

RRD BENEFITS
HEALTH | WEALTH | LIFE

SU CAMINO. SUS BENEFICIOS.

Guía de inscripción a los beneficios 2027
Del 28 de octubre al 11 de noviembre de 2026

INSCRIPCIÓN A LOS BENEFICIOS 2027

SU CAMINO. SUS BENEFICIOS.

La inscripción anual es su única oportunidad al año para elegir los beneficios de RRD para el próximo año. Consulte esta guía para comprender sus opciones, incluidas las novedades y los cambios previstos para 2027:

Planes médicos

Aumentarán los gastos de bolsillo máximos y deducibles anuales dentro de la red para las opciones médicas HSA Advantage, Copay Advantage y HSA Value.
Las tres opciones también tendrán gastos de bolsillo máximos y deducibles separados y más altos para la atención médica fuera de la red. (Ver **página 5**)

¡NUEVO! Copay Edge

BCBS Coupe PPO será reemplazado por una nueva opción: Copay Edge. Si actualmente está inscrito en BCBS Coupe PPO, pasará por defecto a Copay Edge a menos que elija una opción diferente o renuncie a la cobertura durante el período de inscripción anual. (Ver **página 8**)

Cambios en los aportes

Aumentarán los aportes a todas las opciones médicas. Puede consultar las tarifas en el sitio web de inscripción, disponible en **myRRDbenefits.com**.

Medicamentos de mantenimiento

Los medicamentos de mantenimiento (p. ej., para la hipertensión, el colesterol y la diabetes) actualmente cubiertos sin costo estarán sujetos al copago estándar de medicamentos recetados de su opción médica (excepto los que deben ser gratuitos por ley). (Ver **página 7**)

¡NUEVO! Carrum Health

Carrum Health es un nuevo recurso que le ofrece atención especializada, apoyo personalizado y menores costos de bolsillo (hasta $0 según su opción médica) para afecciones médicas graves y cirugías específicas. (Ver **página 14**)

Atención dental y de la vista

- Las tarifas dentales aumentarán un poco. Puede ver las tarifas en el sitio web de inscripción, disponible en **myRRDbenefits.com**.
- Las opciones de la vista mejorarán para incluir mayores subsidios para marcos inteligentes y auditivos. (Ver **página 18**)

Beneficios voluntarios

- Las tarifas mensuales de protección de identidad Allstate se redujeron el 1 de septiembre de 2026; las tarifas más bajas se mantendrán en 2027.
- Las tarifas de los planes legales de MetLife disminuirán ligeramente.

Discapacidad a largo plazo (LTD)

La cobertura por LTD se ofrecerá como un beneficio opcional. Se le inscribirá automáticamente, por lo que deberá tomar medidas durante la inscripción anual si desea renunciar a la cobertura. Pagará la cobertura con deducciones de nómina después de impuestos. (Ver **página 25**)

Terminación de Goodpath

Goodpath dejará de estar disponible el 31 de diciembre de 2026.

Cuentas de ahorros y gastos

- Los límites de aportes para las cuentas de ahorro para la salud (HSA) y cuentas de gastos flexibles (FSA) aumentarán para 2027. (Ver **páginas 21** y **22**)
- La administración de la HSA pasará de HealthEquity a Fidelity. A través de Fidelity, recibirá una tasa de interés más alta para sus ahorros y podrá invertir sus fondos sin necesidad de un saldo mínimo. (Ver **página 21**)



02 Actúe
Inscríbase antes del 11 de noviembre

04 Su salud

20 Su dinero

26 Su vida

28 Sus contactos

32 Avisos legales

myRRDBenefits.com

Inscríbase antes del 11 de noviembre

Visite **myRRDbenefits.com** para acceder al sitio web de inscripción.

ACTÚE

myRRDbenefits.com // **Centro de beneficios:** 1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236) de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., CT.

1 Asista a un curso intensivo de beneficios.

Conozca mejor sus beneficios para la inscripción anual y más allá. El curso intensivo de beneficios comienza el 13 de octubre. Consulte el calendario en **myRRDbenefits.com**.

2 Revise sus materiales de inscripción.

Revise esta guía para comprender sus opciones de beneficios. Para obtener más información, visite **myRRDbenefits.com**.

Los resúmenes de beneficios y cobertura (SBC) también brindan información detallada sobre cada opción de programa médico. Consulte los SBC en **myRRDbenefits.com** > *Recursos* > *Descripciones resumidas del plan* > *Resúmenes de beneficios y cobertura*. También hay copias impresas disponibles; llame al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)** para solicitar una copia gratuita.

3 Obtenga ayuda para elegir sus beneficios.

En el sitio web de inscripción (disponible en **myRRDbenefits.com**), use la herramienta "Pregúntele a Emma" para que le ayude a comparar sus opciones y costos.

4 Inscríbase del 28 de octubre al 11 de noviembre de 2026.

Visite **myRRDbenefits.com** para acceder al sitio web de inscripción, disponible 24/7 durante la inscripción anual. Para inscribirse fácilmente con su teléfono inteligente, descargue la aplicación bswift (**myRRDbenefits.com/mobile-apps**).

Si no tiene acceso a internet, puede inscribirse por teléfono a partir del 28 de octubre 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.

¡NO SE DEMORE!

La inscripción telefónica finaliza el 11 de noviembre de 2026 a las 6:59 p. m., CT. Podría experimentar largos tiempos de espera si intenta inscribirse por teléfono durante los últimos cuatro días de la inscripción anual.

5 Revise/actualice la información de sus dependientes en el sitio web de inscripción.

Los dependientes elegibles incluyen los siguiente:

- Su cónyuge (incluido el cónyuge según la ley consuetudinaria en estados que reconocen este matrimonio) o su pareja de hecho
- Sus hijos hasta los 26 años
- Su hijo con discapacidad de cualquier edad que no pueda cuidarse a sí mismo (consulte el **folleto informativo sobre la administración del y la SPD médica** para obtener más detalles)

Verifique que sus dependientes inscritos cumplan con los requisitos de elegibilidad del plan y que su cónyuge o pareja de hecho haya completado la verificación de elegibilidad. Si no lo hizo y si desea cubrirlo en 2027, deberá completar el proceso de verificación.

Para obtener más detalles, consulte la descripción resumida del plan (SPD) correspondiente, cualquier resumen de modificaciones importantes (SMM) relacionado y, en algunos casos, el certificado de seguro para cada beneficio en **myRRDbenefits.com**.

6 Certifique su condición de consumidor de tabaco en el sitio web de inscripción.

Su estado actual de consumidor de tabaco se mantendrá, actualícelo si ha cambiado. Los consumidores de tabaco pagarán un recargo anual de la prima del seguro médico de $500 por adulto y $250 por hijo.*

7 Revise/actualice la designación de sus beneficiarios.

Proteja a su familia y su dinero designando a sus beneficiarios para lo siguiente:

- Seguro de vida y cobertura de atención médica complementaria en el sitio web de inscripción (**rrd.bswift.com**)
- Plan de ahorro 401(k) de RRD (**NetBenefits.com**)
- HSA (**NetBenefits.com**): las designaciones actuales de beneficiarios registradas en HealthEquity **no** se transferirán automáticamente a Fidelity. Si abre una HSA en Fidelity a partir del 1 de enero de 2027, deberá completar una nueva designación
- de beneficiarios para la cuenta.

8 Confirme sus elecciones.

Imprima y guarde una copia de sus elecciones para sus registros. Puede hacer cambios o correcciones hasta el 11 de noviembre de 2026 en el sitio web de inscripción o llamando al Centro de beneficios de RRD al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**. Recibirá una confirmación oficial por correo postal. Cuando la reciba, revise la confirmación para verificar que sus selecciones, dependientes cubiertos y costos por período de pago sean correctos. Si detecta algún error, comuníquese con el Centro de beneficios de RRD antes del 31 de diciembre de 2026.

* **Consumidores de tabaco:** usted y cualquier dependiente inscrito que marque "Sí" como consumidor de tabaco puede evitar el recargo en la prima completando cinco sesiones de asesoramiento para dejar de fumar durante el año del plan 2027. Una vez completadas las cinco sesiones antes del 31 de diciembre de 2027, se reembolsará el recargo correspondiente a esa persona. Las tarifas del seguro de vida opcional se ajustarán de forma prospectiva para reflejar el descuento para no fumadores, en vigencia el primer día del mes siguiente a la quinta sesión. Para participar, comuníquese con UBreathe al **1-888-882-5462**. (Se tendrán en cuenta los programas alternativos para dejar de fumar recomendados por un médico).

Su elección de beneficios tendrá vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027.

No podrá hacer cambios durante el año (excepto por los aportes a la HSA, que puede cambiar en cualquier momento del año) a menos que tenga un evento calificado de cambio de estado (p. ej., matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo, etc.). Para obtener más información, lea el aviso sobre el período de inscripción especial para la cobertura de salud grupal en la **página 32** o el folleto informativo sobre la administración del plan en **myRRDbenefits.com**.

Qué sucede si no se inscribe

- **Si actualmente está inscrito en BCBS Coupe PPO, pasará a la nueva opción médica Copay Edge.** Debe tomar medidas si desea elegir otra opción médica o renunciar a la cobertura. Obtenga más información en la **página 8**.
- **Los montos actuales de aporte a la HSA se mantendrán.**
- ¡IMPORTANTE! **La administración de la HSA pasará a Fidelity.** Si no toma medidas, no podrá participar en la oportunidad única de transferencia masiva de activos. (Ver **página 21**)
- **Sus aportes a la FSA finalizarán.** Para participar en una FSA en 2027, debe inscribirse durante la inscripción anual.
- **Se le inscribirá automáticamente en el seguro de discapacidad a largo plazo y comenzará a pagar primas.** Si desea renunciar a la cobertura, puede hacerlo durante la inscripción anual.
- **Las demás opciones no descritas anteriormente** (p. ej., seguros médicos, dentales, de la vista, de vida, complementarios, etc.) se mantendrán con los mismos niveles de cobertura y cubriendo a los mismos dependientes. Sus deducciones de nómina se ajustarán para reflejar los aportes correspondientes a 2027 para estos beneficios.



SU SALUD

Opciones de programa médico nacional 2027	05
Beneficios médicos y de medicamentos recetados	06
Recursos para la salud	14
Beneficios complementarios de atención médica	16
Beneficios odontológicos	17
Beneficios oftalmológicos	18

OPCIONES DE PROGRAMA MÉDICO NACIONAL 2027

Puede elegir entre cuatro opciones de 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, podría ser elegible para una opción médica regional (Kaiser o Dean Health Plan). Si alguna de estas opciones está disponible para usted, las verá listadas 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 PrudentRx Assistance	✓	✓	✓	✓
Elegible para Paytient	✓	✓	✓	✓
Elegible para una HSA y una FSA para atención médica de uso limitado	✓	✓	✗	✗
Elegible para una FSA para atención médica de uso completo	✗	✗	✓	✓
Primas	$$	$	$$	$
Deducible	$$	$$$	$	✗
Gasto máximo de bolsillo	$$	$$	$$	$$

Use proveedores dentro de la red

Cuando se inscribe en una opción de programa médico nacional, puede utilizar cualquier proveedor, pero usar proveedores dentro de la red le permitirá ahorrar dinero.

En 2027, los servicios fuera de la red tendrán el doble de deducible y gasto máximo de bolsillo que los servicios dentro de la red.

Visite **bcbsil.com/rrd/doctors-and-hospitals** para encontrar un proveedor dentro de la red. También le recomendamos que confirme que sus proveedores estén dentro de la red llamando al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación antes de recibir los servicios, o que llame al consultorio del médico para verificar que participe en la red.

* Una opción de plan de salud con deducible alto, como las opciones HSA Advantage o HSA Value de 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 coseguro adicionales significativos) sean menores que si pagaran la prima en una opción Copay y no incurrieran en gastos adicionales. Puede usar "Pregúntele a Emma" para evaluar si la prima mensual más baja pero el deducible más alto en una de las opciones de 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. Desde luego que 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 la preferida, aunque pueda resultar más cara.



Requisitos para una atención rentable

Estos requisitos del plan están diseñados para ayudarle a recibir atención de alta calidad y evitar costos innecesarios:

- **Llame a OneImaging para resonancias magnéticas (RM) y tomografías computarizadas (TC) que no sean de emergencia o urgentes.** OneImaging ofrece servicios de diagnóstico por imagen (RM, TC, radiografías, mamografías, etc.) de forma conveniente y sin largas esperas ni costos altos que suele encontrar en otros lugares. El plan no cubre RM ni TC de otros proveedores, excepto en casos de emergencia o atención urgente.
- **Use SleepCharge (que se llamará Nox Sleep Care a partir del 1 de enero de 2027) para pruebas o tratamientos de trastornos del sueño** (apnea obstructiva del sueño, insomnio, síndrome de piernas inquietas, trastornos del ritmo circadiano, etc.). No se cubren los trastornos del sueño si consulta con otros proveedores.
- **Use un centro de "atención especializada Blue Distinction"** para estas cinco especialidades quirúrgicas: bariátrica, cardíaca, reemplazo de rodilla y cadera, columna y trasplantes. Los centros Blue Distinction son reconocidos por brindar una atención de mayor calidad. Si no utiliza un centro de atención especializada Blue Distinction, pagará un coseguro más alto: 40% para las opciones HSA Advantage y Copay Advantage y 45% para la opción HSA Value.

  NOTA: Si elige un proveedor de Carrum Health, no está obligado a usar un centro de atención especializada Blue Distinction de BCBSIL. (Más información en la **página 14**).
- **Recibir autorización previa** para hospitalizaciones, radioterapia (tratamiento con protones, tratamiento con radiación, etc.), enfermería especializada y rehabilitación, atención médica domiciliaria y otros servicios mencionados en la SPD que requieren autorización previa.

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

Cómo usar 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 sus recetas de medicamentos que no sean de mantenimiento en cualquier farmacia, incluidas las que no sean CVS. Para encontrar una farmacia local dentro de su red, regístrese en **caremark.com** o descargue la aplicación CVS Caremark para acceder a la herramienta de búsqueda de farmacias.
- Debe usar el programa Maintenance Choice de CVS Caremark o el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas de medicamentos de mantenimiento (a menos que la ley estatal exija lo contrario). Para obtener más información, visite **caremark.com** o llame al **1-866-273-8402**.
- Puede acceder a 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;
  - surtir recetas nuevas y resurtidos;
  - encontrar una farmacia de la red,
  - controlar sus gastos;
  - configurar recordatorios de medicación;
  - entender sus beneficios de medicamentos recetados y mucho más.

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

Si se inscribe en cualquiera de las opciones de programa médico nacional, se inscribirá automáticamente en el programa PrudentRx como parte de su cobertura de medicamentos recetados a través de CVS Caremark.

Mediante este programa **GRATUITO**, paga $0 por los medicamentos especializados cubiertos que se surten en CVS Specialty Pharmacy. (Si se inscribe en una opción de programa médico nacional con HSA, deberá alcanzar su deducible antes de que comiencen los beneficios de PrudentRx). El programa PrudentRx actualmente se centra en medicamentos especializados de las siguientes clases terapéuticas: hepatitis C, enfermedades autoinmunitarias, oncología y esclerosis múltiple.

Para darse de baja del programa PrudentRx, debe llamar al **1-800-578-4403** para cancelar su inscripción. Si decide cancelar la inscripción, deberá pagar un coseguro del 30% por cualquier medicamento especializado que tome y sea elegible para el programa. **Si se le exige pagar este coseguro del 30% por un medicamento especializado, y dicho medicamento se considera un "beneficio de salud no esencial", deberá seguir pagando esta cantidad *incluso si ya ha alcanzado el gasto máximo de bolsillo del plan*.**

Consulte las **páginas 9** a **13** para obtener más información sobre el copago o coseguro aplicable a los medicamentos especializados en cada opción del programa médico nacional.

CVS le ayuda a ahorrar

CVS Drug Savings Review trabaja con sus proveedores para encontrar opciones más económicas para sus medicamentos.

COMPARE SUS OPCIONES DE PROGRAMA MÉDICO NACIONAL

Use las tablas de las páginas siguientes para comparar sus opciones. Para la cobertura dentro de la red, usted paga los montos y porcentajes que se muestran, y el plan cubre el resto. Para la cobertura fuera de la red, es posible que también deba pagar montos que excedan los subsidios del plan.

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

¡NUEVO! COPAY EDGE

Copay Edge es una nueva opción médica que facilita la comprensión y el uso de la atención médica. Con un deducible de $0 dentro de la red, copagos predecibles, acceso a la misma amplia red de proveedores que las otras opciones de programa médico nacional y apoyo personalizado, Copay Edge le ayuda a comprender mejor sus costos antes de recibir atención médica para que pueda tomar decisiones informadas.

A diferencia de las opciones médicas tradicionales que incluyen deducibles y coseguros, Copay Edge tiene una estructura de copago sencilla y ofrece orientación para ayudarle a elegir una atención de alta calidad. Consulte los aspectos más destacados de Copay en la **página 10** y visite **myRRDbenefits.com** para obtener todos los detalles del plan.

Obtenga atención con confianza

Es importante elegir al proveedor de atención médica adecuado. Encuentre proveedores de confianza para recibir la atención que necesita y controlar los costos. Use la aplicación BCBSIL para lo siguiente:

- Encontrar médicos e instalaciones de alta calidad.
- Comparar los copagos antes de obtener atención.
- Recibir recomendaciones personalizadas y recordatorios de cuidados.
- Encontrar opciones de cuidado que se ajusten a sus necesidades y presupuesto.

Costos fáciles de entender

Saber cuánto pagará puede facilitarle la toma de 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 ayudarle a controlar sus gastos de atención médica.

- Consulte y controle sus saldos médicos mensuales.
- Verifique el estado y los detalles de la revisión clínica.

Obtenga recompensas por decisiones inteligentes de salud

Member Rewards es parte de su plan. Use la función Member Rewards en la aplicación para ganar recompensas en efectivo por lo siguiente:

- Seleccionar centros elegibles para determinados servicios.
- Seleccionar proveedores preferidos principales.
- Buscar y comparar opciones de atención.

Formas flexibles de pagar

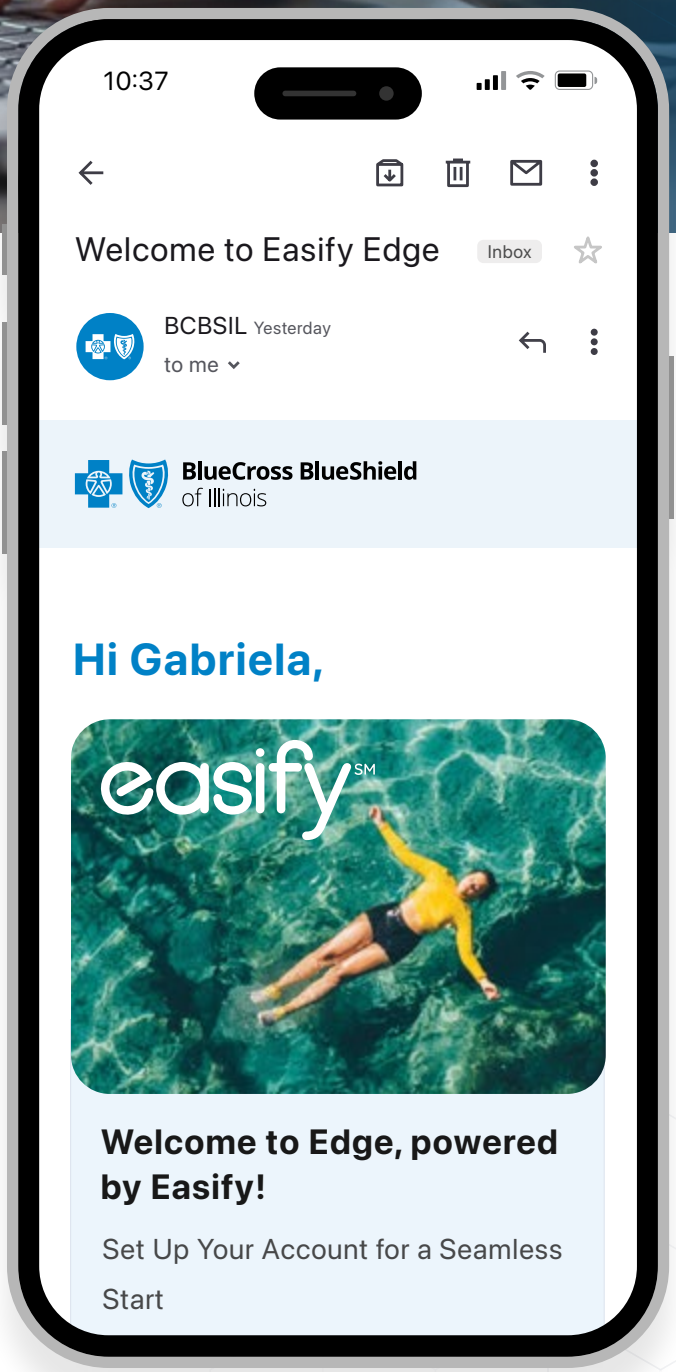
Copay Edge incluye la opción de recibir financiación a través de Paytient, con una línea de crédito de $3,000 sin intereses ni comisiones, para que los costos de la atención médica sean más manejables.

Para registrarse en Paytient, marque la casilla “Sí” en las preguntas sobre financiación del sitio web de inscripción cuando seleccione sus beneficios para 2027. Obtenga más detalles en la **página 23**.

- Pague su copago al momento del servicio.
- Reciba un extracto mensual fácil de leer.
- Controle los pagos en la aplicación.
- Escoja entre opciones de pago convenientes, incluido el descuento de nómina.

EMPEZAR ES FÁCIL

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



MANTÉNGASE SALUDABLE

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

- Recibir atención preventiva
- Atender los problemas de salud antes
- Seguir planes de tratamiento
- Seguir en camino para sus objetivos de salud

¡NUEVO! COPAY EDGE

MÉDICO	Proveedor preferido principal	Proveedor preferido	Proveedor básico	Fuera de la red
Deducible anual	$0	$0	$0	$5,000 solo para empleado; $10,000 para familia
Gasto máximo de bolsillo anual	$8,000 solo para empleado; $16,000 para familia	$8,000 solo para empleado; $16,000 para familia	$8,000 solo para empleado; $16,000 para familia	Ilimitado
Servicios médicos comunes				
Atención preventiva [1]	$0	$0	$0	30%
Visita al consultorio Primaria/especialidad	$30/$75	$65/$150	$125/$325	30%
Salud mental y dependencia química	$30	$30	$30	30%
Sala de emergencias [2]	$1,200; no aplicable si es hospitalizado	$1,200; no aplicable si es hospitalizado	$1,200; no aplicable si es hospitalizado	$1,200; no aplicable si es hospitalizado
Atención de urgencia	$150	$150	$150	30%

Debe usar OneImaging para RM y TC que no sean de emergencia o urgencia.

MEDICAMENTOS RECETADOS [3]	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.)
Especializados Nivel 4	N/C	**Si no está cubierto por PrudentRx:** $210 **Si está cubierto por PrudentRx:** $0 [4]

Notas al pie (página 31)

HSA ADVANTAGE

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; límite individual de $8,700	$34,800; límite 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; de lo contrario, 40% después del deducible	20% después del deducible	20% si es una emergencia; de lo contrario, 40% después del deducible

Debe usar OneImaging para RM y TC que no sean de emergencia o urgencia.

MEDICAMENTOS RECETADOS [3]	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	
Especializados	**Si no está cubierto por PrudentRx:** 30% después del deducible **Si está cubierto por PrudentRx:** 0% después del deducible [7]	

Notas al pie (página 31)

HSA VALUE

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; límite individual de $8,700	$34,800; límite 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; de lo contrario, 50% después del deducible	25% después del deducible	25% si es una emergencia; de lo contrario, 50% después del deducible

Debe usar OneImaging para RM y TC que no sean de emergencia o urgencia.

MEDICAMENTOS RECETADOS [3]	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	
Especializados	**Si no está cubierto por PrudentRx:** 30% después del deducible **Si está cubierto por PrudentRx:** 0% después del deducible [7]	

Notas al pie (página 31)

COPAY ADVANTAGE

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; límite individual de $8,700	$34,800; límite individual de $17,400
Visita al consultorio	$25 por PCP o salud mental; $40 por especialista	40% después del deducible	$25 por PCP o salud mental; $40 por 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 es una 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 es una emergencia, de lo contrario, 50% del saldo restante después del deducible [8]

Debe usar OneImaging para RM y TC que no sean de emergencia o urgencia.

MEDICAMENTOS RECETADOS [3]	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
Especializados	**Si no está cubierto por PrudentRx:** $150; sin deducible **Si está cubierto por PrudentRx:** $0; sin deducible [4]	No se permite un suministro para más de 30 días

Notas al pie (página 31)

RECURSOS DE SALUD PARA CADA PASO DE SU CAMINO

Sus beneficios de RRD le conectan con recursos especializados y apoyo personalizado para cada etapa de su camino de salud. Usted y sus familiares cubiertos pueden beneficiarse de estos programas, que están incluidos como parte de las opciones de programa médico nacional de RRD. Conozca mejor estos programas en **myRRDbenefits.com**.

¡NUEVO! Carrum Health

Carrum Health le ayuda a obtener atención especializada para afecciones médicas graves, conectándolo con proveedores de primera calidad, guiándolo durante todo el proceso y reduciendo sus costos de atención médica.

- La atención médica de alta calidad no tiene por qué costar miles de dólares. RRD cubre la mayor parte, si no la totalidad, de los gastos médicos por una cirugía cuando usa Carrum. Si está inscrito en Copay Advantage o Copay Edge y utiliza Carrum Health, pagará $0. Si está inscrito en HSA Value o HSA Advantage, pagará hasta el deducible legal ($1,750 para la cobertura solo de empleado y $3,500 para la cobertura de empleado + cónyuge, empleado + hijos, y familia) antes de que el plan pague parte de su cirugía.
- Cuando lidiamos con una enfermedad grave o una cirugía, encontrar la atención médica adecuada puede resultar abrumador. Carrum Health facilita las cosas y le ayuda a encontrar proveedores de confianza, comprender tus opciones, coordinar el tratamiento y, potencialmente, ahorrar dinero en el proceso.
- Los coordinadores de atención especializados le ayudarán a coordinar las citas, responderán a sus preguntas, le explicarán sus opciones y le guiarán durante todo el proceso de tratamiento, de principio a fin.

NOTA: Si decide usar Carrum Health para conectarse con un proveedor, no está obligado a utilizar un centro de atención especializada Blue Distinction de BCBSIL. (Obtenga más información en la **página 6**).

Maven Clinic

Reciba asistencia virtual 24/7 para temas de fertilidad, formación de una familia, maternidad y cuidado del recién nacido, crianza de hijos, pediatría, menopausia y salud en la mediana edad.

SleepCharge

SleepCharge (que pasará a llamarse Nox Sleep Care el 1 de enero de 2027) es el proveedor exclusivo de la red de RRD para afecciones del sueño, como la apnea obstructiva del sueño, el insomnio, el síndrome de piernas inquietas y los trastornos del ritmo circadiano. No hay cobertura si usa otros proveedores.

WellTheory

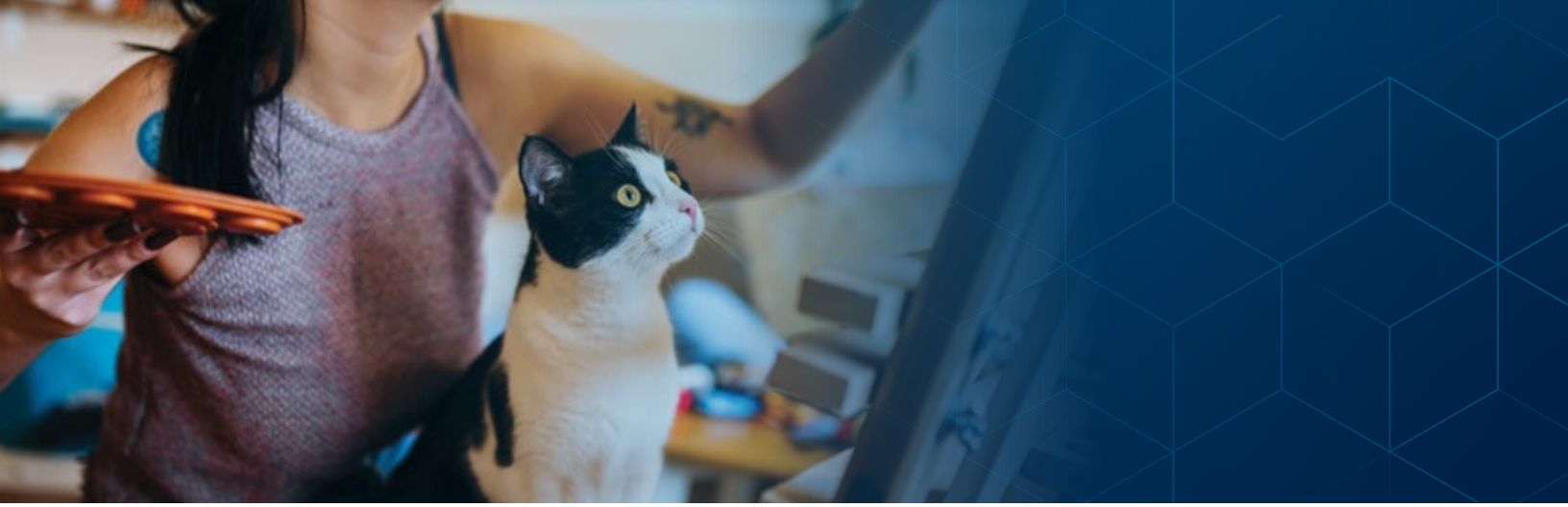
WellTheory ofrece orientación experta y apoyo personalizado a personas con enfermedades autoinmunitarias e inflamatorias. Su equipo médico trabajará con usted para controlar los síntomas, reducir la inflamación y mejorar su bienestar general.

Teladoc Health para el control de la hipertensión

Vivir con presión arterial alta es más fácil con la ayuda de control de la hipertensión de Teladoc Health. Cuando se registra, recibe un tensiómetro avanzado, apoyo de asesores que pueden responder sus preguntas y ayudarle a realizar cambios en su estilo de vida para mejorar la presión arterial y reducir el riesgo de complicaciones, además de una aplicación y un panel de control fáciles de usar.

Hinge Health

Hinge Health ofrece apoyo virtual para problemas musculoesqueléticos de espalda, rodilla, cadera, cuello, hombro y salud pélvica femenina, entre otros. Desde la comodidad de su hogar, podrá acceder a terapia de ejercicio personalizada, educación y apoyo de un equipo de atención. Participe cuando y donde le resulte conveniente.



Cuidado de la diabetes

DE TWIN HEALTH Y CVS HEALTH

Si usted o un familiar cubierto tiene diabetes o corre riesgo de desarrollarla, puede elegir entre dos programas para llevar una vida más saludable: Twin Health o Transform Diabetes Care de CVS Health.

- **Twin Health** usa tecnología digital para brindar orientación precisa e individualizada y tratar la causa subyacente de la diabetes tipo 2 y la prediabetes.
- **Transform Diabetes Care** puede ayudarle a controlar la diabetes tipo 1 o tipo 2 y a seguir correctamente el plan de tratamiento recetado.

Apoyo para bajar de peso

DE TWIN HEALTH Y WONDR

Cuenta con dos programas exclusivos diseñados para ayudarle a bajar de 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 ayudarle a comprender cómo funciona su cuerpo y qué necesita para lograr una baja de peso sostenible.
- **Wondr** es un programa digital de bienestar que enseña hábitos saludables, clínicamente probados, que conducen a menos estrés, mejor sueño, baja de peso y mucho más.

Private Health Management

Private Health Management (PHM) le ayuda a usted y a su familia a afrontar afecciones graves o complejas. En colaboración con sus médicos, PHM brinda orientación y apoyo expertos para ayudarle a obtener la mejor atención posible.

Member Rewards de BCBSIL

Busque opciones y gane recompensas en efectivo por seleccionar proveedores de calidad elegibles para recompensas para procedimientos y servicios como exploraciones, colonoscopias, cirugías y más. Member Rewards está disponible en las cuatro opciones de programa médico nacional, incluido Copay Edge.

Recursos adicionales de salud

NO DISPONIBLES EN COPAY EDGE

AccessHope

Si usted o un familiar cubierto recibe un diagnóstico de cáncer, AccessHope les conecta a usted y a su oncólogo tratante con especialistas en cáncer de los principales centros oncológicos académicos para ofrecer información experta que le ayude a tomar decisiones informadas 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 salud que puede ayudarle a sacar el máximo provecho de sus beneficios.

BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA

Estos beneficios de atención médica pueden complementar su cobertura médica de RRD mediante beneficios en efectivo si usted o un familiar cubierto se enferma o se lesiona.

Durante la inscripción anual, puede optar por una protección de seguro adicional de MetLife. Estos beneficios son totalmente opcionales y el empleado los paga al 100%. Paga por ellos mediante deducciones de nómina después de impuestos.

Seguro contra accidentes

Recibe un pago único cuando usted o un familiar cubierto sufre una lesión cubierta o recibe pruebas, servicios médicos o tratamientos cubiertos. Este beneficio incluye cobertura para accidentes laborales y fuera del trabajo. Existen más de 150 afecciones cubiertas asociadas a un accidente que podrían activar los beneficios, incluidas diversas lesiones, hospitalización, cuidados de enfermería, servicios médicos y tratamientos. Los pagos se realizan directamente a usted y puede utilizarlos como mejor le parezca.

Más información:

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

Preguntas sobre el plan:

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

Información general y preguntas sobre elegibilidad:

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

Seguro por enfermedades críticas

Recibe un pago único de $10,000, $20,000 o $30,000 si usted o un familiar cubierto es diagnosticado con 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 de enfermedades críticas se denomina monto total del beneficio y equivale a cinco veces el monto del beneficio. Esto significa que puede recibir varios pagos de beneficios hasta alcanzar el máximo de $50,000, $100,000 o $150,000.

También puede recibir $50 por año calendario de MetLife cuando se haga una prueba de detección específica* 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, recibirá una cantidad fija al ser admitido y una cantidad diaria por una estadía hospitalaria de hasta 30 días por cada evento cubierto. El pago puede utilizarse para ayudar a cubrir gastos de bolsillo, como deducibles y copagos del seguro médico, o para lo que considere oportuno.

* Las pruebas de detección cubiertas incluyen: biopsias para cáncer, panel de química sanguínea, análisis de sangre para determinar el colesterol total, análisis de sangre para determinar los triglicéridos, prueba de médula ósea, resonancia magnética mamaria, ecografía mamaria, sonograma mamario, prueba de antígeno cancerígeno 15-3 para cáncer de mama (CA 15-3), prueba de antígeno cancerígeno 125 para cáncer de ovario (CA 125), prueba de antígeno carcinoembrionario para cáncer de colon (CEA), ecografía carotídea, radiografías de tórax, examen testicular clínico, colonoscopia, hemograma completo (CBC), prueba de glucosa en sangre en ayunas, prueba de glucosa plasmática en ayunas, sigmoidoscopia flexible, audiometría, prueba de sangre oculta en heces, hemoglobina A1C, vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), perfil lipídico, mamografía, detección de cáncer oral, prueba de Papanicolaou o prueba de Papanicolaou con preparación fina, prueba de antígeno prostático específico (PSA), prueba de colesterol sérico para determinar los niveles de colesterol "malo" (LDL) y "bueno" (HDL), electroforesis de proteínas séricas, biopsia de cáncer de piel, detección de cáncer de piel y análisis de piel.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS

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

Encontrar un dentista dentro de la red

Miembros de Cigna: registrarse e iniciar sesión en **mycigna.com**.

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

¿Aún no es miembro de Cigna?

Visite **cigna.com** > *Encontrar un médico* > *Empleador o escuela*. Luego, ingrese su código postal o busque un dentista por nombre.

	Dental PPO de Cigna		Dental PPO Plus de Cigna		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 No ortodoncia	$1,500 por persona		$2,000 por persona		Sin máximo anual
Máximo de ortodoncia de por vida	N/C		$2,000 por persona		Límite de un tratamiento por persona, de por vida; comuníquese con Cigna para más información (ver **página 29**)
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 para la vista: **EyeMed Essential** y **EyeMed Enhanced**. Ambas ofrecen cobertura integral para exámenes, lentes, marcos y lentes de contacto, así como descuentos en la corrección de la vista con láser.

Encontrar un proveedor de EyeMed

Visite **eyemed.com** y haga clic en *Find an Eye Doctor* (Buscar un oftalmólogo). Seleccione *Insight Network* 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 le 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	
Marcos	Cada 24 meses		Cada 12 meses	
Lentes	Cada 12 meses		Cada 12 meses	
Exámenes				
Examen de rutina de la vista	Copago de $10 ($0 en proveedores PLUS)	Subsidio de hasta $35	Copago de $0	Subsidio de hasta $35
Marcos				
Marco estándar	Copago de $0, 20% del saldo que supere el subsidio de $150 (subsidio de $200 en proveedores PLUS)	Subsidio de hasta $75	Copago de $0, 20% del saldo que supere el subsidio de $180 (subsidio de $230 en proveedores PLUS)	Subsidio de hasta $90
Marco inteligente	Copago de $0, 20% del saldo que supere el subsidio de $200 (subsidio de $250 en proveedores PLUS)	Subsidio de hasta $100	Copago de $0, 20% del saldo que supere el subsidio de $230 (subsidio de $280 en proveedores PLUS)	Subsidio de hasta $115
Marco auditivo	Copago de $0, 20% del saldo que supere el subsidio de $350 (subsidio de $400 en proveedores PLUS)	Subsidio de hasta $175	Copago de $0, 20% del saldo que supere el subsidio de $350 (subsidio de $400 en proveedores PLUS)	Subsidio 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	Subsidio de hasta $25	Copago de $10	Subsidio de hasta $25
Bifocales		Subsidio de hasta $40		Subsidio de hasta $40
Trifocales		Subsidio de hasta $55		Subsidio de hasta $55
Lenticulares		Subsidio de hasta $55		Subsidio de hasta $55
Progresivos estándar	Copago de $85	Subsidio de hasta $40		Subsidio de hasta $55
Progresivos Nivel prémium I, II, III o IV	**Nivel I:** copago de $105	Subsidio de hasta $40	**Nivel I:** copago de $30	Subsidio 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 antirreflectante	**Estándar:** copago de $45	Subsidio de hasta $5	**Estándar:** copago de $0	Subsidio 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 supere el subsidio de $150 (subsidio de $200 en proveedores PLUS)	Subsidio de hasta $150	Copago de $0, 100% del saldo que supere el subsidio de $170 (subsidio de $220 en proveedores PLUS)	Subsidio de hasta $150
Convencionales	Copago de $0, 15% del saldo que supere el subsidio de $150 (subsidio de $200 en proveedores PLUS)		Copago de $0, 15% del saldo que supere el subsidio de $170 (subsidio de $220 en proveedores PLUS)	

* La cobertura del beneficio es para lentes de contacto o para anteojos, pero no para ambos. Visite **eyemed.com** para obtener más 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, denominados proveedores PLUS. Los beneficios de Eye360 incluyen exámenes de la vista por $0, subsidios adicionales para marcos y lentes de contacto, 40% de descuento en pares de lentes adicionales, descuentos en cirugía LASIK y mucho más. Use esta tabla para comparar sus opciones. Consulte las primas en **rrd.bswift.com**.



SU DINERO

Cuenta de ahorros para la salud (HSA) 21

Cuentas de gastos flexibles (FSA) 22

Cuenta de pago de salud de Paytient 23

Seguro de vida y accidentes 24

Beneficios por discapacidad 25

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. Es elegible para una HSA si se inscribe en la opción médica HSA Value o HSA Advantage (y no tiene ninguna cobertura médica que le descalifique).

1 Inscríbase

Su HSA se abrirá automáticamente con Fidelity (el custodio de las HSA) cuando decida contribuir a una HSA.

2 Pague gastos elegibles libre de impuestos

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

3 Haga aportes libres de impuestos

Puede hacer aportes libres de impuestos a su HSA, hasta los límites del Servicio de Impuestos Internos (IRS). (Ver notas al pie, **página 31**)

Solo empleado:

$4,500 **$100 más que en 2026**

Otras categorías de cobertura:

$9,000 **$250 más que en 2026**

Aporte complementario:

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

Obtenga más detalles

Para obtener más información sobre la elegibilidad, la cobertura que le descalifica y cómo abrir y usar una HSA o una FSA para atención médica de uso limitado, consulte **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 siempre, incluso si cambia de opción de programa médico, cambia de trabajo o se jubila. El dinero que quede en su cuenta HSA al final del año se acumula para su uso futuro, y el dinero crece libre de impuestos mientras permanece en su cuenta. Además, puede invertir el saldo de su cuenta en diversas opciones de inversión. Para obtener más información en 2026, visite **healthequity.com**.

La HSA pasará a Fidelity en 2027

A partir del 1 de enero de 2027, la administración de las HSA pasará de HealthEquity a Fidelity. Como resultado de este cambio, tiene tres opciones para su HSA actual:

TRANSFERENCIA A FIDELITY

Puede transferir su cuenta a Fidelity como parte de la transferencia masiva de activos (TOA). Seleccione participar en el sitio web de inscripción anual. Revise el texto del consentimiento, haga su elección y guarde su inscripción. Su cuenta formará parte de la transferencia masiva en 2027. Recibirá más detalles cuando se acerque el nuevo año. A partir del 1 de enero de 2027, podrá acceder a su HSA en **NetBenefits.com**.

PERMANECER EN HEALTHEQUITY

Su cuenta seguirá abierta, pero a partir del 1 de enero de 2027 no podrá hacer nuevos aportes de nómina. HealthEquity cobrará una tarifa administrativa mensual de $3.95 a partir del 1 de abril de 2027.

TRANSFERENCIA A OTRA INSTITUCIÓN

Puede transferir su cuenta a la institución financiera que usted elija. Para obtener más información, llame a HealthEquity al **1-866-346-5800**.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Ahorre dinero en gastos elegibles de atención médica y cuidado diurno de dependientes. Las FSA de RRD son administradas por HealthEquity. Para obtener más información, visite **myRRDbenefits.com** e **irs.gov** o consulte **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 cuidado diurno de dependientes
¡Debe actuar! Para continuar o comenzar a participar en el programa de FSA en 2027, debe inscribirse durante la inscripción anual.			
¿Cuánto puedo aportar en 2027?	$200 a $3,400 **$100 más que en 2026**	$200 a $3,400 **$100 más que en 2026**	$200 a $7,500 (según cómo declara los impuestos federales) [3]
¿Puedo cambiar mis aportes durante el año?	No puede cambiar ni suspender sus aportes durante el año, a menos que tenga un evento calificado de cambio de estado.		
¿Para qué gastos se puede usar?	Gastos médicos, de medicamentos recetados, 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 la parte mínima legalmente requerida de su deducible del programa médico en 2027 ($1,750 para cobertura solo de empleado y $3,500 para cobertura de empleado + cónyuge, empleado + hijos, y familia). NOTA: No puede recibir un reembolso por el mismo gasto en una FSA y una HSA.	Gastos elegibles relacionados con el cuidado diurno de dependientes, como el cuidado diurno de su hijo menor de 13 años, padre anciano o cónyuge con discapacidad.
¿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 nómina en cuotas iguales antes de impuestos durante el año del plan. Podrá usar los fondos cuando se hayan depositado en su cuenta.
¿Qué sucede al final del año con los fondos que no se utilizan?	Pierde todo el dinero que quede en su FSA al final del año del plan. Tiene hasta el 31 de marzo del año siguiente para presentar reclamaciones por los servicios recibidos durante el año del plan en curso.		

1. Disponible si está inscrito en Copay Advantage o Copay Edge o si renunció a la cobertura médica.

2. Disponible si está inscrito en HSA Value o HSA Advantage.

3. Pueden aplicarse límites máximos más bajos, por ejemplo, si su estado civil para efectos fiscales es casado que presenta declaración por separado (en cuyo caso el límite es de $3,750), o si sus ingresos o los de su cónyuge son inferiores a $7,500 (en cuyo caso el límite es igual a sus ingresos o los de su cónyuge). Consulte la guía **Formas de ahorrar y pagar la atención** en **myRRDbenefits.com** para obtener más información.

CUENTA DE PAGO DE SALUD DE PAYTIENT

Cómo funciona con HSA Advantage, HSA Value y Copay Advantage

Si es elegible para recibir beneficios de RRD, dispone de Paytient, una tarjeta de atención médica sin comisiones ni intereses que puede usar para pagar gastos médicos de bolsillo, incluidos servicios dentales y de la vista, e incluso la atención veterinaria para su mascota. No se requiere verificación de crédito.

Su tarjeta de salud 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 pida prestado mediante deducción de nómina o su cuenta bancaria, HSA o FSA. Es una forma sencilla de pagar la atención médica a lo largo del tiempo. (Tenga en cuenta que, si usa la tarjeta para gastos veterinarios, no podrá usar la HSA sin incurrir en una penalización ni la FSA para devolver el dinero que haya pedido prestado para dichos gastos). Puedes inscribirte en cualquier momento.

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



Cómo funciona con Copay Edge

Si se inscribe en Copay Edge, podrá recibir una tarjeta de financiación de atención médica de Paytient con un límite de crédito acumulativo de $3,000 dólares ($1,800 más que el límite de crédito estándar de Paytient). Solo deslice la tarjeta y pague sus copagos directamente a sus proveedores de atención médica en el momento de recibir el servicio.

Paytient paga por adelantado a sus proveedores de Copay Edge, y usted podrá crear su plan de pago preferido luego. Los pagos se procesan automáticamente mediante deducción de nómina o el método de pago que usted elija. Paga $0 en intereses y comisiones.

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

- Si no tiene una cuenta de Paytient y desea recibir una tarjeta de Paytient, responda “Sí” a la pregunta que aparece en el sitio web de inscripción sobre si desea financiación para la atención médica cuando se inscriba en Copay Edge como su opción de programa médico. Se enviará información adicional sobre cómo abrir su cuenta a la dirección de correo electrónico en nuestros registros. También se le pedirá que responda algunas preguntas sobre su capacidad para devolver los fondos.
- Si ya tiene una cuenta de Paytient con una línea de crédito de $1,200, responda “Sí” a la pregunta en el sitio web de inscripción sobre si desea financiamiento para la atención médica. Recibirá un correo electrónico donde se le pedirá que responda unas preguntas breves sobre su capacidad de repago para poder recibir el límite de crédito superior ($3,000).
- Si ya tiene una cuenta de Paytient con una línea de crédito de $3,000, seguirá teniendo el mismo límite de crédito.

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES

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

¡Importante! Designe a sus beneficiarios

Proteja a su familia y su dinero asegurándose de que sus beneficiarios designados estén actualizados en **rrd.bswift.com**.

Seguro de vida para el empleado

El seguro de vida básico para empleados que ofrece Securian es automático, y RRD paga el costo total de su cobertura. En caso de fallecimiento, su beneficiario recibirá una vez su salario base anual, hasta un beneficio máximo de $250,000, de conformidad con las disposiciones del Plan.

Seguro de vida opcional para el empleado

Puede adquirir un seguro de vida opcional para empleados por un monto que oscila entre una y diez veces su salario base anual, hasta un máximo de $2 millones. En caso de fallecimiento, el programa paga un beneficio a su beneficiario designado de acuerdo con las disposiciones del plan. La prima que paga por la cobertura se basa en su edad, su estado de consumidor de tabaco y la cobertura contratada. Las primas aumentan a medida que aumenta el monto de cobertura o la edad.

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

Puede adquirir seguro de vida para cónyuge/pareja de hecho e hijos para sus dependientes elegibles. En caso de fallecimiento de su cónyuge/pareja de hecho o hijos cubiertos, 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 accidentes. Un mismo dependiente no puede estar cubierto por más de un empleado de RRD (p. ej., dos padres empleados de RRD no pueden cubrir a los mismos hijos según las disposiciones del plan; solo un empleado puede cubrir a los hijos).

Si usted y el otro progenitor del niño son empleados de RRD y fallece un hijo dependiente cubierto, la póliza solo pagará el beneficio por fallecimiento una vez y a uno de los padres. Consulte el certificado de seguro correspondiente (**myrrdbenefits.com/life-add-insurance**) para obtener más información.

Seguro AD&D opcional

Puede adquirir un seguro opcional por muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D) para usted y su familia. El programa paga un beneficio de una a diez 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 podría recibir un beneficiario tras la aprobación del reclamo varía para un empleado y sus dependientes cubiertos elegibles:

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

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

Presentar evidencia de asegurabilidad (EOI)

- Si elige o aumenta el seguro de vida opcional para empleados, debe presentar EOI.
- Si su cónyuge/pareja de hecho empieza a ser elegible para el seguro de vida, se requiere EOI para coberturas superiores a $25,000. Los participantes actuales como cónyuges/parejas de hecho, y quienes renunciaron previamente a la cobertura, deben presentar EOI para aumentar los montos de cobertura.
- No se requiere EOI para el seguro opcional de AD&D o el seguro de vida para niños.

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 le ofrece cobertura por STD sin costo para usted. Si es un empleado que cobra por hora, su cobertura le 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 y el 50% durante un máximo de 23 semanas adicionales.

Discapacidad a largo plazo (LTD)

Para una mayor protección de los ingresos, el seguro por LTD se ofrece como beneficio opcional. Si decide mantener la cobertura por LTD, pagará las primas mediante deducción de nómina después de impuestos. Se le inscribirá automáticamente en la cobertura por LTD y deberá tomar medidas durante el período de inscripción si desea renunciar a dicha cobertura.

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





SU VIDA

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Personalice y mejore sus beneficios para que se ajusten a sus necesidades.

RRD facilita las deducciones de nómina que le ayudan a pagar ciertos programas de beneficios que no son de RRD. Obtenga más información sobre todos los beneficios voluntarios (protección de identidad Allstate, beneficios para viajeros, seguro de auto y hogar, seguro para mascotas, bienestar de mascotas y poder adquisitivo) disponibles para usted:

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

BENEFICIOS LEGALES

Durante la inscripción anual, puede optar por los planes legales de MetLife.

Obtenga acceso cómodo y asequible a una red de abogados calificados para asuntos legales personales cotidianos. La cobertura estará vigente del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. Si actualmente está inscrito, su cobertura se extenderá hasta 2027.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO DE SUPPORTLINC

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

Usted y su familia tienen acceso a referencias profesionales confidenciales y hasta cinco sesiones de terapia presencial para distintas preocupaciones, como problemas familiares/matrimoniales y de pareja, ansiedad, depresión, duelo y pérdida, abuso de sustancias, manejo de la ira, y presiones y estrés relacionados con el trabajo.

SupportLinc también puede proporcionar asesoramiento y referencias a recursos expertos para obtener asistencia legal y financiera, así como referencias para problemas familiares cotidianos como cuidado de dependientes, reparación de autos, cuidado de mascotas, mejoras en 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 7:00 a. m. a 7:00 p. m., CT

myRRDbenefits.com

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

MÉDICO Y MEDICAMENTOS RECETADOS

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL)
bcbsil.com/rrd
1-800-537-9765, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., CT

CVS Caremark (beneficios de medicamentos recetados)
caremark.com
1-866-273-8402, 24/7

Twin Health (diabetes y control de 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 7:00 a. m. a 7:00 p. m., CT

Go Wellbeing
(Programa de bienestar para miembros de BCBSIL a partir del 1 de enero de 2027)
bcbsil.com/rrd

Wondr Health (control de peso)
wondrhealth.com/RRD

AccessHope (apoyo para el cáncer)
1-800-537-9765

¡NUEVO! Carrum Health
carrum.me/rrd
1-888-855-7806, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., CT

SleepCharge (llamado Nox Sleep Care a partir del 1 de enero de 2027)
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

DENTAL (CIGNA)

mycigna.com
1-800-656-1691, 24/7

VISTA (EYEMED)

eyemed.com
1-866-723-0514,
de lunes a sábados, de 6:30 a. m. a 10:00 p. m., CT
Domingos de 10:00 a. m. a 7:00 p. m., CT

ATENCIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA (METLIFE)

metlife.com/mybenefits

Preguntas del plan:
1-800-GETMET8 (1-800-438-6388)
de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 10:00 p. m., CT

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

HSA

Fidelity (a partir del 1 de enero de 2027)
NetBenefits.com
1-800-544-3716, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 7:00 p. m., CT

HealthEquity (hasta el 31 de diciembre de 2026)
healthequity.com
1-866-346-5800, 24/7

FSA (HEALTHEQUITY)

healthequity.com
1-866-346-5800, 24/7

TARJETA DE PAGO DE ATENCIÓN MÉDICA (PAYTIENT)

paytient.com/rrd
1-866-345-9591, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., CT

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP) (SUPPORTLINC)

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

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES (SECURIAN)

securian.com/rrd-life-insurance
1-866-293-6047, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m., CT

DISCAPACIDAD (LINCOLN FINANCIAL)

lincolnfinancial.com (código de empresa: RRDONNELLEY)
1-800-331-4914, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., CT

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

Planes legales de MetLife
metlife.com/insurance/legal-plans
1-800-821-6400, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., CT

Beneficios de RRD
(seguro de auto, hogar y mascotas, Wagmo)
rrd.corestream.com
312-757-1908

Protección de identidad Allstate
1-800-789-2720

PLAN DE AHORRO DE RRD (FIDELITY)

NetBenefits.com
1-800-835-5095, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., CT

NOTAS FINALES

Opciones de programa médico nacional

1. Exámenes físicos y ginecológicos rutinarios para adultos, atención pediátrica preventiva, exámenes rutinarios de la vista o el oído, pruebas relacionadas (incluidas pruebas de Papanicolaou rutinarias, pruebas de colesterol, análisis de orina, etc.), colonoscopias rutinarias (ambulatorias/en consultorio) y vacunaciones.
2. Se exime el copago si es hospitalizado. No se permite el cobro de saldos para la atención de emergencia fuera de la red. El tratamiento del COVID es gratuito.
3. A través de CVS Caremark. No hay cobertura de medicamentos recetados fuera de la red.
4. Algunos 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, deberá pagar un coseguro del 30% por los medicamentos especializados que estén cubiertos por el programa PrudentRx. Si su medicamento especializado no está cubierto por el programa PrudentRx, será responsable de un copago de $210 si está inscrito en Copay Edge o de un copago de $150 si está inscrito en 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 por los “beneficios de salud esenciales” se cuentan para el gasto máximo de bolsillo del plan, pero no para el deducible del plan. Por otro lado, el costo compartido del empleado por los “beneficios de salud no esenciales” no cuenta para el deducible del plan ni para el gasto máximo de bolsillo. Además, incluso si alcanza el gasto máximo de bolsillo, seguirá siendo responsable del monto de costo compartido por los medicamentos especializados que se consideran “beneficios de salud no esenciales”. Los medicamentos especializados que se consideran “beneficios de salud no esenciales” están marcados con un “1” en la lista de medicamentos especializados de PrudentRx. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PrudentRx al **1-800-578-4403**.
5. Para la cobertura fuera de la red, el plan solo paga beneficios en función de los cargos hasta el gasto máximo reembolsable (a veces denominado “cargo usual y habitual [U&C]” o “cargo razonable y habitual [R&C]”). Usted será responsable de pagar los saldos facturados por su proveedor fuera de la red que excedan el gasto máximo reembolsable; esto se denomina facturación de saldo. Los pagos de facturación de saldo no forman parte del deducible ni del gasto máximo de bolsillo del plan ni están sujetos a estos. Esto puede suponer un costo adicional significativo para usted.
6. Combinado dentro y fuera de la red.
7. Algunos 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, deberá pagar un coseguro del 30% por los medicamentos especializados que estén cubiertos por el programa PrudentRx. Si su medicamento especializado no está cubierto por el programa PrudentRx, también será responsable de un coseguro 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 por los “beneficios de salud esenciales” se cuentan para el gasto máximo de bolsillo del plan, pero no para el deducible del plan. Por otro lado, el costo compartido del empleado por los “beneficios de salud no esenciales” no cuenta para el deducible del plan ni para el gasto máximo de bolsillo. Además, incluso si alcanza el gasto máximo de bolsillo, seguirá siendo responsable del monto que le corresponde de su costo compartido por los medicamentos especializados que no se consideran “beneficios de salud esenciales”. Los medicamentos especializados que se consideran “beneficios de salud no esenciales” están marcados con un “1” en la lista de medicamentos especializados de PrudentRx. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con PrudentRx al **1-800-578-4403**.
8. Si es admitido, las hospitalizaciones se aplican al deducible y al gasto máximo de bolsillo.

Cuenta de ahorros para la salud

Se aplican reglas especiales sobre los límites de aportes a las HSA si está casado o si su plan médico incluye a otro adulto.

- Por lo general, las parejas casadas tienen un límite máximo de contribución combinada de $9,000 (a menos que cada uno tenga cobertura solo para empleado).
- Si está inscrito en la cobertura de empleado y pareja de hecho, y ninguno de los dos se considera dependiente fiscal del otro, usted y su pareja de hecho pueden aportar hasta el máximo permitido para la familia a sus respectivas HSA. Eso significa que ambos podrían aportar hasta $9,000 para el año fiscal 2027. Sin embargo, no está permitido pagar los gastos médicos elegibles de su pareja de hecho con su HSA. Si un miembro de la pareja depende fiscalmente del otro, y ambos están cubiertos por un plan de salud familiar, solo el miembro no dependiente fiscalmente puede abrir una HSA y solo esa HSA puede recibir fondos. Los miembros de la pareja podrían aportar el máximo anual familiar a esa única HSA, actualmente $9,000 dólares, y el titular de la cuenta podría pagar con ella los gastos médicos elegibles de la pareja dependiente fiscalmente, pero la pareja dependiente fiscalmente no podría aportar a su propia HSA separada.
- Se aplican normas similares a los hijos adultos y a las parejas de hecho.

AVISOS LEGALES

Cambio de sus elecciones durante el año

Si no se inscribe antes de la fecha límite o desea cambiar sus elecciones, la única manera en que podrá inscribirse o cambiar una elección durante el año calendario es si experimenta un cambio de estado calificado. (Para obtener más información, consulte el aviso sobre el período de inscripción especial para la cobertura de salud grupal que aparece a continuación o el folleto informativo de la administración del plan). Recuerde que los nuevos dependientes no están cubiertos automáticamente en el plan, debe inscribirlos para que tengan cobertura. Para los dependientes que ya no son elegibles para la cobertura en el plan, debe llamar al Centro de beneficios de RRD al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)** o ingresar en línea a **rrd.bswift.com** para eliminarlos de la cobertura en el plan.

NOTA: Esta norma no se aplica a los seguros de vida ni a las HSA. Puede realizar cambios en el seguro de vida complementario opcional, seguro de vida para cónyuge, seguro de vida para hijos o seguro opcional contra accidentes durante el año calendario y en la inscripción anual cada año. Es posible que deba presentar evidencia de asegurabilidad (EOI) satisfactoria para que dichos cambios en la cobertura entren en vigor. Revise los certificados de afiliación del programa de seguros de vida y accidentes para obtener detalles sobre los aumentos o las disminuciones en los montos de su cobertura.

Período de inscripción especial para cobertura de salud grupal

Si rechaza la cobertura del programa médico para usted o sus dependientes porque 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 la 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 tenían cobertura de otro plan de salud grupal o seguro de salud al momento en que se le ofreció cobertura conforme al plan médico 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 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 de inscripción más amplio que el exigido por ley para la incorporación de nuevos hijos en determinadas circunstancias descritas en este párrafo. Si agregará a un hijo recién nacido, un hijo recién adoptado o un hijo recién colocado para adopción con usted, suele tener tiene hasta 60 días para informar de dicho evento al administrador de elegibilidad, conforme a la política más generosa del plan. Sin embargo, si ya está inscrito en una de las opciones autofinanciadas de programa médico nacional en los niveles de empleado + hijos o familia, tendrá hasta 90 días para informar de dicho evento al administrador de elegibilidad para agregar a su nuevo hijo a la cobertura, ya que esta opción no requiere ningún cambio en sus primas ni la aprobación de ninguna compañía de seguros. Muchas de las opciones de programa médico regional también ofrecen plazos de inscripción más amplios que los exigidos por ley para la incorporación de nuevos hijos, y varían según la aseguradora. Consulte la documentación de la aseguradora para obtener más información.

Para solicitar una 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 un proveedor de atención primaria

En función del lugar donde viva, puede ser elegible para una opción de programa médico de organización para el mantenimiento de la salud (HMO) regional además de las opciones de programa médico nacional. Si es elegible, recibirá información adicional acerca de la HMO regional para la cual es elegible, además de la información de contacto.

Las 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 de la HMO regional y que esté dispuesto a aceptarlo a usted o 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 la 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 de la HMO regional o de ninguna otra persona (incluido el proveedor de atención primaria) para recibir 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 la 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 lo siguiente:

- 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; y
- 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, incluido cualquier deducible anual y limitaciones de coseguro, 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 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 debería cobrar más que los copagos, el coseguro 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 le han facturado incorrectamente, llame al **1-800-985-3059**.

¿Qué es la “facturación del saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

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

“Fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato con el plan (o con una de las aseguradoras de la opción del programa médico regional) para prestar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red tengan permitido facturarle la diferencia entre lo que paga el plan y el importe 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 o límite anual de gastos de bolsillo del plan.

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

Está protegido contra la facturación del saldo para lo siguiente:

- **Servicios de emergencia**: 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 el proveedor o el centro pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red del plan (como copagos, coseguro 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 quirúrgico ambulatorio dentro de la red de su seguro, algunos proveedores pueden estar fuera de 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 del plan.

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

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

En general, el plan debe hacer lo siguiente:

- Cubrir servicios de emergencia sin requerir que usted obtenga la aprobación de servicios por adelantado (también conocido como “autorización previa”).
- Cubrir servicios de emergencia 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 centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o fuera de la red para su deducible y su límite de gasto de bolsillo 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) en virtud del Plan de beneficios grupales de RR Donnelley, el Plan médico grupal de RR Donnelley y el Plan de beneficios flexibles de RR Donnelley (los "Planes"). Su elegibilidad para los beneficios determinará la cobertura específica que se le ofrecerá a usted, a su cónyuge/pareja de hecho o a sus hijos dependientes. Encontrará más detalles sobre la elegibilidad para los beneficios en las Descripciones resumidas del plan (SPD), los SMM anteriores y los certificados de seguro en **myRRDbenefits.com**.

Importante

Las descripciones contenidas en esta guía se basan 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, las SPD, los SBC, los SMM, cualquier otro material que resuma los Planes y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los siguientes documentos:

- En los casos en que este documento busque resumir las disposiciones de beneficios existentes, las SPD, los SMM, cualquier otro material que resuma los Planes y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales del plan.
- En los casos en que este documento busque comunicar un cambio en las SPD, los 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 cancelar los Planes o programas en cualquier momento y por cualquier motivo.

Copyright © 2026 R.R. Donnelley & Sons Company // Todos los derechos reservados // V2