contrario, 50 % después del deducible	25 % después del deducible	25 % si es una emergencia real; de lo contrario, 50 % después del deducible

Debe llamar a OneImaging para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas que no sean de emergencia ni urgentes.

MEDICAMENTOS RECETADOS [3]	Farmacia minorista	Pedido por correo
Genéricos	25 % después del deducible	
De marca en el formulario	40 % después del deducible	
De marca no incluidos en el formulario	50 % después del deducible	
Medicamentos especializados	**Si no está cubierto por PrudentRx:** 30 % después del deducible **Si está cubierto por PrudentRx:** 0 % después del deducible [7]	

Notas finales (página 35)

COPAY ADVANTAGE

PLAN MÉDICO	Solo empleado		Familia	
	Dentro de la red	Fuera de la red [5]	Dentro de la red	Fuera de la red [5]
Deducible anual	$1,700	$3,400	$3,400	$6,800
Gasto máximo de bolsillo anual [6]	$8,700	$17,400	$17,400; Tope individual de $8,700	$34,800; Tope individual de $17,400
Visita al consultorio	$25 por un médico de atención primaria (PCP) o médico de salud mental; $40 por un especialista	40 % después del deducible	$25 por un PCP o médico de salud mental; $40 por un especialista	40 % después del deducible
Atención preventiva	0 %	40 % después del deducible	0 %	40 % después del deducible
Sala de emergencias	Copago de $500 + 20 % del saldo restante después del deducible	Copago de $500 + 20 % del saldo restante si se trata de una verdadera emergencia, de lo contrario, 50 % del saldo restante después del deducible [8]	Copago de $500 + 20 % del saldo restante después del deducible	Copago de $500 + 20 % del saldo restante si se trata de una verdadera emergencia, de lo contrario, 50 % del saldo restante después del deducible [8]

Debe llamar a OneImaging para resonancias magnéticas y tomografías computarizadas que no sean de emergencia ni urgentes.

MEDICAMENTOS RECETADOS [3]	Farmacia minorista	Pedido por correo
Genéricos	20 % ($10 mín./$40 máx.); sin deducible	20 % ($25 mín./$100 máx.); sin deducible
De marca en el formulario	30 % ($40 mín./$75 máx.); sin deducible	30 % ($100 mín./$185 máx.); sin deducible
De marca no incluidos en el formulario	40 % ($55 mín./$125 máx.); sin deducible	40 % ($140 mín./$315 máx.); sin deducible
Medicamentos especializados	**Si no está cubierto por PrudentRx:** $150; sin deducible **Si está cubierto por PrudentRx:** $0; sin deducible [4]	Suministro para más de 30 días no permitido

Notas finales (página 35)

RECURSOS DE SALUD PARA CADA PASO DE SU CAMINO

Sus beneficios de RRD lo conectan con recursos especializados y apoyo personalizado para cada etapa de su camino de salud. Usted y sus familiares cubiertos pueden aprovechar estos programas, que están incluidos como parte de las opciones del Programa Médico Nacional de RRD. Obtenga más información sobre estos programas en **myRRDbenefits.com**.

Carrum Health

Carrum Health lo ayuda a obtener atención experta para afecciones de salud graves al conectarlo con proveedores de alta calidad, guiarlo a través del proceso y reducir sus costos de atención médica.

- La atención médica de alta calidad no tiene por qué costarle miles de dólares. RRD cubre la mayoría, si no todos, los costos médicos relacionados con su cirugía cuando utiliza Carrum. Si está inscrito en el plan Copay Advantage o Copay Edge y utiliza Carrum Health, pagará $0. Si está inscrito en el plan HSA Value o HSA Advantage, pagará hasta alcanzar el deducible legal ($1,750 para cobertura de solo empleado y $3,500 para cobertura de empleado + cónyuge, de empleado + hijos, o de familia) antes de que el Plan pague por su cirugía.
- Cuando se enfrenta a una afección de salud grave o a una cirugía, encontrar la atención adecuada puede ser abrumador. Carrum Health lo hace más fácil al ayudarlo a encontrar proveedores de confianza, comprender sus opciones, coordinar el tratamiento y potencialmente ahorrar dinero en el proceso.
- Los coordinadores de atención dedicados ayudan a programar citas, responder preguntas, explicar sus opciones y guiarlo a través del proceso de tratamiento de principio a fin.

NOTA: Si elige utilizar Carrum Health para conectarse con un proveedor, no está obligado a utilizar un centro de atención especializada Blue Distinction de BCBSIL. (Consulte la **página 9** para ver más información).

Maven Clinic

Obtenga apoyo de salud virtual las 24 horas del día, los 7 días de la semana para fertilidad, planificación familiar, maternidad y atención de recién nacidos, crianza, pediatría, menopausia y salud en la mediana edad.

Nox Sleep Care

Nox Sleep Care es el proveedor de red exclusivo de RRD para afecciones del sueño como apnea obstructiva del sueño, insomnio, síndrome de piernas inquietas y trastornos del ritmo circadiano. No hay cobertura si utiliza otros proveedores.

WellTheory

WellTheory proporciona orientación experta y apoyo personalizado para personas con afecciones autoinmunitarias e inflamatorias. Su equipo de atención trabajará con usted para controlar los síntomas, reducir la inflamación y mejorar su bienestar general.

Teladoc Health para el control de la hipertensión

Tener presión arterial alta es más fácil con la ayuda del control de la hipertensión de Teladoc Health. Cuando se inscribe, obtiene un monitor de presión arterial avanzado, apoyo de asesores que pueden responder a sus preguntas y ayudarlo a realizar cambios en su estilo de vida para mejorar su presión arterial y reducir su riesgo de complicaciones, además de una aplicación y un panel de control fáciles de usar.

Hinge Health

Hinge Health ofrece apoyo virtual para problemas de espalda, rodilla, cadera, cuello, hombro, salud pélvica femenina y otras preocupaciones musculoesqueléticas. Puede acceder a terapia de ejercicio personalizada, educación y apoyo del equipo de atención desde la comodidad de su hogar. Participe cuando y donde le resulte conveniente.



Atención de la diabetes

DE TWIN HEALTH Y CVS HEALTH

Si usted o un familiar cubierto tiene o está en riesgo de desarrollar diabetes, puede elegir entre dos programas que lo ayude a llevar una vida más saludable: Twin Health o Transform Diabetes Care de CVS Health.

- **Twin Health** utiliza tecnología digital para brindar orientación precisa e individualizada y sanar la causa subyacente de su diabetes tipo 2 y prediabetes.
- **Transform Diabetes Care** puede ayudarlo a controlar su diabetes tipo 1 o tipo 2 y a mantenerse al día con su plan de tratamiento recetado.

Apoyo para la pérdida de peso

DE TWIN HEALTH Y WONDR

Usted cuenta con dos programas únicos diseñados para ayudarlo a perder peso y llevar una vida más saludable: Twin Health y Wondr Health.

- **Twin Health** combina una aplicación móvil, tecnología y el apoyo de un equipo médico para ayudarlo a comprender cómo funciona su cuerpo y qué necesita para lograr una pérdida de peso sostenible.
- **Wondr** es un programa de bienestar digital que enseña hábitos saludables clínicamente probados que conducen a menos estrés, mejor sueño, pérdida de peso y más.

Private Health Management

Private Health Management (PHM) los ayuda a usted y a su familia a manejar afecciones de salud graves o complejas. Trabajando junto a sus médicos, PHM proporciona orientación y apoyo de expertos para ayudarlo a obtener la mejor atención posible.

Member Rewards de BCBSIL

Compre y gane recompensas en efectivo cuando seleccione proveedores de calidad elegibles para recompensas para procedimientos y servicios como exploraciones, colonoscopias, cirugías y más. Member Rewards está disponible con las cuatro opciones del Programa Médico Nacional, incluido el plan Copay Edge.

Recursos de salud adicionales

NO DISPONIBLE EN COPAY EDGE

AccessHope

Si a usted o a un familiar cubierto se le diagnostica cáncer, AccessHope los conecta a usted y al oncólogo que le brinda tratamiento con especialistas en cáncer de centros oncológicos académicos líderes, quienes aportan conocimientos especializados para ayudar a tomar decisiones sobre el tratamiento y los planes de atención.

Soluciones de defensa de la salud

Su cobertura médica de RRD a través de BCBSIL incluye el apoyo de un defensor de la salud que puede ayudarlo a aprovechar al máximo sus beneficios.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA

Los beneficios de atención médica complementaria pueden ampliar su cobertura médica de RRD al proporcionar beneficios en efectivo si usted o un familiar cubierto se enferma o se lesiona.

Puede elegir protección de seguro adicional de MetLife durante la inscripción anual. Estos beneficios son totalmente opcionales y son pagados al 100 % por el empleado. Usted los paga a través de deducciones de nómina después de impuestos.

Seguro contra accidentes

Usted recibe un pago global cuando usted o un familiar cubierto sufre una lesión cubierta o se somete a pruebas, servicios o tratamientos médicos cubiertos. Este beneficio incluye cobertura para accidentes dentro y fuera del trabajo. Existen más de 150 afecciones cubiertas asociadas con un accidente que podrían activar los beneficios, lo que incluye diversas lesiones, hospitalización, atención de enfermería, servicios médicos y tratamientos. Los pagos se realizan directamente a usted y pueden utilizarse de la manera que considere conveniente.

Para obtener más información:

Visite **myRRDbenefits.com**, revise la *Guía de beneficios complementarios y voluntarios* y esté atento a su correo para obtener detalles adicionales de MetLife. Consulte sus primas personalizadas en **rrd.bswift.com**.

Para preguntas sobre el plan:

Visite **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)**.

Seguro por enfermedades críticas

Usted recibe un pago global de $10,000, $20,000 o $30,000 si a usted o a un familiar cubierto se le diagnostica una enfermedad grave como cáncer, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, tumor cerebral benigno, coma, parálisis de dos o más extremidades, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), esclerosis múltiple, distrofia muscular, enfermedad de Parkinson avanzada, parálisis cerebral infantil, fibrosis quística, diabetes tipo 1 y cáncer de piel. La cantidad máxima que puede recibir a través de su plan de seguro por enfermedades críticas se denomina monto total del beneficio y es cinco veces su monto del beneficio. Esto significa que puede recibir múltiples pagos de beneficios hasta alcanzar el máximo de $50,000, $100,000 o $150,000.

También puede obtener $50 por año calendario de MetLife cuando se realiza un examen* específico para una de las afecciones médicas cubiertas.

Seguro de indemnización por hospitalización

Si usted o un familiar cubierto es hospitalizado debido a un evento cubierto, usted recibe una cantidad neta al momento del ingreso y una cantidad diaria hasta por 30 días de hospitalización por cada evento cubierto. El pago puede utilizarse para ayudar a cubrir los gastos de bolsillo, como deducibles y copagos del seguro médico, o de cualquier manera que usted considere conveniente.

* Los exámenes cubiertos incluyen: biopsias para detectar cáncer, análisis bioquímico de sangre, análisis de sangre para determinar el colesterol total, análisis de sangre para determinar los triglicéridos, pruebas de médula ósea, resonancia magnética de mama, ecografía de mama, sonograma de mama, análisis de sangre de antígeno cancerígeno 15-3 para detectar cáncer de mama (CA 15-3), análisis de sangre de antígeno cancerígeno 125 para detectar cáncer de ovario (CA 125), análisis de sangre de antígeno carcinoembrionario para cáncer de colon (CEA), ecografía Doppler de las carótidas, radiografías de tórax, examen clínico testicular, colonoscopia, hemograma completo (CBC), prueba de glucosa en sangre en ayunas, prueba de glucosa plasmática en ayunas, sigmoidoscopia flexible, prueba de audición, prueba de sangre oculta en muestra de heces, hemoglobina A1C, vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), lipidograma, mamografía, examen de detección de cáncer de boca, pruebas de Papanicoláu o prueba de Papanicolaou ThinPrep, prueba de antígeno prostático específico (PSA), prueba de colesterol sérico para determinar los niveles de LDL y HDL, electroforesis de proteínas séricas, biopsia de cáncer de piel, examen de detección de cáncer de piel y examen de piel.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS

Tiene tres opciones de planes odontológicos de Cigna a través de RRD: **Dental PPO**, **Dental PPO Plus** y **Dental HMO** (solo cobertura dentro de la red). Use esta tabla para comparar sus opciones. Consulte sus primas personalizadas en **rrd.bswift.com**.

Cómo encontrar a un dentista dentro de la red

Miembros de Cigna: Regístrese e inicie sesión en **mycigna.com**.

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

¿Aún no es miembro de Cigna?

Visite **cigna.com** > *Find a Doctor* (Encontrar un médico) > *Employer or School* (Empleador o institución educativa). Luego ingrese su código postal o busque un dentista por nombre.

	Plan Dental PPO de Cigna		Plan Dental PPO Plus de Cigna		Plan Dental HMO de Cigna
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red
Deducible anual	$50	$150	$50	$150	$0
Máximo anual Sin ortodoncia	$1,500 por persona		$2,000 por persona		Sin máximo anual
Máximo de ortodoncia de por vida	N/C		$2,000 por persona		Limitado a un tratamiento por persona, de por vida; comuníquese con Cigna (consulte la **página 33**) para ver los detalles
Atención preventiva Tipo A	100 %		100 %		100 %
Atención básica Tipo B	70 %		80 %		100 %
Atención especializada Tipo C	50 %		50 %		60 %
Ortodoncia Tipo D	N/C		50 %		50 %

BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS

Tiene dos opciones de planes oftalmológicos: **EyeMed Essential** y **EyeMed Enhanced**. Ambas opciones ofrecen cobertura integral para exámenes, lentes, armazones y lentes de contacto, así como descuentos en la corrección de la vista por láser.

Cómo encontrar a un proveedor de EyeMed

Visite **eyemed.com** y haga clic en *Find an Eye Doctor* (Encontrar un oftalmólogo). Elija *Insight Network* (Red Insight) en el menú desplegable y luego haga clic en *Use My Location* (Usar mi ubicación) o busque por código postal.

Proveedores PLUS

Para obtener cobertura adicional que lo ayude a ahorrar más dinero, busque proveedores PLUS. Los posibles miembros también pueden llamar al **1-866-299-1358** para obtener ayuda.

	EyeMed Essential		EyeMed Enhanced	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Frecuencia del servicio				
Examen	Cada 12 meses		Cada 12 meses	
Armazones	Cada 24 meses		Cada 12 meses	
Lentes	Cada 12 meses		Cada 12 meses	
Exámenes				
Examen de rutina de la vista	Copago de $10 ($0 con proveedores PLUS)	Asignación de hasta $35	Copago de $0	Asignación de hasta $35
Armazones				
Armazón estándar	Copago de $0, 20 % de descuento sobre el saldo que exceda la asignación de $150 (asignación de $200 con proveedores PLUS)	Asignación de hasta $75	Copago de $0, 20 % de descuento sobre el saldo que exceda la asignación de $180 (asignación de $230 con proveedores PLUS)	Asignación de hasta $90
Armazón inteligente	Copago de $0; 20% de descuento sobre el saldo que exceda la asignación de $200 (asignación de $250 en proveedores PLUS)	Asignación de hasta $100	Copago de $0, 20 % de descuento sobre el saldo que exceda la asignación de $230 (asignación de $280 con proveedores PLUS)	Asignación de hasta $115
Armazón auditivo	Copago de $0; 20% de descuento sobre el saldo que exceda la asignación de $350 (asignación de $400 en proveedores PLUS)	Asignación de hasta $175	Copago de $0; 20% de descuento sobre el saldo que exceda la asignación de $350 (asignación de $400 en proveedores PLUS)	Asignación de hasta $175

	EyeMed Essential		EyeMed Enhanced	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Lentes*				
Monofocales	Copago de $20	Asignación de hasta $25	Copago de $10	Asignación de hasta $25
Bifocales		Asignación de hasta $40		Asignación de hasta $40
Trifocales		Asignación de hasta $55		Asignación de hasta $55
Lenticulares		Asignación de hasta $55		Asignación de hasta $55
Progresivos estándar	Copago de $85	Asignación de hasta $40		Asignación de hasta $55
Progresivos Prémium nivel I, II, III o IV	**Nivel I:** copago de $105	Asignación de hasta $40	**Nivel I:** copago de $30	Asignación de hasta $55
	Nivel II: copago de $115		**Nivel II:** copago de $40	
	Nivel III: copago de $130		**Nivel III:** copago de $55	
	Nivel IV: copago de $195		**Nivel IV:** copago de $185	
Opciones de lentes Recubrimiento antirreflejante	**Estándar:** copago de $45	Asignación de hasta $5	**Estándar:** copago de $0	Asignación de hasta $5
	Nivel I: copago de $57		**Nivel I:** copago de $12	
	Nivel II: copago de $68		**Nivel II:** copago de $23	
	Nivel III: copago de $85		**Nivel III:** copago de $85	
Lentes de contacto*				
Desechables	Copago de $0, 100 % del saldo que exceda la asignación de $150 (asignación de $200 con proveedores PLUS)	Asignación de hasta $150	Copago de $0, 100 % del saldo que exceda la asignación de $170 (asignación de $220 con proveedores PLUS)	Asignación de hasta $150
Convencionales	Copago de $0, 15 % de descuento sobre el saldo que exceda la asignación de $150 (asignación de $200 con proveedores PLUS)		Copago de $0, 15 % de descuento sobre el saldo que exceda la asignación de $170 (asignación de $220 con proveedores PLUS)	

* La cobertura del beneficio es para lentes de contacto o para anteojos, pero no para ambos. Visite **eyemed.com** para obtener detalles.

Eye360

Su cobertura también incluye Eye360, un paquete de beneficios mejorado para los miembros que visitan a un grupo selecto de proveedores dentro de la red de EyeMed llamados proveedores PLUS. Los beneficios de Eye360 incluyen exámenes de la vista con copago de $0, asignaciones adicionales para armazones y lentes de contacto, 40 % de descuento en pares de anteojos adicionales, descuentos en cirugía LASIK y más. Use esta tabla para comparar sus opciones. Consulte las primas en **rrd.bswift.com**.

SU DINERO



Plan de ahorros 401(k) de RRD	24
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	25
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	26
Cuenta Paytient para el pago de gastos médicos	27
Seguro de vida y contra accidentes	28
Beneficios por discapacidad	29

PLAN DE AHORROS 401(k) DE RRD

El plan de ahorros 401(k) de RRD (también conocido como el plan de ahorros de RR Donnelley) lo ayuda a ahorrar dinero para su jubilación con ventajas fiscales. RRD realizará un aporte equivalente para ayudarlo a aumentar aún más su cuenta de jubilación.

Inscripción

Si es elegible, se lo inscribirá automáticamente en el Plan cuando se una a RRD, y el 5 % de su salario elegible se deducirá de su pago antes de impuestos. Su aporte se invertirá totalmente en el fondo de fecha objetivo que esté más estrechamente alineado con su fecha de jubilación prevista, lo cual supone que planea jubilarse a los 65 años. Puede cambiar su elección de inversión en cualquier momento en **NetBenefits.com**.

Si realiza una elección afirmativa de que no desea participar en el Plan dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se realizó su primer aporte automático, puede retirar todos sus aportes automáticos que se hicieron al Plan.

Aportes del empleado

Puede aportar del 1 % al 85 % de su salario como aportes antes de impuestos, Roth 401(k) o después de impuestos, todo a través de deducciones de nómina realizadas cada periodo de pago. El total de sus aportes antes de impuestos, Roth 401(k) y después de impuestos no puede exceder el 85 % (o los límites anuales del Servicio de Impuestos Internos [IRS]).

Si tiene 50 años o más al final de un año calendario determinado, puede realizar aportes complementarios adicionales antes de impuestos o Roth 401(k) para ese año, hasta los límites anuales del IRS.

Aportes de RRD

Si es elegible, RRD realizará aportes equivalentes cada periodo de nómina equivalentes a $0.25 por cada dólar que usted aporte a su 401(k), hasta un 5 % de su salario, como aporte antes de impuestos, Roth 401(k) o complementario. Para obtener más detalles, consulte el resumen del plan de ahorros: aportes equivalentes de RRD al plan 401(k).

Obtenga más información sobre el plan de ahorros 401(k) de RRD en **myRRDbenefits.com** y esté atento a su correo para recibir información de inscripción de Fidelity.

Administrar su 401(k) es fácil

Su 401(k) se administra a través de Fidelity (**NetBenefits.com**), que ofrece herramientas de planificación en línea, videos y talleres para ayudarlo a tomar decisiones para su futuro financiero. También obtiene una línea de opciones de inversión, lo que incluye fondos de fecha objetivo y una opción de corretaje autodirigido. Y la ayuda de los representantes experimentados de Fidelity está a solo una llamada de distancia.



CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Una HSA es una cuenta libre de impuestos que le permite ahorrar dinero para pagar gastos de atención médica elegibles ahora y en el futuro. Usted es elegible para una HSA si se inscribe en la opción de plan médico HSA Value o HSA Advantage (y no tiene ninguna cobertura médica que lo descalifique).

1 Inscríbase

Su HSA se abrirá automáticamente para usted con Fidelity (el custodio de la HSA) cuando elija aportar a una HSA.

2 Pague gastos elegibles libres de impuestos

Puede usar su HSA para ayudar a pagar gastos de atención médica elegibles (incluidos su deducible y coaseguro) ahora o en el futuro.

3 Realice aportes libres de impuestos

Puede realizar aportes libres de impuestos a su HSA, hasta los límites del IRS.

Solo empleado:

$4,500

Otras categorías de coberturas

$9,000*

Aporte complementario:

$1,000 (si tendrá 55 años o más al final de 2027 y no está inscrito en Medicare)

Obtenga más detalles

Para obtener más información sobre la elegibilidad, la cobertura que lo descalifique, y la apertura y el uso de una HSA o una FSA de atención médica de uso limitado, revise *Formas de ahorrar y pagar la atención* o la **Publicación 969 del IRS.**



Invierta en su futuro

Su cuenta está a su nombre y es suya para conservarla, incluso si cambia de opción del programa médico, cambia de trabajo o se jubila. Cualquier dinero que quede en su HSA al final del año se transfiere para uso futuro, y su dinero crece libre de impuestos mientras está en su cuenta. Además, puede invertir el saldo de su cuenta en una selección de opciones de inversión.

* Se aplican reglas especiales de límite de aporte a la HSA si está casado o si cubre a otro adulto en su plan médico.

- Las parejas casadas generalmente están limitadas a un máximo de aportes combinados de $9,000 (a menos que cada uno tenga cobertura de solo empleado).
- Si usted está inscrito en la cobertura de empleado más pareja de hecho y ninguno de los dos es considerado dependiente fiscal del otro, tanto usted como su pareja de hecho pueden realizar aportes hasta el máximo familiar a sus propias HSA. Eso significa que ambos podrían aportar hasta $9,000 para el año fiscal 2027. Sin embargo, no se le permite pagar los gastos médicos elegibles de su pareja de hecho con su HSA. Si una pareja es dependiente fiscal de la otra, y ambos están cubiertos por un plan de salud familiar, entonces solo la persona que no es dependiente fiscal de la otra puede abrir una HSA y solo esa HSA puede ser financiada. Las parejas podrían aportar el máximo anual familiar a esa única HSA, actualmente $9,000, y el titular de la cuenta podría pagar los gastos médicos elegibles de la pareja de hecho dependiente fiscal con ella, pero la pareja que sea dependiente a efectos fiscales no podría realizar aportes a su propia HSA por separado.
- Se aplican reglas similares a las reglas de pareja de hecho a los hijos adultos.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Ahorre dinero en gastos elegibles de atención médica y de cuidado diurno de dependientes. Las FSA de RRD son administradas por HealthEquity. Para obtener más información, visite **myRRDbenefits.com** e **irs.gov**, o revise *Formas de ahorrar y pagar la atención*.

	FSA para atención médica de uso completo [1]	FSA para atención médica de uso limitado [2]	FSA para el cuidado diurno de dependientes
¿Cuánto puedo aportar en 2027?	$200-$3,400	$200-$3,400	$200-$7,500 (según su estado civil para efectos de la declaración de impuestos federales sobre la renta) [3]
¿Puedo cambiar mis aportes durante el año?	No puede cambiar ni suspender sus aportes durante el año, a menos que se presente un evento de cambio de situación calificado.		
¿Para qué gastos se puede usar?	Gastos médicos, medicamentos recetados, gastos odontológicos y oftalmológicos elegibles.	Gastos odontológicos y oftalmológicos elegibles **en cualquier momento**, y gastos médicos y de medicamentos recetados elegibles **después** de que haya cumplido con una parte mínima legalmente requerida de su deducible del programa médico en 2027 ($1,750 para cobertura de solo empleado y $3,500 para cobertura de empleado + cónyuge, empleado + hijos, y familia). NOTA: No puede recibir un reembolso tanto de una FSA como de una HSA por el mismo gasto.	Gastos elegibles relacionados con el cuidado diurno de dependientes, como la guardería para su hijo menor de 13 años, padres ancianos o un cónyuge discapacitado.
¿Cuándo están los fondos disponibles para usarse?	El monto total que elige aportar para el año está disponible de inmediato.		Sus aportes se deducirán de su cheque de pago en cuotas iguales antes de impuestos durante el año del Plan. Puede usar los fondos una vez que se depositen en su cuenta.
¿Qué sucede al final del año con los fondos que no se utilizan?	Usted pierde cualquier dinero que quede en su FSA al final del año del Plan. Tiene hasta el 31 de marzo del siguiente año para presentar reclamos por servicios incurridos durante el año del Plan actual.		

1. Disponible si está inscrito en el plan Copay Advantage o Copay Edge, o si renunció a la cobertura médica.
2. Disponible si está inscrito en el plan HSA Value o HSA Advantage.
3. Pueden aplicarse límites máximos más bajos, por ejemplo, si su estado civil para efectos de la declaración de impuestos es casado que presenta una declaración por separado (en cuyo caso el límite es de $3,750), o si sus ingresos ganados o los de su cónyuge son inferiores a $7,500 (en cuyo caso el límite es igual a sus ingresos ganados o los de su cónyuge). Consulte la guía *Formas de ahorrar y pagar la atención* en **myRRDbenefits.com** para obtener más información.

CUENTA PAYTIENT PARA EL PAGO DE GASTOS MÉDICOS

Cómo funciona con los planes HSA Advantage, HSA Value y Copay Advantage

Si es elegible para los beneficios de RRD, tiene Paytient, una tarjeta de atención médica sin cargos ni intereses que puede usar para pagar gastos médicos de bolsillo, incluidos los de atención odontológica, oftalmológica e incluso atención veterinaria para su mascota. No se requiere verificación de crédito.

Su tarjeta de atención médica Paytient tiene un límite de $1,200. Cuando usa Paytient, el consultorio médico, el hospital o la farmacia reciben el pago completo en ese momento. Puede devolver el dinero que pide prestado mediante deducción de nómina o a través de su HSA, FSA o cuenta bancaria. Es una manera fácil de pagar la atención médica a lo largo del tiempo. (Tenga en cuenta que si usa su tarjeta para gastos veterinarios, no puede usar su HSA sin incurrir en una multa ni su FSA para devolver el dinero que pide prestado para dichos gastos). Puede inscribirse en cualquier momento.

Obtenga más información en **myRRDbenefits.com/paytient**.

Cómo funciona con el plan Copay Edge

Si se inscribe en el plan Copay Edge, tendrá la opción de recibir una tarjeta de financiamiento de atención médica de Paytient con un límite de crédito renovable de $3,000 ($1,800 más alto que el límite de crédito estándar de Paytient). Simplemente deslice la tarjeta y pague sus gastos de copago directamente a sus proveedores de atención médica en el momento del servicio.

Paytient paga a sus proveedores de Copay Edge por adelantado, mientras que usted puede crear su plan de pago preferido posteriormente. Los pagos se procesan automáticamente mediante deducción de nómina o el método de pago de su elección. Usted paga $0 en intereses y cargos.

Una vez que cree su cuenta de Paytient, tendrá acceso instantáneo a su tarjeta virtual y recibirá una tarjeta física por correo poco después.

Para recibir una tarjeta Paytient, responda “sí” a la pregunta en el sitio web de inscripción que le consulta si desea financiamiento para atención médica cuando se inscriba en el plan Copay Edge como su opción de programa médico. Se enviará información adicional sobre cómo abrir su cuenta a su dirección de correo electrónico registrada. También se le pedirá que responda algunas preguntas sobre su capacidad para pagar los fondos. No podrá elegir el financiamiento especial/mayor de $3,000 hasta el próximo periodo de inscripción anual.



SEGURO DE VIDA Y CONTRA ACCIDENTES

El seguro de vida y contra accidentes ofrece una importante protección financiera en caso de que algo le ocurra a usted, a su cónyuge/pareja de hecho o hijos.

¡Importante! Designe a sus beneficiarios

Proteja a su familia y su dinero asegurándose de que las designaciones de sus beneficiarios estén actualizadas en **rrd.bswift.com**.

Seguro de vida para el empleado

El seguro de vida básico para empleados proporcionado a través de Securian es automático, y RRD paga el costo total de su cobertura. Si usted fallece, su beneficiario recibe una vez sueldo base anual, hasta un beneficio máximo de $250,000 de acuerdo con las disposiciones del Plan.

Seguro de vida opcional para el empleado

Usted puede adquirir un seguro de vida opcional para el empleado de 1 a 10 veces sueldo base anual, hasta un máximo de $2 millones. Si usted fallece, el Programa paga un beneficio a su beneficiario designado de acuerdo con las disposiciones del Plan. La prima que usted paga por la cobertura se basa en su edad, condición de fumador y el monto de la cobertura. A medida que aumenta el monto de la cobertura o la edad, también aumentan las primas.

Seguro de vida opcional para cónyuge/pareja de hecho e hijos

Puede adquirir una cobertura de seguro de vida para su cónyuge/pareja de hecho e hijos para sus dependientes elegibles. Si su cónyuge, su pareja de hecho o sus hijos cubiertos fallecen, el Programa pagará el beneficio del seguro de vida de acuerdo con las disposiciones del Plan, hasta un máximo de $250,000. No puede cubrir a otro empleado como cónyuge/pareja de hecho o hijo conforme al programa de seguro de vida y contra accidentes. El mismo dependiente no puede estar cubierto por más de un empleado de RRD (por ejemplo, dos padres que sean empleados de RRD no pueden cubrir al mismo hijos bajo las disposiciones del Plan; solo un empleado puede cubrir al hijos).

Si usted y el otro padre del niño son ambos empleados de RRD y si un hijo dependiente cubierto fallece, esta póliza solo pagará el beneficio por fallecimiento una vez y a uno de los padres. Consulte el Certificado de seguro aplicable (**myRRDbenefits.com/life-add-insurance**) para obtener más información.

Seguro opcional por AD&D

Puede adquirir un seguro opcional por AD&D para usted y su familia. El Programa paga un beneficio de 1 a 10 veces su sueldo base anual (hasta $2 millones para usted) de acuerdo con las disposiciones del Plan por muerte accidental y ciertas otras pérdidas. La cantidad que un beneficiario podría recibir tras la aprobación del reclamo varía para un empleado y sus dependientes cubiertos elegibles:

- **Si se inscribe para la cobertura de cónyuge/pareja de hecho**, el monto del beneficio para un cónyuge/una pareja de hecho elegible es el 60 % del monto del empleado (hasta $750,000).
- **Si se inscribe para la cobertura de hijos**, el monto para un hijo dependiente elegible es el 25 % del monto del empleado (hasta $150,000).

Para obtener más información, revise el **SPD y cualquier SMM relacionado**. Para ver su costo de seguro de vida y contra accidentes opcional, inicie sesión en **rrd.bswift.com**.

Presentación de evidencia de asegurabilidad (EOI)

- Si elige o aumenta el seguro de vida opcional para el empleado, debe proporcionar EOI.
- Si su cónyuge/pareja de hecho es elegible recientemente para el seguro de vida, se requiere EOI para montos de cobertura superiores a $25,000. Los participantes actuales que son cónyuges/parejas de hecho y aquellos que renunciaron previamente a la cobertura deben proporcionar EOI para montos de cobertura aumentados.
- No se requiere EOI para el seguro por AD&D o el seguro de vida para hijos opcional

BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD

La cobertura por discapacidad proporciona protección de ingresos si usted no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión cubierta.

Discapacidad a corto plazo (STD)

RRD proporciona cobertura por STD sin costo para usted. Si es un empleado por hora, su cobertura paga un beneficio semanal del 50 % de sus ingresos previos a la discapacidad durante un máximo de 26 semanas. Si es un empleado asalariado, su cobertura paga el 100 % de sus ingresos previos a la discapacidad durante las primeras tres semanas de discapacidad y el 50 % durante un máximo de 23 semanas adicionales.

Discapacidad a largo plazo (LTD)

Para una protección de ingresos adicional, se ofrece la cobertura por LTD como un beneficio opcional. Las primas se pagan mediante deducción de nómina después de impuestos. Debe elegir este beneficio si desea la cobertura.

La cobertura ofrece un beneficio mensual del 50 % de sus ingresos, hasta $10,000 al mes. Los beneficios mensuales de LTD continúan hasta llegar a la edad de 65 años o hasta la fecha en que ya no se considere discapacitado, lo que suceda primero, de acuerdo con el Programa. Si queda discapacitado después de los 60 años, la duración de sus beneficios de LTD puede variar. Los beneficios de LTD terminan después de 24 meses para la discapacidad por problemas de salud mental y por uso de sustancias. Para obtener detalles sobre la cobertura por STD y LTD, consulte los **SPD**.





SU VIDA

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Personalice y mejore sus beneficios para satisfacer sus necesidades.

RRD ha organizado facilitar las deducciones de nómina para ayudarlo a pagar ciertos programas de beneficios que no son de RRD. Obtenga más información sobre todos los beneficios voluntarios (protección de identidad de Allstate, beneficios de transporte, seguro de casa y vehículo, seguro para mascotas, bienestar para mascotas y Purchasing Power) disponibles para usted en:

- **myRRDbenefits.com/voluntary-benefits**
- **myRRDbenefits.com/rrdperks**

BENEFICIOS LEGALES

Obtenga acceso conveniente y asequible a una red calificada de abogados para asuntos legales personales cotidianos. La cobertura estará vigente desde el inicio de su inscripción hasta el 31 de diciembre de 2027. Solo puede inscribirse en este beneficio cuando sea elegible por primera vez o durante la inscripción anual.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO DE SUPPORTLINC

Cuando la vida le presenta un desafío inesperado, es bueno saber que cuenta con recursos para apoyarlo.

Usted y su familia tienen acceso a derivaciones confidenciales y profesionales, y hasta cinco sesiones de asesoramiento presencial para una variedad de inquietudes, tales como problemas familiares/conyugales y de relación, ansiedad, depresión, duelo y pérdida, abuso de sustancias, control de la ira, presiones relacionadas con el trabajo y estrés.

SupportLinc también puede proporcionar derivaciones y consultas a recursos expertos para asistencia legal y financiera, así como derivaciones para problemas familiares cotidianos como el cuidado de dependientes, la reparación de automóviles, el cuidado de mascotas, las mejoras para el hogar y más.



SUS CONTACTOS

rrd.bswift.com

Centro de beneficios de RRD
1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236),
De lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. CT

myRRDbenefits.com

¡Noticias e información sobre sus beneficios, documentos importantes del plan, enlaces a sus proveedores de beneficios y más!

PLAN MÉDICO Y DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL)

bcbsil.com/rrd

1-800-537-9765, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. CT

CVS Caremark (beneficios en medicamentos recetados)

caremark.com

1-866-273-8402, las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Twin Health (control de la diabetes y del peso)

partner.twinhealth.com/rr-donnelley

Transform Diabetes Care

caremark.com

1-800-348-5238

Teladoc Health (control de la hipertensión)

teladochealth.com/expert-care/condition-management/hypertension (código de registro: RRD)

1-800-Teladoc (1-800-835-2362)

PrudentRx

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

Go Wellbeing

bcbsil.com/rrd

Wondr Health (control del peso)

wondrhealth.com/RRD

AccessHope (apoyo contra el cáncer)

1-800-537-9765

Carrum Health

carrum.me/rrd

1-888-855-7806, de 8 a. m. a 7 p. m. CT

SleepCharge

sleepcharge.com/rrd

1-877-615-7257

WellTheory

welltheory.com/partner/rrd

760-288-8258

OneImaging

join.oneimaging.com/RRD

Para miembros: llame o envíe un mensaje de texto al 1-833-619-0837, o envíe un correo electrónico a **help@oneimaging.com**

Maven

mavenclinic.com

PLAN ODONTOLÓGICO (CIGNA)

mycigna.com

1-800-656-1691, las 24 horas del día, los 7 días de la semana

PLAN OFTALMOLÓGICO (EYEMED)

eyemed.com

1-866-723-0514

De lunes a sábado, de 6:30 a. m. a 10 p. m. CT

Domingo, de 10 a. m. a 7 p. m. CT

ATENCIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA (METLIFE)

metlife.com/mybenefits

Preguntas sobre el plan:
1-800-GETMET8 (1-800-438-6388)
De lunes a viernes, de 7 a. m. a 10 p. m. CT

Elegibilidad, deducciones e información general:
1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)

HSA (FIDELITY)

NetBenefits.com
1-800-544-3716, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7 p. m. CT

FSA (HEALTHEQUITY)

healthequity.com
1-866-346-5800, las 24 horas del día, los 7 días de la semana

TARJETA DE PAGO DE ATENCIÓN MÉDICA (PAYTIENT)

paytient.com/rrd
1-866-345-9591, de 8 a. m. a 8 p. m. CT

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP) (SUPPORTLINC)

supportlinc.com (nombre de usuario: rrd)
1-888-881-LINC (1-888-881-5462), las 24 horas del día, los 7 días de la semana

SEGURO DE VIDA Y CONTRA ACCIDENTES (SECURIAN)

securian.com/rrd-life-insurance
1-866-293-6047, se lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. CT

SEGURO POR DISCAPACIDAD (LINCOLN FINANCIAL)

lincolnfinancial.com (código de la empresa: RRDONNELLEY)
1-800-331-4914, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 9 p. m. CT

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Planes legales de MetLife
metlife.com/insurance/legal-plans
1-800-821-6400, de 7 a. m. a 7 p. m. CT

Beneficios de RRD
(Seguro de casa, vehículo y mascotas, Wagmo)
rrd.corestream.com
312-757-1908

Protección de identidad Allstate
1-800-789-2720

PLAN DE AHORROS DE RRD (FIDELITY)

NetBenefits.com
1-800-835-5095, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 9 p. m. CT

NOTAS FINALES

Opciones de programa médico nacional

1. Exámenes físicos de rutina para adultos y exámenes ginecológicos, consultas de control pediátrico, exámenes de rutina de la vista o la audición, pruebas relacionadas (incluye pruebas de Papanicolaou de rutina, pruebas de colesterol, análisis de orina, etc.), colonoscopias de rutina (paciente ambulatorio/consultorio) e inmunizaciones.
2. El copago no se aplica si es hospitalizado. No se permite la facturación de saldo para la atención de emergencia fuera de la red. Sin cargo por el tratamiento de la COVID.
3. A través de CVS Caremark. No hay cobertura de medicamentos recetados fuera de la red.
4. Ciertos medicamentos especializados pueden ser elegibles para beneficios adicionales a través del Programa PrudentRx, por lo que su costo compartido se reduce a $0 (después de su deducible si se inscribe en una opción elegible para HSA). Consulte la lista de medicamentos especializados cubiertos por el Programa PrudentRx en **prudentrx.com/prudentes**. Si decide no participar en el Programa PrudentRx, pagará un coaseguro del 30 % por los medicamentos especializados que están cubiertos por el Programa PrudentRx. Si su medicamento especializado no está cubierto por el Programa PrudentRx, usted será responsable de un copago de $210 si está inscrito en el plan Copay Edge o un copago de $150 si está inscrito en el plan Copay Advantage. El Plan y el Programa PrudentRx clasifican los medicamentos especializados como “beneficios de salud esenciales” o “beneficios de salud no esenciales”. El costo compartido del empleado para los “beneficios de salud esenciales” cuenta para el máximo de gastos de bolsillo del Plan, pero no cuenta para el deducible del Plan. Por otro lado, el costo compartido del empleado para los “beneficios de salud no esenciales” no cuenta para el deducible ni para el máximo de gastos de bolsillo del Plan. Además, incluso si alcanza su máximo de gastos de bolsillo, usted seguirá siendo responsable de su monto de costo compartido para los medicamentos especializados que son “beneficios de salud no esenciales”. Los medicamentos especializados que han sido considerados “beneficios de salud no esenciales” se indican con un “1” en la lista de medicamentos especializados de PrudentRx. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PrudentRx llamando al **1-800-578-4403**.
5. Para la cobertura fuera de la red, el Plan solo paga beneficios basados en cargos hasta el máximo de gastos reembolsables (a veces denominado “cargo usual y habitual [U&C]” o “cargo razonable y habitual [R&C]”). Usted será responsable de pagar los montos facturados por su proveedor fuera de la red que excedan el máximo de gastos reembolsables; esto se denomina facturación de saldo. Los pagos de facturación de saldo no cuentan para el deducible o el máximo de bolsillo del Plan, ni están sujetos a ellos. Esto puede generar costo adicional significativo para usted.
6. Combinado dentro y fuera de la red.
7. Ciertos medicamentos especializados pueden ser elegibles para beneficios adicionales a través del Programa PrudentRx, por lo que su costo compartido se reduce a $0 (después de su deducible si se inscribe en una opción elegible para HSA). Consulte la lista de medicamentos especializados cubiertos por el Programa PrudentRx en **prudentrx.com/prudentes**. Si decide no participar en el Programa PrudentRx, pagará un coaseguro del 30 % por los medicamentos especializados que están cubiertos por el Programa PrudentRx. Si su medicamento especializado no está cubierto por el Programa PrudentRx, entonces usted también será responsable de un coaseguro del 30 %. El Plan y el Programa PrudentRx clasifican los medicamentos especializados como “beneficios de salud esenciales” o “beneficios de salud no esenciales”. El costo compartido del empleado para los “beneficios de salud esenciales” cuenta para el máximo de gastos de bolsillo del Plan, pero no cuenta para el deducible del Plan. Por otro lado, el costo compartido del empleado para los “beneficios de salud no esenciales” no cuenta para el deducible ni para el máximo de gastos de bolsillo del Plan. Además, incluso si alcanza su máximo de gastos de bolsillo, usted seguirá siendo responsable de su monto de costo compartido para los medicamentos especializados que son “beneficios de salud no esenciales”. Los medicamentos especializados que han sido considerados “beneficios de salud no esenciales” se indican con un “1” en la lista de medicamentos especializados de PrudentRx. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PrudentRx llamando al **1-800-578-4403**.
8. De admitirse, las hospitalizaciones se aplican al deducible y al máximo gasto de bolsillo.

AVISOS LEGALES

Cambio de sus elecciones durante el año

Si no se inscribe antes de la fecha límite o si desea cambiar sus elecciones, la única forma de inscribirse o cambiar una elección durante el año calendario es si experimenta un cambio de situación calificado. (Consulte el aviso sobre el periodo de inscripción especial para cobertura de salud grupal que figura a continuación o el folleto de información sobre la administración del plan para obtener más información). Recuerde que los nuevos dependientes no están cubiertos automáticamente en el Plan, sino que debe inscribirlos para ofrecerles cobertura. Para el caso de dependientes que ya no son elegibles para cobertura en el Plan, es necesario que llame al Centro de beneficios de RRD al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)** o que visite la página web **rrd.bswift.com** para eliminarlos de la cobertura en el Plan.

NOTA: Esta regla no se aplica al seguro de vida ni a las HSA. Puede realizar cambios en las coberturas opcionales de seguro de vida complementario, seguro de vida para el cónyuge, seguro de vida para hijos o seguro contra accidentes opcional durante el año calendario y en la inscripción anual cada año. Puede estar sujeto a una evidencia de asegurabilidad (EOI) satisfactoria para que dichos cambios de cobertura entren en vigor. Revise los certificados de miembro del programa de seguro de vida y contra accidentes para obtener detalles sobre los aumentos o las disminuciones en sus montos de cobertura.

Periodo de inscripción especial para cobertura de salud grupal

Si rechaza la cobertura del programa médico para usted o para sus dependientes debido a que usted o sus dependientes tienen otra cobertura y posteriormente usted o sus dependientes pierden esa otra cobertura (o si el empleado suspende sus aportes a su otra cobertura o a la otra cobertura de sus dependientes), puede calificar para inscripción especial a una cobertura de salud en el Plan. Su pérdida de otra cobertura de salud califica para recibir un tratamiento de inscripción especial solo si se aplican las dos condiciones siguientes:

- Usted o sus dependientes estaban cubiertos por otro plan grupal de atención médica o cobertura de seguro de salud al momento en que se le ofreció cobertura conforme al Plan de beneficios médicos grupal de RR Donnelley.
- Usted o sus dependientes perdieron la otra cobertura debido a que usted/ellos agotaron su derecho a recibir la cobertura de continuación a través de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA), usted o ellos ya no resultaron elegibles para ese plan o terminaron los aportes del empleador para la cobertura.

Debe inscribirse dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador suspenda sus aportes a la otra cobertura). También puede inscribirse si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para cobertura de Medicaid o en el plan de seguro de salud infantil del estado (CHIP) y se inscribe dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de Medicaid o CHIP. Además, usted puede inscribirse si usted o sus dependientes se vuelven elegibles para asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP para el costo del plan de salud grupal y se inscribe en un plazo de 60 días de la fecha de elegibilidad para asistencia para el pago de primas del estado.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes para cobertura en el Plan. Generalmente, debe inscribirse en un plazo de 30 días de la fecha de dicho evento.

NOTA: El Plan ofrece un plazo más generoso para inscribirse que el requerido por ley para la adición de hijos nuevos bajo ciertas circunstancias descritas en este párrafo. Si va a agregar a un hijo recién nacido, un hijo recién adoptado o un hijo recién colocado para adopción con usted, por lo general, tiene hasta 60 días para informar de dicho evento al administrador de elegibilidad, conforme a la política más generosa del Plan. Sin embargo, si usted ya está inscrito en una de las opciones del Programa Médico Nacional autofinanciado en los niveles de empleado + hijos o familia, tendrá hasta 90 días para informar dicho evento al administrador de elegibilidad para agregar a su hijo nuevo a la cobertura, ya que esta elección no requiere ningún cambio en sus primas ni la aprobación de ninguna compañía de seguros. Muchas de las opciones del Programa Médico Regional también ofrecen plazos más generosos para inscribirse que los requeridos por ley para la adición de hijos nuevos, lo cual varía según la aseguradora. Consulte los documentos de la aseguradora para obtener más información.

Para solicitar inscripción especial o si tiene preguntas relacionadas con sus derechos a la inscripción especial, comuníquese con el Centro de beneficios al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**.

Derecho a elegir el proveedor de atención primaria

En función del lugar donde viva, puede ser elegible para una opción de programa médico HMO regional además de las opciones del Programa Médico Nacional. Si es elegible, recibirá información adicional acerca del HMO regional para el cual es elegible, además de la información de contacto.

Los HMO regionales generalmente requieren la designación de un proveedor de atención primaria (pero las opciones del Programa Médico Nacional, no). Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red del HMO regional y que esté dispuesto a aceptarlos a usted y a sus familiares. Para obtener información acerca de cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el HMO regional directamente al número o en el sitio web incluidos en sus materiales de inscripción. En el caso de niños, puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

No necesita una autorización previa del HMO regional o de ninguna otra persona (incluido el proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención de obstetricia o ginecología de un profesional médico de la red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se puede exigir al profesional médico que cumpla ciertos procedimientos, incluidos la obtención de una autorización previa para ciertos servicios, seguida de un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer derivaciones. Para ver una lista de los profesionales médicos participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el HMO regional directamente al número o en el sitio web incluidos en sus materiales de inscripción.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Información importante acerca de los beneficios que pueden estar disponibles para mujeres que han tenido o que van a tener una mastectomía: si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se ofrece de una manera determinada en consulta con el médico a cargo y el paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la cual se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Dicha cobertura está sujeta a todas las disposiciones, limitaciones y requisitos del Plan aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo el Programa Médico, incluyendo cualquier deducible anual y limitaciones de coaseguro, descritos en el Resumen de beneficios y cobertura (SBC), su SPD y cualquier SMM relacionado.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, el coaseguro o el deducible del Plan. Puede visitar **www.cms.gov/nosurprises/consumers** para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la ley federal. Si cree que se le ha facturado incorrectamente, comuníquese al **1-800-985-3059**.

¿Qué es la "facturación del saldo" (en ocasiones llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de bolsillo, como un copago, un coaseguro o un deducible. Es posible que tenga costos adicionales o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan.

"Fuera de la red" significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con el Plan (o con una de las aseguradoras de la opción del Programa Médico Regional) para proporcionar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que el Plan paga y el monto total cobrado por un servicio. Esto se conoce como "facturación del saldo". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para el deducible del plan o su límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero un proveedor fuera de la red lo trata inesperadamente. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Está protegido contra la facturación del saldo para los siguientes casos:

- **Servicios de emergencias**: si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o un centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red del Plan (como copagos, coaseguro y deducibles). No le pueden facturar el saldo por estos servicios de emergencias. Esto incluye los servicios que puede recibir después de que se encuentre estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.
- **Determinados servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red**: cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores no pertenezcan a la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red del Plan. Esto aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistentes de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones. Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco se le exige que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro de la red de Plan.

Cuando no está permitido facturar el saldo, también tiene estas protecciones:

Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coaseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). El Plan pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.

Por lo general, el Plan debe:

- Cubrir servicios de emergencias sin requerir que usted obtenga la aprobación por servicios por adelantado (también se conoce como "autorización previa").
- Cubrir servicios de emergencias brindados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o un centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencias o fuera de la red para su límite de gasto de bolsillo y su deducible dentro de la red.

Acerca de esta guía

Esta guía describe los cambios clave en la cobertura que RRD ofrecerá para 2027 a la mayoría de los empleados elegibles para beneficios y constituye un Resumen de modificaciones materiales (SMM) bajo el Plan de beneficios del Grupo RR Donnelley, el Plan médico del Grupo RR Donnelley y el Plan de beneficios flexibles de RR Donnelley (los "Planes"). Su elegibilidad para los beneficios determinará la cobertura precisa que se les ofrecerá a usted, a su cónyuge, a su pareja de hecho y a sus hijos dependientes. Para obtener más detalles acerca de la elegibilidad para los beneficios, consulte las Descripciones resumidas del plan (SPD), los SMM anteriores y los Certificados de seguro en **myRRDbenefits.com**.

Importante

Las descripciones que se proporcionan en esta guía están basadas en los documentos oficiales del Plan. Se ha hecho todo el esfuerzo posible para garantizar la exactitud de este material. En el improbable caso de que hubiera una discrepancia entre este documento, los SPD, los SBC, los SMM, cualquier otro material que resuma los Planes y los documentos oficiales del Plan, los siguientes documentos prevalecerán:

- Cuando este documento tenga por objeto resumir las disposiciones de beneficios existentes, los SPD, los SBC, los SMM, cualquier otro material que resuma los Planes y los documentos oficiales del Plan, los documentos oficiales del Plan prevalecerán.
- Cuando este documento tenga por objeto comunicar un cambio a los SPD, SMM, cualquier otro material que resuma los Planes y los documentos oficiales del Plan, este documento prevalecerá.

RRD se reserva el derecho de modificar o finalizar los Planes o Programas en cualquier momento y por cualquier motivo.

Copyright © 2026 R.R. Donnelley & Sons Company // Todos los derechos reservados