

2025 Empleados Por Hora

Guía de inscripción de beneficios



NOTA: Si vive en Texas o Illinois, tiene una cuarta opción de plan médico además de los planes Bronze Plus, Silver y Gold descritos en esta guía. Esta Guía de inscripción no se aplica a los empleados SeniorLIFE+ que no tienen gastos generales y no contiene detalles sobre el plan Bronze Choice para empleados de Flowers Sanitation. Consulte las guías de opciones del plan médico, las preguntas más frecuentes, las DPS y otra información en el sitio web de Inscripción en los beneficios para conocer sus planes específicos. La inscripción en un plan de beneficios de Aramark es totalmente voluntaria. Aramark no exige que los empleados se inscriban en ningún plan de beneficios de Aramark.



Índice

PÁGINA

Prepárese para inscribirse.....	2–3
Cómo inscribirse.....	4
A quién puede cubrir	5
Beneficios automáticos.....	6–8
Beneficios opcionales	9
Recursos de bienestar mental.....	9
Cobertura médica.....	10–17
Variaciones médicas	18
Compañías de seguro que brindan cobertura médica/de medicamentos recetados	18–19
Cobertura de medicamentos recetados	20–21
Aviso sobre la cobertura acreditable de la Parte D de Medicare	22
Cuidados preventivos	23
Plan dental	24
Plan de visión	25–26
Cobertura por discapacidad	27
Cuenta de gastos flexible (FSA) para la atención médica	28
Cuenta de ahorros para la salud (HSA).....	29–30
Después de la inscripción.....	31
Contactos clave.....	32

Esta Guía de inscripción es un breve resumen del Programa de beneficios de Aramark para empleados por hora, sirve como Resumen de modificaciones de materiales (SMM) y describe los cambios en sus beneficios de salud para el año del plan 2025. Describe ciertas características clave del programa, pero no proporciona información detallada. Aunque hemos realizado todos los esfuerzos posibles por asegurar la exactitud de la información de esta guía, si existe alguna discrepancia entre esta guía y los contratos y documentos de los planes oficiales, prevalecerán los contratos y documentos del plan. Además, esta guía no constituye ni implica un contrato de empleo, ni garantiza la continuación de este programa de beneficios.

Aramark se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de enmendar o dar por terminados los beneficios descritos en esta Guía de inscripción en cualquier momento y por cualquier motivo, en relación con cualquier empleado, participante, dependiente o beneficiario anterior, actual o futuro.



Prepárese para inscribirse

¿Cuándo puede inscribirse?

Puede agregar, quitar, cambiar la cobertura de los beneficios de salud y bienestar, o inscribir (o anular la inscripción) a sus dependientes:

- cuando se lo contrata por primera vez
- cuando adquiere elegibilidad
- durante el período anual de inscripción en otoño
- Si tiene un cambio en el estado de vida elegible (ver a continuación) o un derecho de inscripción especial en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)



NOTA: La inscripción en el Plan de jubilación es un proceso por separado. Recibirá la información sobre la inscripción en el Plan de jubilación por correo en su casa, en el momento en que adquiera elegibilidad. Si tiene preguntas sobre el Plan de jubilación, comuníquese con Fidelity Investment Services al 1-877-236-9472 o visite www.401k.com.

¿Qué es un cambio en el estado de vida elegible?

Un cambio en el estado de vida elegible es un evento en su vida que puede afectar sus necesidades de beneficios. Puede hacer cambios aplicables a su cobertura de beneficios si tiene cualquiera de estos cambios en el estado de vida elegible:

- Se casa legalmente, celebra una unión civil o cumple con los requisitos de una pareja de hecho
- Se divorcia, tiene una anulación o termina una unión civil o una pareja de hecho
- Tiene un hijo biológico, adopta un niño o adquiere la tutela legal de un niño
- Su cónyuge o pareja de hecho (que incluye una pareja de unión civil) o su hijo muere
- Ganancia o pérdida de otra cobertura patrocinada por el empleador, incluido el inicio o terminación del empleo, para usted su cónyuge/pareja de hecho o dependiente
- Usted o su cónyuge/pareja de hecho o dependiente tienen un cambio de lugar de trabajo; un cambio en la residencia; un aumento o una disminución de las horas de trabajo; o comienza o finaliza una licencia sin goce de sueldo, huelga o bloqueo
- Su dependiente cumple o deja de cumplir con los requisitos de cobertura debido a que alcanzó una determinada edad o cualquier otra circunstancia similar dispuesta por el plan



Además, en virtud del Código de Impuestos Internos, su cambio en la cobertura debe corresponderse con un cambio elegible en el estado de vida. Las dificultades financieras no son un cambio elegible en el estado de vida.

Tenga en cuenta que, si se inscribe en un plan médico de Aramark y más adelante en el año desea obtener cobertura a través del Mercado de seguros de salud (programa de intercambio del gobierno), eso no se considerará un cambio elegible en el estado de vida y no podrá dejar la cobertura de Aramark hasta el siguiente período anual de inscripción.

Para hacer un cambio en su cobertura debido a uno de los eventos enumerados, debe iniciar el cambio a través del sitio web Benefits Enrollment o llamar al Centro de **Beneficios de Aramark al 1-855-528-BENE (2363)** dentro de los 31 días posteriores al evento o dentro de los 60 días posteriores a un divorcio o disolución de una pareja de hecho.

Asimismo, puede haber un cambio en el estado de vida elegible si:

- Usted o sus dependientes pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de seguro médico para niños (CHIP) como consecuencia de la pérdida de la elegibilidad para dicha cobertura y usted solicita la inscripción en un plazo de los 60 días después de dicha pérdida de cobertura.
- Usted o sus dependientes adquieren elegibilidad para un subsidio de asistencia con las primas en virtud de Medicaid o CHIP, y usted solicita cobertura en un plazo de 60 días después la fecha de determinación de la elegibilidad.



NOTE: Los recién nacidos son elegibles para la cobertura desde el día de su nacimiento. Los recién nacidos deben inscribirse en el sitio web Benefits Enrollment en un plazo de 31 días después del nacimiento para estar cubiertos por el Plan. Si el niño no se inscribe en un plazo de 31 días después de su nacimiento, los cargos/servicios provistos al recién nacido podrían no estar cubiertos en virtud del plan durante los primeros 31 días después de su nacimiento y a partir de entonces. Esta disposición también se aplica a los niños recién adoptados.



Prepárese para inscribirse (continuación)

Fechas de entrada en vigencia de la cobertura

Para la inscripción anual:

- Las inscripciones o los cambios presentados durante el período anual de inscripción de otoño de 2024 entran en vigencia a partir del 1 de enero de 2025.

Para personas recientemente contratadas o recientemente elegibles:

- Para las inscripciones que se realizan en otros momentos durante el año (por ej., para nuevas contrataciones), la fecha de entrada en vigencia de la cobertura suele ser el primer día del mes siguiente a un mes calendario completo de servicio, siempre que se inscriba durante el período de tiempo especificado en su tarjeta postal.

Durante los últimos tres meses del año calendario, las personas recientemente contratadas deberán inscribirse dos veces; una vez para los meses restantes del año actual (2024) y nuevamente para la cobertura que entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2025. Recibirá dos conjuntos de comunicaciones sobre la inscripción: uno para el año actual (2024) y otro para el año calendario 2025.

Asegúrese de revisar ambos conjuntos de materiales. Es posible que sus opciones de cobertura médica y costos sean diferentes para 2024 y 2025. Sus otras opciones de cobertura médica y costos pueden también diferir de un año a otro.

Sus opciones de cobertura médica

- Inscríbase en la cobertura patrocinada por Aramark. Esta Guía de inscripción le proporciona la información que necesita para seleccionar sus beneficios para 2025 y completar su inscripción en el sitio web Benefits Enrollment. Allí también verá los costos y cuánto aporta Aramark a su cobertura.
- Inscríbase en la cobertura a través de un mercado de seguros de salud estatal o federal. Vaya a www.healthcare.gov para obtener información sobre un Mercado de seguros de salud (Health Insurance Marketplace) en su área. Para algunas personas, puede haber asistencia del gobierno disponible para pagar las primas.
- Inscríbase en su cobertura a través de Medicaid si cumple con los requisitos de elegibilidad en cuanto a ingresos de su estado. Muchos programas estatales se han ampliado y ofrecen cobertura a más personas. Vaya a www.medicaid.gov.
- Inscríbase para obtener cobertura a través del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, si está a su disposición.
- No se inscriba en ninguna cobertura.

Para inscribirse o hacer cambios, vaya al [sitio web Benefits Enrollment](#). (Consulte la página siguiente para obtener instrucciones de inicio de sesión).

Si decide inscribirse durante el proceso de inscripción, deberá hacer lo siguiente:

- Inscribir a sus dependientes elegibles a los que desea brindar cobertura en 2025 en virtud de sus beneficios médicos.
- Elegir la compañía de seguro que desea para sus beneficios médicos de 2025.
- Elegir el nivel de cobertura médica que desea: Plan Bronze Plus, Plan Silver o Plan Gold.
- Revisar o inscribirse en el resto de sus beneficios (por ej., dental, visión, discapacidad, seguro de vida y beneficios suplementarios). Asegurarse de confirmar la cobertura de sus dependientes para estos planes, dado que esto se realiza por separado de la inscripción en el plan médico.
- Indique la condición de fumador y cónyuge/pareja de hecho que trabaja. No puede completar su inscripción sin indicar el estado de fumador y de cónyuge/pareja de hecho que trabaja.

Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP) ofrecen cobertura médica gratuita o de bajo costo para niños y familias

Si es elegible para la cobertura médica de Aramark, pero no puede pagar las primas, algunos estados tienen programas de asistencia con las primas que pueden ayudar a pagar la cobertura. Estos estados usan fondos de sus programas de Medicaid o CHIP para ayudar a las personas que son elegibles para la cobertura médica patrocinada por el empleador, pero necesitan ayuda con el pago de las primas médicas. Para ver más información, consulte el [Aviso sobre CHIP](#).



NOTA: El sitio web Benefits Enrollment puede no estar disponible durante el mantenimiento programado de 3:00 a. m. a 6:00 a. m., hora del este, de lunes a sábado, y de 12:00 a. m. (medianoche) a 7:00 a. m. (ET) el domingo.



Cómo inscribirse

Defensa de la atención médica

En 2022, presentamos **Quantum Health** como la nueva puerta de entrada a sus beneficios de salud. Recibir atención médica puede ser costoso y complicado. Por esta razón, estamos instituyendo Quantum Health, un recurso de defensa y navegación de la atención médica, para hacer que sus beneficios sean más inteligentes, más simples y más rentables. Quantum Health ha reemplazado las funciones de la administración de servicio al cliente y atención de la compañía de seguros. Aramark ha elegido asociarse con Quantum Health para cambiar la forma en que brindamos beneficios de salud a nuestros empleados.

Información de contacto del seguro médico

Si se está inscribiendo en Aetna o IBC para 2025, para determinar si sus médicos están en la red o si sus medicamentos recetados están cubiertos, llame a Quantum Health al **1-855-497-1241** o visite <https://aramarktakecare.com>. Quantum Health será su recurso integral para todas sus necesidades de seguro de salud.

Las comunicaciones, incluida su nueva tarjeta de identificación médica, provendrán de Quantum Health o del administrador externo de su compañía de seguro (Aetna: Meritain; IBC: Independence Administrators). Muestre siempre su tarjeta de identificación médica cuando visite a un proveedor para recibir atención médica.



NOTA: No se aplica a las aseguradoras regionales (Kaiser, Geisinger y UPMC).

Si ya está inscrito en los beneficios médicos de Aramark y no cambia de proveedor o plan, no recibirá una nueva tarjeta de identificación médica para el nuevo año del plan.

Inicio de sesión



Vaya al [sitio web Benefits Enrollment a través de SSO](#), ingrese su ID de empleado de Aramark (igual que el ID de Kronos) y haga clic en "Iniciar sesión". Si necesita restablecer su contraseña: siga estas instrucciones:

- Haga clic en "Olvidé mi contraseña"
- Haga clic en "Continuar" > Se enviará un enlace a su dirección de correo electrónico personal registrada.
- Haga clic en el enlace de su correo electrónico
- Crear y confirmar una nueva contraseña
- Haga clic en enviar
 - Consulte el sitio web del proceso de inicio de sesión de myAccess para obtener materiales de soporte adicionales.

Inscripción



Inscríbete y haz tus elecciones en el sitio web Benefits Enrollment. Las opciones de beneficios de 2025 disponibles para usted y los costos se muestran en el sitio web.

Asegúrese de revisar todos los documentos importantes en la Biblioteca de recursos, que incluyen: lista de verificación de inscripción, guía de inscripción, guía de opciones de planes médicos y preguntas frecuentes (si corresponde), documento de resumen de beneficios y cobertura, aviso de privacidad de HIPAA, aviso inicial de derechos COBRA y más.

En caso de que su salario en cualquier período de pago sea insuficiente para cubrir el monto total de las deducciones de sus primas de seguro, usted autoriza a Aramark a deducir cualquier monto restante de las primas de seguro impagas en períodos de pago futuros hasta que se pague en su totalidad.

Si necesita asistencia durante el proceso de inscripción, llame al Centro de Beneficios de Aramark, de lunes a viernes, al **1-855-528-BENE (2363)**.

Niveles de cobertura

Hay cuatro niveles de cobertura disponibles, según a quién inscriba:

- empleado únicamente;
- empleado más cónyuge o pareja de hecho;
- empleado más hijo o hijos (independientemente de cuántos hijos inscriba);
- empleado más familia (es decir, usted, su cónyuge/pareja de hecho y al menos un hijo).



NOTA: Cuando se inscribe, autoriza a Aramark a deducir las primas del seguro aplicables de sus ingresos, incluidas las primas de seguro relacionadas con la condición de fumador y/o un cónyuge/pareja de hecho que trabaja (si corresponde).



A quién puede cubrir

Los siguientes son elegibles para la cobertura en virtud de los mismos planes médicos, de medicamentos recetados, dentales y de visión de Aramark en los que usted está inscrito:

Cónyuge

Puede inscribir a su cónyuge (del mismo sexo o del sexo opuesto) o cónyuge de derecho consuetudinario, si está reconocido legalmente en el estado en el que residían en el momento de dicho matrimonio.

Pareja de hecho

Puede inscribir a una pareja de hecho en la cobertura si:

- usted y su pareja de hecho cumplen con todos los requisitos de una declaración jurada de relación; o
- usted y su pareja de hecho han celebrado una unión civil; o
- usted y su pareja de hecho han cumplido con los requisitos estatales o locales aplicables a las parejas de hecho y han registrado su relación como pareja de hecho en su registro de parejas de hecho local.

Debe certificar a su pareja de hecho y/o a sus hijos en línea cuando se inscribe. Debe completar el "Formulario de declaración jurada de pareja y estado de dependencia" si no tiene un Registro de Pareja de Hecho. Puede encontrarlo en el sitio web Benefits Enrollment. Los beneficios proporcionados a una pareja de hecho están sujetos a impuestos, a menos que complete el "Formulario de declaración jurada de dependencia fiscal legal"

Hijos

Puede inscribir a su(s) hijo(s) de hasta 26 años*, incluidos:

- hijos biológicos
- hijos adoptados legalmente (incluidos los asignados en adopción)
- hijastros
- hijos de una pareja de hecho (si la pareja de hecho está inscrita)
- niños bajo su tutela legal.

Puede inscribir a sus hijos de 26 años o más que tengan una discapacidad física o mental y que dependan de usted para al menos el 50% de su sustento.

Los hijos y los cónyuges de sus hijos elegibles no son elegibles para la cobertura.

***En caso de inscripción, la cobertura permanece vigente hasta el final del mes en el que su hijo cumpla 26.**

Prima para el cónyuge que trabaja

Si está inscribiendo a su cónyuge o pareja de hecho en la cobertura médica a través de Aramark por primera vez, debe responder "Sí" o "No" en el sitio web Benefits Enrollment para indicar si su cónyuge tiene o no otra cobertura médica disponible basada en el empleador. Las primas para cubrir a los cónyuges/parejas de hecho que tengan otra cobertura médica disponible son \$25 más altas por mes que las primas para quienes no tienen otra cobertura disponible. Las primas más altas se aplican durante todo 2025; esto no puede cambiarse una vez finalizada la Inscripción anual.

El aumento de la prima se mostrará en su recibo de pago como "WSPREM". Esta prima adicional no se aplica si su cónyuge o pareja de hecho está recibiendo beneficios de Medicare o militares, o es empleado de Aramark.

NOTA: Las primas se deducen antes de impuestos y en general no pueden cancelarse a mitad de año

Verificación de dependientes

Aramark realiza auditorías de rutina de todos los dependientes inscritos para asegurar la correcta elegibilidad para la cobertura médica, dental, de visión y de seguro de vida opcional para el cónyuge/pareja de hecho. Durante una auditoría, se le pedirá que proporcione pruebas de su elegibilidad, como copias de una licencia de matrimonio, certificados de nacimiento, etc. Si no lo hace dentro del plazo especificado, se cancelará la cobertura del dependiente y el dependiente no podrá continuar con la cobertura bajo COBRA. Si agrega cualquier dependiente durante la Inscripción anual, se le pedirá que proporcione pruebas de su elegibilidad. Asegúrese de revisar los dependientes a los que brinda cobertura para asegurarse de que cumplan con las reglas de elegibilidad y anule la cobertura para todo aquel que no sea elegible.

Además, **debe** proporcionar un número de Seguro Social válido para todo dependiente que desee inscribir



NOTA: Aramark le pedirá una prueba documentada de su matrimonio legal, unión civil o registro de pareja de hecho. Si no se presenta la certificación/documentación apropiada en el plazo designado, la cobertura de sus dependientes no se procesará y usted deberá esperar hasta el siguiente período anual de inscripción o hasta que tenga un cambio elegible en su estado de vida para agregar a sus dependientes.



¿Qué beneficios están disponibles para usted?

En las secciones a continuación se proporcionan resúmenes breves de los beneficios para 2025. Tenga en cuenta que los beneficios pueden variar según la ubicación, y es posible que no todos los beneficios que se muestran aquí estén disponibles para usted. Consulte el sitio web Benefits Enrollment para determinar los beneficios para los que usted es elegible. Algunos beneficios son automáticos (pagados totalmente por la empresa; no se requiere la inscripción). Otros beneficios son opcionales (usted contribuye con el costo y debe hacer una elección de inscripción y autorizar deducciones de la nómina si desea participar). **Los beneficios del empleado determinados por un acuerdo de negociación colectiva vigente en la ubicación varían de un lugar a otro. Las preguntas sobre la elegibilidad o los beneficios para los empleados cubiertos en virtud de un acuerdo de negociación colectiva deben dirigirse a su gerente local.**

Beneficios automáticos

Como empleado por hora, elegible para los beneficios de Aramark, automáticamente recibirá los beneficios pagados por la empresa, que se enumeran a continuación, sin costo para usted. No necesita inscribirse en estos beneficios, si se ofrecen en su ubicación. Sin embargo, debe designar un beneficiario para el Seguro de vida básico y de accidentes en el sitio web Benefits Enrollment.

Seguro de vida básico*

- El monto de la cobertura se indica en el sitio web Benefits Enrollment.

Seguro básico por muerte o desmembramiento accidental (AD&D)*

- El monto de la cobertura se indica en el sitio web Benefits Enrollment.
- Los beneficios por desmembramiento se basan en la naturaleza de su pérdida.

***Recuerde actualizar su información de beneficiario seleccionando Beneficiarios en el Centro de actividades en la página de inicio del sitio web de inscripción de beneficios.**

Mantenga actualizada su información de beneficiario

Si es un empleado actual o nuevo, debe designar un beneficiario cuando adquiera elegibilidad para la cobertura del seguro de vida.

Cuando se inscriba en los beneficios, se le pedirá que complete un formulario de designación de beneficiario en el sitio web Benefits Enrollment.

Si desea actualizar una designación de beneficiario existente, puede hacerlo en el sitio web Benefits Enrollment.

Si no hay ningún beneficiario designado en los archivos, los beneficios se pagarán a sus sobrevivientes en el orden enumerado a continuación:

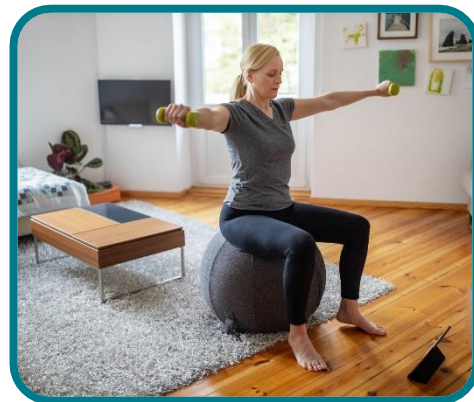
1. Cónyuge/pareja de hecho
2. Hijos
3. Padre y/o madre
4. Hermano(s)

¡NUEVO! Programa de terapia de ejercicio digital

Aramark se ha asociado con **Hinge Health** para brindar acceso a programas de terapia de ejercicio digital. Hinge Health le brinda las herramientas que necesita para vencer el dolor articular y muscular, recuperarse de lesiones, prepararse para la cirugía y mantenerse saludable y sin dolor. Estos programas están disponibles para empleados y familiares mayores de 18 años que estén inscritos en un plan médico de Aramark. Además, registrarse es sencillo, fácil de hacer desde casa y **¡es completamente gratis!** Así es como funciona:

- Reciba terapia de ejercicio, un equipo de atención personal y educación diseñada para mejorar su situación específica.
- Simplemente responda algunas preguntas y recibirá ejercicios adecuados para usted según su dolor y su nivel de condición física.
- Puede hacer sus ejercicios en cualquier momento y en cualquier lugar con la aplicación Hinge Health, ¡sin necesidad de citas ni viajes!

Para registrarse, vaya a www.hingehealth.com/for/aramark. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con **Hinge Health** al 1-855-902-2777 o envíeles un correo electrónico a hello@hingehealth.com.



Beneficios automáticos (continuación)

Apoyo para padres de niños con discapacidades del desarrollo

¿Su hijo tiene una discapacidad del desarrollo? Como empleado de Aramark, puede aprovechar un beneficio sin costo que ayudará a su hijo a alcanzar su máximo potencial. **Rethink** ofrece un programa innovador que pone las mejores prácticas clínicas en la palma de su mano.

- Comuníquese con su hijo de manera más efectiva.
- Enséñele a su hijo habilidades fundamentales.
- Reduzca los problemas del comportamiento.
- Colabore fácilmente con el equipo de atención de su hijo.
- Obtenga ayuda a través del Centro de apoyo para padres (Parent Support Center) de Rethink.
- Hable con terapeutas profesionales del comportamiento.
- Obtenga acceso a un programa de tratamiento integral en línea.
- Aprenda de más de 1,500 videos con pasos de enseñanza sencillos.
- Aprenda y use estrategias comprobadas de Análisis aplicado al comportamiento (ABA).

Visite <http://rethinkbenefits.com/aramark> para registrarse y obtener más información.

Consejo para una vida saludable

¡Su Programa de Asistencia al Empleado (EAP) es gratis, confidencial y está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana!

Los servicios están disponibles para usted y para todas las personas que vivan en su hogar. Ya sea que necesite asesoramiento sobre un problema personal, que busque atención de calidad para niños o ancianos, o que necesite encontrar información sobre ayuda financiera para la universidad, su EAP puede ser de ayuda. Llame a Cigna Behavioral Health gratis, al **1-888-636-6717**. O visite <http://my.cigna.com> e ingrese "Aramark" como su ID de empresa o empleador.

Programa de control de la diabetes

El programa **Livongo for Diabetes Program™** es un beneficio de salud pagado en su totalidad por Aramark que hace que vivir con diabetes sea más fácil. Si tiene diabetes, estos son los beneficios clave:

- **Tecnología de última generación.** Recibirá el medidor conectado Livongo, que carga sus lecturas de glucosa en sangre, lo que hace que los diarios de registro sean cosa del pasado. También recibirá consejos personalizados a través del medidor y la aplicación móvil.
- **Tiras reactivas ilimitadas sin costo.** Reciba todas las tiras reactivas y lancetas que necesite, enviadas directamente a su puerta, sin costos ocultos ni copagos.
- **Capacitación en todo momento y en todo lugar.** Los capacitadores de Livongo son educadores certificados en diabetes que pueden asistirlo con cambios en la nutrición y el estilo de vida.

Visite go.livongo.com. Haga clic en **"Join Now"** (Inscríbese ahora) y use **"Aramark-ESI"** si tiene cobertura para radiografías de Express Scripts o **"Aramark-Non-ESI"** si no tiene cobertura para radiografías de Express Scripts.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda para inscribirse? Llame al **Apoyo al Miembro de Livongo** al **1-800-945-4355**.



NOTA: El programa se ofrece a los empleados que son elegibles para los beneficios médicos está dar de Aramark, así como a los dependientes con diabetes cubiertos por el Plan de recetas de Express Scripts. Los empleados **NO** necesitan estar inscritos en un plan médico de Aramark. Los empleados de medio tiempo y del sindicato son elegibles solo si la ubicación extiende los beneficios médicos estándar de Aramark a estos empleados.



Beneficios automáticos (continuación)

Vision Savings Pass de VSP

SERVICIO	PRECIOS REDUCIDOS Y AHORROS
WellVision Exam®	<ul style="list-style-type: none">• \$50 con la compra de un par completo de anteojos recetados• 20% de descuento sin una compra• Una vez por año calendario
Examen de retina	Precio garantizado con WellVision Exam; no debe superar los \$39
Cristales	Con la compra de un par completo de anteojos recetados: <ul style="list-style-type: none">• Visión simple \$40• Bifocales con línea \$60• Trifocales con línea \$75• Policarbonato para niños \$0
Mejoras de cristales	Ahorros promedio de entre 20 y 25% en mejoras de cristales como recubrimientos progresivos, resistentes a arañazos y antirreflejo
Armazones	25% de ahorro con la compra de un par completo de anteojos recetados
Anteojos de sol	20% de ahorro en anteojos sin receta ilimitados de cualquier médico de VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último WellVision Exam
Lentes de contacto	15% de ahorro en el examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación)
Corrección de la visión con láser	Promedio del 15% de descuento sobre el precio regular o el 5% de descuento sobre el precio promocional; descuentos solo disponibles en centros contratados

Busque un médico de VSP en www.vsp.com o llame al 1-800-877-7195.



NOTA: Para su referencia, el número de grupo del Plan Vision Savings Pass es 12313941.

Programa de descuento para audífonos TruHearing™ de VSP

- Ahorre hasta \$2,400 en un par de audífonos digitales.
- Tres visitas al proveedor para pruebas y ajustes.
- Garantía de 45 días para la devolución del dinero.
- Tres años de garantía del fabricante para reparaciones y una vez por pérdida y reemplazo por daños.
- 48 baterías gratuitas por audífono por año.
- Acceso a una red nacional de más de 4,500 profesionales licenciados en audífonos.
- Descuentos importantes en baterías de reemplazo enviadas directamente a su puerta.

Para obtener más información, visite www.truhearing.com/vsp o llame al 1-877-372-4040.



Como empleado de Aramark, usted y sus dependientes son automáticamente elegibles para recibir descuentos en determinados servicios de atención de la visión y audición y productos a través de Vision Savings Pass y el Programa de descuentos para audífonos TruHearing de VSP. **No necesita estar inscrito en el plan de visión para recibir estos descuentos.**

Cuando vaya a un médico de VSP, identifíquese como miembro de VSP a través de Aramark. Vision Savings Pass de VSP puede usarse con tanta frecuencia como lo desee a lo largo del año.



Beneficios opcionales

Los beneficios detallados a continuación requieren que se inscriba si desea participar. La inscripción en cualquiera de estos beneficios es totalmente voluntaria.

- Médico (incluidos los medicamentos recetados)
- Plan Dental
- Visión
- Seguro por discapacidad de corto plazo (STD)
- Seguro por discapacidad de largo plazo (LTD)*
- Cuenta de gastos flexible para atención médica
- Cuenta de ahorros para la salud (si se inscribe en un Plan Médico Bronze Plus)
- Beneficios suplementarios (ofrecidos a tarifas grupales o con descuento):
 - Seguro por accidentes
 - Seguro de indemnización por hospitalización
 - Seguro por enfermedad crítica
 - Seguro de vida universal
 - Servicios legales
 - Protección contra el robo de identidad
 - Seguro para auto y vivienda
 - Seguro para mascotas
 - Descuentos de Working Advantage

Para obtener más información sobre la elegibilidad y los beneficios disponibles, visite www.aramarksupplementalplans.com.

*Podría estar sujeto a Evidencia de asegurabilidad. Repaso de los requisitos de elegibilidad.



NOTA: Los empleados del sindicato no son elegibles para Beneficios Suplementarios.

Recursos de bienestar mental

Los empleados, cónyuges y dependientes **inscritos** en un plan médico nacional de Aramark son elegibles para estos beneficios

Telesalud universal

- Teladoc es nuestro único proveedor de telesalud. A través de la telesalud, usted puede acceder a atención (incluso en el área de la salud mental) las 24 horas del día y los 365 días del año sin salir de casa.
- Puede realizar una consulta por video o hablar con un médico para que este le dé un diagnóstico, le recomiende un tratamiento y le extienda
- una receta. Sus profesionales de salud mental pueden ayudarlo a abordar el estrés, la ansiedad y otras afecciones con terapia, asesoramiento y tratamiento.
- Para inscribirse, llame a Quantum Health al **1-855-497-1241** o llame a Teladoc al **1-800-835-2362** o visite www.teladoc.com.



Terapéutica digital para el insomnio y la ansiedad

- Nos hemos asociado con Big Health y Express Scripts (ESI) para que usted pueda acceder fácilmente a servicios de terapéutica digital en materia de salud mental.
- El programa personalizado de mejora del sueño respaldado por la ciencia de **Sleepio** puede brindarle ayuda para dormir mejor por la noche y despertarse con energía.
- **Daylight** es una aplicación clínicamente probada que aborda las causas subyacentes de su ansiedad y le enseña técnicas que puede practicar en tan solo unos minutos al día.



Cobertura médica

	PLAN BRONZE PLUS	PLAN SILVER Y PLAN GOLD
Tipo de plan	Plan de deducible alto que cubre la atención dentro y fuera de la red.	Planes PPO que cubren la atención dentro y fuera de la red.
¿Paga ahora o luego? NOTA: Consulte el deducible y los máximos de gastos en efectivo en las páginas 11.	Deducciones más bajas del cheque de pago; deducibles más altos y máximo de gastos en efectivo.	El Plan Silver tiene deducciones del cheque de pago moderadas; deducibles moderados y máximo de gastos en efectivo. El Plan Gold tiene deducciones más altas del cheque de pago; deducibles más bajos y máximo de gastos en efectivo.
¿Ofrece acceso a una Cuenta de ahorros para la salud (HSA)? Consulte cómo una HSA puede ahorrarle dinero en la página 29.	Si	No
¿Cómo están cubiertos los medicamentos recetados dentro de la red? NOTA: Su cobertura de medicamentos recetados estará a cargo del Administrador de beneficios farmacéuticos (PBM). Consulte cómo podría afectarlo esto en la página 20.	Usted paga el costo total hasta alcanzar el deducible y luego paga coseguro hasta alcanzar el máximo de gastos en efectivo y luego no paga nada.	Usted paga un copago por todos los medicamentos recetados dentro de la red hasta que alcanza el máximo de gastos en efectivo y luego no paga nada.

Considere el costo total para usted

Cuando se inscriba, podrá ver qué aseguradora le ofrece el costo menor para cada nivel de cobertura. También podrá ver el importe de la contribución de Aramark.

Además deberá considerar lo que pagará a lo largo del año (es decir, copagos y deducibles) cuando necesite atención. Asegúrese de considerar todos los costos de atención médica al elegir el nivel de cobertura y la compañía de seguro que ofrezca el equilibrio adecuado para usted y su familia.

¿Necesita asistencia?

Use la herramienta “Comparación de Planes Médicos” en el sitio web Benefits Enrollment.

¿Se requiere un médico de atención primaria?

Debe designar a un médico de atención primaria si elige Kaiser Permanente como su compañía de seguro.

Asequibilidad en virtud de la Reforma de la Atención Médica

Según la Ley de Atención Médica Asequible (la Reforma de la Atención Médica), debe haber una opción de plan médico a bajo costo disponible para los empleados con determinados niveles de ingresos. **Aramark cumple con este requisito al brindar precios asequibles a empleados elegibles a través de la cobertura para el Empleado únicamente del Plan Bronze Plus.**



NOTA: ¿Está seleccionando UPMC, Kaiser o Geisinger? Sus planes podrían ser un tanto diferentes según la aseguradora médica que elija. Consulte la página 32 para conocer el sitio web de la aseguradora y la información de contacto.



Cobertura médica (continuación)

Deducible anual

El deducible es lo que usted paga en efectivo antes de que su seguro comience a pagar su parte de los costos. Pero el funcionamiento del deducible dependerá del nivel de cobertura que elija.

- El Plan Bronze Plus tiene un deducible verdaderamente familiar. Esto significa que debe alcanzarse el deducible de toda la familia antes de que su seguro pague beneficios para cualquier miembro de la familia. No existe un deducible individual en estos planes cuando usted tiene cobertura familiar. (Excepción: si vive en California y está cubierto por Kaiser Permanente, el nivel de cobertura del Plan Bronze Plus funciona como un deducible tradicional).
- El Plan Silver y el Plan Gold tienen un deducible tradicional. Por ejemplo, en el Plan Gold, una vez que un miembro de la familia cubierto alcance el deducible individual de \$750, su seguro comenzará a pagar beneficios para ese miembro de la familia. Los cargos para todos los miembros de la familia cubiertos seguirán contando para el deducible familiar. Cuando se alcance el deducible familiar, su seguro pagará beneficios para todos los miembros de la familia cubiertos.

	PLAN BRONZE PLUS*	PLAN SILVER	PLAN GOLD
Deducible anual (individual / familiar)	Dentro de la red: \$2,250 / \$4,500 Fuera de la red: \$2,250 / \$4,500	Dentro de la red: \$1,500 / \$3,000 Fuera de la red: \$3,000 / \$6,000	Dentro de la red: \$750 / \$1,500 Fuera de la red: \$1,500 / \$3,000
*Se debe alcanzar la totalidad del deducible familiar dentro o fuera de la red antes de que el plan pague beneficios para cualquier miembro de la familia cubierto.			

Los copagos y las cantidades descontadas de su cheque de pago para la cobertura de salud no se aplican para el deducible anual.

Máximo de gastos en efectivo anual

El máximo de gastos en efectivo anual es lo máximo que usted y los miembros cubiertos de su familia tendrían que pagar en un año calendario por costos de atención médica. Esto no incluye las cantidades descontadas de su cheque de pago para cobertura de salud o determinados copagos en virtud del Plan Silver o el Plan Gold.

Así es cómo funciona el máximo de gastos en efectivo, si tiene cobertura familiar:

- El Plan Bronze Plus tiene un máximo de gastos en efectivo verdaderamente familiar. Esto significa que se debe alcanzar el máximo de gastos en efectivo antes de que su seguro pague el costo total de los cargos cubiertos para cualquier miembro de la familia cubierto. No existe un máximo de gastos en efectivo individual en estos planes cuando tiene cobertura familiar. (Excepción: si vive en California y está cubierto por Kaiser Permanente, el nivel de cobertura del Plan Bronze Plus tiene un máximo de gastos en efectivo tradicional).
- El Plan Silver y el Plan Gold tienen un máximo de gastos en efectivo tradicional. Una vez que un miembro de la familia cubierto alcance el máximo de gastos en efectivo individual, su seguro pagará el costo total de los cargos cubiertos para ese miembro de la familia. Los cargos para todos los miembros de la familia cubiertos seguirán contando hacia el máximo de gastos en efectivo familiar. Una vez que se alcance el máximo de gastos en efectivo familiar, su seguro pagará el costo total de los cargos cubiertos para todos los miembros de la familia cubiertos.

	PLAN BRONZE PLUS*	PLAN SILVER	PLAN GOLD
Máximo de gastos de bolsillo anual (individual / familiar)	Dentro de la red: \$4,000 / \$8,000 Fuera de la red: \$10,000 / \$20,000	Dentro de la red: \$6,000 / \$12,000 Fuera de la red: \$12,000 / \$24,000	Dentro de la red: \$4,000 / \$8,000 Fuera de la red: \$8,000 / \$16,000
*Se debe alcanzar la totalidad del máximo de gastos en efectivo familiar dentro o fuera de la red antes de que el plan pague el 100% de los beneficios cubiertos del plan para cualquier miembro de la familia cubierto.			

Los cuadros anteriores podrían no considerar de qué manera cada plan cubre cualquier beneficio exigido por el estado, sus capacidades de administración del plan o la aprobación del Departamento de Seguros estatal de los beneficios ofrecidos por el plan. Si tiene preguntas sobre un beneficio específico o necesita información adicional, contacta con Quantum Health.

Beneficio ilimitado de por vida máximo

Todos los planes pagan beneficios ilimitados de por vida sin máximo, ya sea dentro o fuera de la red.

Tenga Presente:

- Los cargos fuera de la red no contarán para su deducible anual dentro de la red o su máximo de gastos en efectivo. Lo mismo sucede con los cargos dentro de la red: no contarán para su deducible anual dentro de la red o su máximo de gastos en efectivo.
- Algunas compañías de seguro en CA, CO, D.C., GA, HI, MD, OR, VA y WA no cubren beneficios fuera de la red en absoluto.

Cobertura médica (continuación)

Los siguientes diseños de plan se aplican a Aetna y a Independence Blue Cross. UPMC, Geisinger y Kaiser tienen algunas variaciones en los planes. Consulte la página 18 para obtener más información.

Revise los detalles

La finalidad de este documento es ofrecer un resumen de los servicios cubiertos más comunes que se ofrecen en las distintas compañías de seguro. Aunque hemos realizado todos los esfuerzos posibles por asegurar la exactitud de la información de los siguientes cuadros, si existe alguna discrepancia entre esta información y los contratos y documentos de los planes oficiales, prevalecerán los contratos y documentos del plan.

Para ver una comparación de los detalles de cada plan cuando se inscriba en línea, seleccione el enlace **Medical Plan Comparison** (Comparación de Planes Médicos) al final de la **página de inicio**.

Resumen de beneficios médicos

	PLAN BRONZE PLUS	PLAN SILVER	PLAN GOLD
Atención preventiva: para obtener una lista de los servicios de atención preventiva que deben estar cubiertos por todos los planes de salud, visite https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits .			
Examen físico anual, exámenes del niño sano, exámenes de la mujer sana que incluyen prueba de Papanicolaou, mamografía, evaluación de densidad ósea, otros exámenes de detección para el cáncer y vacunas	Dentro de la red: 100% cubierto, sin deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 100% cubierto, sin deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 100% cubierto, sin deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Visitas al consultorio médico			
Visita al consultorio del médico primario	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Usted paga \$30 por visita al médico de atención primaria (PCP). Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Usted paga \$25 por visita al médico de atención primaria (PCP). Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Visita al consultorio	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Usted paga \$50 por visita al especialista. Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Usted paga \$40 por visita al especialista. Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Atención como paciente hospitalizado			
Habitación semiprivada y comidas en el hospital	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Servicios de médicos y cirujanos como paciente hospitalizado	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Servicios de laboratorio y radiología como paciente hospitalizado	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible

Cobertura médica (continuación)

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	PLAN BRONZE PLUS	PLAN SILVER	PLAN GOLD
Atención a pacientes ambulatorios			
Cirugía como paciente ambulatorio <i>En un centro quirúrgico independiente u hospital</i>	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Servicios de laboratorio y radiología como paciente ambulatorio	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Sala de emergencias: si no lo hospitalizan <i>Debe ser una verdadera emergencia</i>	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 80% cubierto después del deducible	Dentro de la red: \$150 de copago por visita, luego 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: \$150 de copago por visita, luego 70% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 80% cubierto después del deducible
Centro de atención de urgencia	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Ambulancia	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 80% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 70% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 80% cubierto después del deducible
Equipo médico duradero <i>Se aplican las pautas de la aseguradora</i>	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible

Cobertura médica (continuación)

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	PLAN BRONZE PLUS	PLAN SILVER	PLAN GOLD
Atención alternativa			
Atención prescrita en un Centro de enfermería especializada sin custodia <i>Máximo anual de 120 días</i>	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Atención médica en el hogar sin custodia <i>Límite anual de 120 visitas</i>	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Cuidados paliativos	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Servicios para pacientes transgénero*			
Cirugía de asignación / reasignación de género	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible** Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible**	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible** Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible**	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible** Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible**
Cirugía de asignación / apoyo psicológico para reasignación	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: \$30 de copago Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: \$25 de copago Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Terapia de reemplazo hormonal	Dentro de la red: Cubierta de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos recetados adecuado Fuera de la red: Cubierta de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos recetados adecuado	Dentro de la red: Cubierta de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos recetados adecuado Fuera de la red: Cubierta de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos recetados adecuado	Dentro de la red: Cubierta de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos recetados adecuado Fuera de la red: Cubierta de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos recetados adecuado
Cirugía cosmética	Dentro de la red: Sin cobertura Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Sin cobertura Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Sin cobertura Fuera de la red: Sin cobertura
Cirugía de reversión de reasignación de género	Dentro de la red: Sin cobertura Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Sin cobertura Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Sin cobertura Fuera de la red: Sin cobertura

*Los beneficios varían según la compañía de seguro debido a los mandatos estatales o limitaciones administrativas.

**Se aplican las pautas de la aseguradora.

Cobertura médica (continuación)

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	PLAN BRONZE PLUS	PLAN SILVER	PLAN GOLD
Servicios de planificación familiar/maternidad			
Servicios de fertilidad <i>Sujeto al mandato estatal, el beneficio puede estar limitado a un máximo de por vida de \$15,000 en gastos médicos y \$5,000 en medicamentos recetados para todos los tratamientos de fertilidad (combinados dentro y fuera de la red).</i>	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Participación en los costos basada en el lugar de servicio Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Visitas al consultorio, prenatales y posnatales	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible para la primera visita al PCP (las demás visitas se cubren en virtud del cargo global por maternidad) Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible para la primera visita al PCP (las demás visitas se cubren en virtud del cargo global por maternidad)	Dentro de la red: \$30 de copago para la primera visita al PCP \$50 de copago para la primera visita al especialista (las demás visitas se cubren en virtud del cargo global por maternidad) Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible para la primera visita al PCP (las demás visitas se cubren en virtud del cargo global por maternidad)	Dentro de la red: \$25 de copago para la primera visita al PCP \$40 de copago para la primera visita al especialista (las demás visitas se cubren en virtud del cargo global por maternidad) Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible para la primera visita al PCP (las demás visitas se cubren en virtud del cargo global por maternidad)
Parto en el hospital	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Sala de cuidado de recién nacidos	Dentro de la red: Servicios preventivos cubiertos al 100%, exentos de deducible; se aplican participaciones en los costos adicionales para servicios que no son de rutina o cuando la duración de la internación supera el tiempo estándar para un parto normal. Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Servicios preventivos cubiertos al 100%, exentos de deducible; se aplican participaciones en los costos adicionales para servicios que no son de rutina o cuando la duración de la internación supera el tiempo estándar para un parto normal. Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Servicios preventivos cubiertos al 100%, exentos de deducible; se aplican participaciones en los costos adicionales para servicios que no son de rutina o cuando la duración de la internación supera el tiempo estándar para un parto normal. Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible

Cobertura médica (continuación)

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	PLAN BRONZE PLUS	PLAN SILVER	PLAN GOLD
Tratamiento alternativo			
Acupuntura	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Quiropráctica <i>Máximo anual de 20 visitas</i>	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Terapia Médica: máximo anual combinado de 60 visitas/días de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional			
Fisioterapia para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Terapia del habla para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible

Cobertura médica (continuación)

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	PLAN BRONZE PLUS	PLAN SILVER	PLAN GOLD
Tratamiento de salud mental y por abuso de sustancias			
Salud mental para pacientes hospitalizados	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Salud mental para pacientes ambulatorios	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Visita al consultorio: Usted paga \$30 por visita Visita al centro: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Visita al consultorio: Usted paga \$25 \$ por visita Visita al centro: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Pacientes hospitalizados por abuso de sustancias	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible
Pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Visita al consultorio: Usted paga \$30 por visita Visita al centro: 70% cubierto después del deducible Fuera de la red: 50% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Visita al consultorio: Usted paga \$25 \$ por visita Visita al centro: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 60% cubierto después del deducible

Beneficio de viaje médico

- Todos los empleados inscritos en un plan médico de Aramark son elegibles para un reembolso de hasta \$1,500 por ocurrencia para cualquier servicio médico cubierto si un proveedor dentro de la red no está disponible dentro de las 100 millas más cercanas a su residencia de origen.
- Según la regulación del IRS, el reembolso de alojamiento está limitado a \$50 la noche por paciente, hasta un máximo de \$100 por noche (incluido el acompañante).
- Para obtener más información, verificar si hay un proveedor dentro de la red dentro de las 100 millas o presentar un reclamo de reembolso, comuníquese con Quantum Health al **1-855-497-1241**.



Variaciones médicas

La información del plan que figura en las páginas anteriores no se aplica a UPMC, Geisinger y todos los planes Kaiser que tienen variaciones. **Si vive en Texas o Illinois, tiene una cuarta opción de plan médico además de los planes Bronze Plus, Silver y Gold descritos en esta guía.** Esta información tampoco corresponde a los planes médicos de SeniorLIFE+ o al plan Bronze Choice de Flowers Sanitation. Para obtener más información sobre su plan, consulte la información de contacto en la página 32. Para ver una comparación de los detalles de cada plan cuando se inscriba en línea, seleccione el enlace Medical Plan Comparison (Comparación de Planes Médicos) que se encuentra en la página de inicio.

Información resumida sobre los beneficios de salud

Para ayudarle a tomar una decisión informada, también debería revisar el Resumen de beneficios y cobertura (SBC). Los SBC resumen información importante acerca de las opciones de cobertura de su plan de salud en un formato estándar para ayudarle a compararlos. Estos SBC son exigidos por la ley de Reforma de la Atención Médica. Los SBC estarán disponibles cuando se inscriba para los beneficios médicos en el sitio web Benefits Enrollment. Además, hay una copia impresa disponible si la solicita, gratis, llamando al **1-855-528-BENE (2363)**.

Asistencia en idiomas para los SBC

- Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-528-BENE (2363)**.
- Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-855-528-BENE (2363)**.
- Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigoo holne' **1-855-528-BENE (2363)**.

Compañías de seguro que brindan cobertura médica/de medicamentos recetados

Puntos a considerar

Cuando esté tomando la decisión de cuál compañía de seguro elegir, use la herramienta **Medical Plan Comparison** (Comparación de Planes Médicos). Esta lo ayudará a evaluar cuáles compañías de seguro se adaptan más a sus necesidades. Como recordatorio, asegúrese de tomar en cuenta:

- Costo por cheque de pago
 - Cada compañía de seguro ofrecerá su propio precio para cada opción de cobertura. Al igual que cuando está comprando un pasaje en una aerolínea en un sitio web, podrá ver todos estos precios en un solo lugar. Eso le facilita ver cuál de las compañías de seguro tiene la mejor oferta para usted. Los beneficios de cada opción de cobertura pueden ser muy similares entre las compañías de seguro, pero puede haber algunas diferencias (por ejemplo, la cobertura de hospitalización o beneficios para tratamientos de infertilidad). Puede comparar los detalles cuando se inscriba en línea. O bien, llame a las compañías de seguro directamente (o comuníquese con Quantum Health para Aetna e IBC).
- Red

Si quiere seguir consultando a sus médicos actuales, elija una compañía de seguro cuya red incluya a sus proveedores preferidos (por ej., médicos, especialistas, hospitales). Para saber si su médico participa:

 - Antes de inscribirse, verifique en el sitio web de la compañía de seguro, o comuníquese directamente (o comuníquese con Quantum Health para Aetna e IBC) para verificar que sus proveedores están dentro de la red (los contactos aparecen en la página 32).

Importante: Aunque pueda conservar su compañía de seguro actual, la red de proveedores puede ser diferente y cambiar de un año a otro, así que *siempre* revise las redes de proveedores antes de tomar una decisión.
- Cobertura de medicamentos recetados
 - Si elige la cobertura con Aetna o IBC, su cobertura de medicamentos recetados será proporcionada por **Express Scripts (ESI)**. Recibirá una tarjeta de identificación (ID) por separado para la cobertura de medicamentos recetados de **ESI** si se inscribe nuevamente con Aetna o IBC. (Si actualmente está inscrito, conserve su tarjeta de **ESI**).
 - Si elige una cobertura que no sea de Aetna o IBC, su cobertura de medicamentos recetados continuará siendo administrada por la compañía de seguro.
 - Tiene que asegurarse de estar conforme con la forma en que ESI y su compañía de seguro médico cubrirán los medicamentos que necesiten usted y los miembros de su familia con cobertura. Para obtener más información, consulte la página 20.
- Apoyo al estilo de vida y bienestar
 - Quantum Health ofrece sus propios programas de entrenamiento y gestión de condiciones para los empleados que seleccionan los beneficios de salud de Aramark. Podrían incluir una línea de enfermería las 24 horas, asesoramiento de estilo de vida saludable, apoyo para el embarazo, transición de la atención, asistencia para encontrar un médico, asistencia con reclamos y más. Navegue ahora por los sitios para conocer las herramientas y otras consideraciones que puedan influenciar su decisión.



NOTA: ¿Está seleccionando Kaiser, Geisinger o UPMC? Sus planes podrían ser un tanto diferentes según la aseguradora médica que elija. Consulte la página 32 para conocer el sitio web de la aseguradora y la información de contacto.



Compañías de seguro que brindan cobertura médica/de medicamentos recetados (continuación)



Tarjetas de identificación (ID)

- Los participantes de Aetna e Independence Blue Cross recibirán una nueva tarjeta de identificación médica del administrador externo de su aseguradora (Aetna: Meritain; Independence Blue Cross: Independence Administrators) junto con Quantum Health.
- Si se inscribe nuevamente en la cobertura médica de Geisinger Health Plan, Kaiser (excepto California y Hawái) o UPMC, recibirá una nueva tarjeta de identificación médica de su compañía de seguro.
 - NO se emitirán nuevas tarjetas de identificación si usted ya está inscrito. Conserve su tarjeta.
- Tarjetas de recetas de ESI solo se envían por correo a los nuevos participantes. Conserve su tarjeta.
- Las tarjetas de identificación no se emiten ni se necesitan para planes dentales y de visión. Simplemente infórmele a su médico que tiene una cobertura de Delta Dental (Grupo de Plan n.º: 2497) o VSP (Grupo de Plan n.º: 12221565) a través de Aramark.

Prima para fumadores

Si se inscribe en alguno de los planes médicos de Aramark para 2025, debe responder las preguntas sobre tabaquismo en el sitio web Benefits Enrollment para usted y su cónyuge/pareja de hecho. Las primas para fumadores son mayores que para no fumadores; los fumadores pagan \$10 adicionales por persona (máximo adicional \$20 por semana para el empleado más el cónyuge). La prima más alta se aplica si usted indica su condición de fumador. Su respuesta a la pregunta sobre el hábito de fumar quedará vigente durante todo el 2025; no se puede cambiar hasta que se cierre la Inscripción anual. Sin embargo, puede evitar la prima participando en el programa para dejar de fumar que se describe a continuación. El aumento en la prima aparecerá en su factura como "ESMKPREM" (para el empleado) y "SSMKPREM" (para el cónyuge/pareja de hecho). Si corresponde, su certificación de estado de tabaquismo se trasladará de 2024 a 2025. Sin embargo, es importante que revise su elección en el caso de que sus circunstancias hayan cambiado.

Aramark considera a un fumador como alguien que ha usado cigarrillos, sistemas electrónicos de suministro de nicotina (ENDS), cigarros, pipas, tabaco masticable, productos de tabaco o cualquier forma de tabaco sin humo (es decir, "masticable") en los últimos 12 meses.



NOTA: Las primas se deducen antes de impuestos y en general no pueden cancelarse a mitad de año.

Consejo para una vida saludable

¡Deje de fumar hoy! Podemos ayudarlo. Si es fumador, le ofrecemos un programa voluntario de cesación de tabaco a través de la Sociedad Americana contra el Cáncer (American Cancer Society). No es obligatorio participar en el programa, pero recibirá las primas más bajas para no fumadores si completa. El programa ofrece asesoramiento y apoyo gratuito telefónico y terapias de reemplazo de nicotina (por ej., parches, goma de mascar, pastillas). Los medicamentos recetados (por ejemplo, Chantix, Zyban, Nicotrol Inhaler, spray nasal) se cubren bajo los términos de su compañía de seguro. Para obtener ayuda gratuita y confidencial, llame al **1-866-QUIT-4-LIFE (1-866-784-8454)** o bien visite el sitio web www.quitnow.net/Aramark.

¿Qué es la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998?

Si le han realizado o se va a realizar una mastectomía, tiene derecho a determinados beneficios garantizados en la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciban beneficios relacionados a una mastectomía, la cobertura se proveerá de una forma determinada en consulta con el médico tratante y la paciente para:

- todas las etapas de reconstrucción mamaria en la mama en la que se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- prótesis y
- tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, lo que incluye linfedemas.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en este plan.



Cobertura de medicamentos recetados

La elección de su compañía de seguro médico es importante

Express Scripts (ESI) es un administrador de beneficios farmacéuticos (PBM). ESI administrará los beneficios farmacéuticos de los empleados que se inscriban con Aetna o con Independence Blue Cross.

Un PBM brinda servicios administrativos para el procesamiento y análisis de reclamos de medicamentos recetados, contrata una red de farmacias, mantiene programas para asegurar el cumplimiento de los pacientes, y desarrolla y administra formularios y programas de autorización previa.



NOTA: Si se está inscribiendo en una compañía regional, como Kaiser, Geisinger o UPMC, comuníquese con la compañía. Consulte la información de contacto en la página 32.

Puntos a considerar

Si usted o un miembro de su familia toma medicamentos de forma regular, le recomendamos encarecidamente que revise su formulario en www.express-scripts.com/aramark.

A continuación, le ofrecemos una lista de preguntas que puede hacer:

- **¿Mi medicamento está incluido en el formulario?** Un formulario es una lista de medicamentos genéricos y de marca que están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) y que están cubiertos en virtud de su plan de medicamentos recetados. Si su medicamento no aparece en el formulario, pagará más por él.
- **¿Cuánto costará mi medicamento?** El costo de su medicamento recetado dependerá de cómo esté clasificado su medicamento por su Administrador de beneficios farmacéuticos (PBM): Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3. Cuanto más alto sea el nivel, más deberá pagar. Si bien los medicamentos genéricos cuestan menos la mayoría de las veces, las compañías de seguro pueden clasificar los medicamentos genéricos de mayor costo como medicamentos de Nivel 2 o 3, lo cual significa que pagará el precio del Nivel 2 o 3 por determinados medicamentos genéricos. También puede encontrar esta información en los sitios de las compañías de seguro (consulte la página 32).
- **¿Mi médico tendrá que proporcionar autorización previa antes de que puedan aprobar mi receta?** En algunos casos, su médico deberá dar su aprobación antes de que se pueda surtir su medicamento. Es posible que esto se aplique a medicamentos costosos.
- **¿Tendré un programa de terapia escalonada?** Si esto se aplica a uno de sus medicamentos, primero deberá intentar utilizar el medicamento más económico, usualmente el genérico. Solo se cubrirá un medicamento más costoso si el primer medicamento no es efectivo para el tratamiento de su afección.
- **¿Tendré que pagar más si elijo un medicamento de marca?** Tal vez. Algunos PBM exigirán que abone el copago del Nivel 2 o el coseguro más la diferencia de costo entre un medicamento de marca y un genérico si elige un medicamento de marca cuando uno genérico se encuentra disponible.
- **¿Mi medicamento se considera “preventivo” (está cubierto al 100%)?** La Ley de Atención Médica Asequible exige que determinados medicamentos de atención preventiva estén cubiertos al 100% cuando los surta dentro de la red, pero cada PBM determina qué medicamentos considera “preventivos”. Si un medicamento no se encuentra en la lista de medicamentos preventivos, deberá pagar su parte del costo.
- **¿Hay límites de cantidad?** Determinados medicamentos tienen límites de cantidad (por ejemplo, un suministro para 30 días) para reducir los costos y fomentar el uso adecuado.
- **¿Recibiré una tarjeta de identificación?** Si se inscribe en un plan médico con Aetna o Independence Blue Cross, recibirá una tarjeta de identificación y un kit de bienvenida de Express Scripts (ESI).
- **¿Es fácil acceder a las farmacias?** Cada PBM cuenta con una red de farmacias participantes.
- **¿Cómo puedo aprovechar el servicio de pedido por correo?** Necesitará una nueva receta del médico para 90 días. Además, debido a que el servicio de pedido por correo puede demorar algunas semanas en establecerse, es una buena idea pedirle a su médico una receta por 30 días para surtirla en una farmacia minorista mientras espera. Si su PBM es ESI, también puede obtener un suministro para 90 días en CVS o Walgreens.



Póngase en contacto con ESI

- Teléfono: **1-855-307-4586**
- Sitio web de preinscripción (consulte su formulario aquí): www.express-scripts.com/aramark
- Sitio web de inscripción posterior: www.express-scripts.com



Cobertura de medicamentos recetados (continuación)

Resumen de beneficios de medicamentos recetados

El nivel de cobertura que elija afectará su cobertura de medicamentos recetados. Vea cómo en la página anterior.

	PLAN BRONZE PLUS	PLAN SILVER	PLAN GOLD
Deducible anual por medicamentos recetados	Todos los medicamentos recetados (excepto los clasificados como preventivos) se encuentran sujetos al deducible médico anual (consulte la página 11).	Ninguno	Ninguno
Nivel 1 minorista: Opciones del menor costo (suministro de 30 días)	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 80% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Usted paga \$15 Fuera de la red: Usted paga \$15	Dentro de la red: Usted paga \$12 Fuera de la red: Usted paga \$12
Nivel 2 minorista: Opciones de costo moderado (suministro de 30 días)	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 80% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Usted paga \$50 Fuera de la red: Usted paga \$50	Dentro de la red: Usted paga \$40 Fuera de la red: Usted paga \$40
Nivel 3 minorista: Opciones de mayor costo (suministro de 30 días)	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: 80% cubierto después del deducible	Dentro de la red: Usted paga \$70 Fuera de la red: Usted paga \$70	Dentro de la red: Usted paga \$70 Fuera de la red: Usted paga \$70
Nivel 1 de servicio de pedido por correo: Opciones de menor costo (suministro de 90 días)	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Usted paga \$37.50 Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Usted paga \$30 Fuera de la red: Sin cobertura
Nivel 2 de servicio de pedido por correo: Opciones de costo moderado (suministro de 90 días)	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Usted paga \$125 Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Usted paga \$100 Fuera de la red: Sin cobertura
Nivel 3 de servicio de pedido por correo: Opciones de mayor costo (suministro de 90 días)	Dentro de la red: 80% cubierto después del deducible Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Usted paga \$175 Fuera de la red: Sin cobertura	Dentro de la red: Usted paga \$175 Fuera de la red: Sin cobertura



NOTA: Los copagos de medicamentos especializados reflejarán el canal donde se obtienen y deben obtenerse directamente de la farmacia especializada después de un surtido en una farmacia minorista. Los medicamentos especializados no están cubiertos fuera de la red.

Aviso sobre la cobertura acreditable de la Parte D de Medicare

El Aviso de la Parte D de Medicare de esta sección se aplica a los empleados de Aramark que actualmente son elegibles para Medicare o serán elegibles en los próximos 12 meses. Está relacionado con su cobertura de medicamentos recetados de Aramark y la cobertura de medicamentos recetados a través de Medicare. Léalo atentamente. Los puntos destacados de este aviso son:

- La cobertura de medicamentos recetados a través de Medicare está disponible para las personas elegibles para Medicare.
- La cobertura de medicamentos recetados de Aramark es una cobertura acreditable. Esto significa que Aramark le ofrece beneficios de medicamentos recetados a todos los planes de participación iguales o mejores que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Sus opciones de cobertura de medicamentos recetados

Si califica para los beneficios de medicamentos recetados de Medicare mientras tiene la cobertura de un plan médico de Aramark, tiene la opción de mantener su cobertura de medicamentos recetados existente a través de Aramark o inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

- Debido a que su cobertura existente es una cobertura acreditable, puede mantener la cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.
- Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y todos los años del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, sin culpa propia, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.
- Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Aramark no se verá afectada. Sin embargo, si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura actual de Aramark, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura siempre y cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad en el próximo período de inscripción anual o si tiene un evento de vida a mediados de año que lo haga elegible.



NOTA: Si está inscrito en la cobertura de medicamentos recetados de Aramark y también está inscrito en la Parte D de Medicare, usted debe presentar su tarjeta de medicamentos recetados de Aramark cuando surta recetas.

Tenga en cuenta que, como la cobertura de medicamentos recetados de Aramark reúne los requisitos de cobertura acreditable para la Seguridad Social, si después elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare durante el período de inscripción de Medicare para planes de medicamentos, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede hacerlo sin tener que pagar una prima mayor.

Sin embargo, si cancela su cobertura médica y de medicamentos recetados de Aramark y se queda sin cobertura acreditable durante 63 días continuos o más antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, podría estar sujeto a pagar primas más altas por la cobertura de Medicare.

Asistencia por ingresos limitados

Para las personas con ingresos y recursos limitados, existen ayudas adicionales para el pago de medicamentos recetados a través de Medicare. La información sobre estas ayudas adicionales está disponible en la Administración de la Seguridad Social.

Si desea obtener información sobre estas ayudas adicionales, consulte la información de contacto a continuación.

Para obtener más información sobre el Aviso de la Parte D de Medicare

Si necesita más información, comuníquese con:

- Administración de la Seguridad Social al **1-800-772-1213** o www.socialsecurity.gov
- Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o www.medicare.gov o
- Centro de Beneficios de Aramark al **1-855-528-BENE (2363)**.

Puede que reciba este aviso en otras ocasiones en el futuro, por ejemplo, cuando cambie la cobertura. También puede pedir una copia de este aviso llamando al Centro de Beneficios de Aramark.



Cuidados preventivos

La atención de salud preventiva está cubierta en un 100% dentro de la red

La buena atención de salud preventiva de hoy es una clave importante para la buena salud de mañana. Independientemente de su edad, género, línea de trabajo, o si está en excelente estado de salud o tiene una afección crónica, la atención de salud preventiva puede ayudarlo a evitar problemas de salud antes de que ocurran o minimizar las complicaciones de afecciones existentes.

Todos los planes Bronze Plus, Silver y Gold cubren la atención preventiva en un 100% dentro de la red.

Esto significa:

- sin copagos;
- sin deducibles; y
- sin coseguro.

¿Cuáles son los servicios de atención de salud preventiva que están cubiertos en un 100% dentro de la red?

Son servicios recomendados por autoridades nacionales reconocidas, como la Fuerza de Tarea de Servicios Preventivos de los EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force), el Comité Nacional Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration).

Para obtener una lista completa de los servicios de atención preventiva recomendados, llame a la compañía de seguro que administra su plan, o visite <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits>.

Algo a tener en cuenta sobre como su médico o proveedor le factura un servicio preventivo:

- Para que reciba cobertura del 100%, el proveedor de atención médica debe facturar a la aseguradora por el servicio como atención preventiva.
- Si el servicio se factura como tratamiento de una enfermedad o lesión, o para realizar un diagnóstico, usted será pasible de los copagos, deducibles y/o coseguros correspondientes.
- Si la atención preventiva no es el propósito primario de una consulta médica, usted pagará los copagos, deducibles y/o coseguros correspondientes para su plan.

Ejemplo n.º 1:

Se le realiza una mamografía. Si esta prueba es parte de su rutina anual de atención, se considera preventiva y la cobertura es del 100%. Si su médico le indica esta prueba porque le encontró un bulto que quiere investigar mejor, entonces se considera una prueba diagnóstica y es pasible de copagos, deducibles y/o coseguros correspondientes para su plan.

Ejemplo n.º 2:

Consulta al médico porque tiene una infección en el oído, pero también le realizan un control preventivo de la presión arterial en el consultorio. Deberá pagar los copagos, deducibles y/o coseguros correspondientes por su consulta, porque el propósito primario era ser tratado por una enfermedad.



Plan dental

Para ayudarlo a manejar los costos de la atención odontológica y a su vez promover la atención bucal, Aramark ofrece el Plan Delta Dental PPO Plus Premier, que es un programa administrado por Delta Dental y que tiene cobertura total.

El Plan Delta Dental PPO Plus Premier le ofrece la elección de utilizar el proveedor de servicios odontológicos que usted desee, pero los beneficios del plan son mayores si se atiende con los dentistas participantes. Para obtener una lista de los dentistas participantes, llame a Delta Dental al 1-800-932-0783 o visite www.deltadentalins.com. Busque proveedores bajo Delta Dental PPO (para mayores ahorros) y/o planes Delta Dental Premier® (para mayor acceso).



Resumen de los beneficios dentales

DESCRIPCIÓN	DENTISTAS PARTICIPANTES	DENTISTAS NO PARTICIPANTES*
Deducible por año calendario	\$25 por persona	\$50 por persona
Beneficio máximo por año calendario	\$1,800 por persona	
Cantidad pagada por el paciente	Las cantidades aplicables por deducibles, coseguros y por precios por encima de los máximos del plan	Las cantidades aplicables por deducibles, coseguros y por precios por encima de los máximos del plan y la diferencia del pago a Delta Dental y lo facturado por el dentista (ilimitado)
	Coseguro (el plan paga un %/usted paga un %):	
Servicios de diagnósticos (Sin deducible)	El plan paga el 100%	80% / 20%
Servicios preventivos (Sin deducible)	El plan paga el 100%	80% / 20%
Servicios básicos	80% / 20%	80% / 20%
Servicios mayores	50% / 50%	50% / 50%
Cirugía oral	80% / 20%	80% / 20%
Endodoncia	80% / 20%	80% / 20%
Periodoncia	80% / 20%	80% / 20%
Prostodoncia	50% / 50%	50% / 50%
Ortodoncia	El plan paga el 50% (\$2,500 máximo de por vida por persona). La cantidad que paga no se aplica hacia el deducible.	
Articulación témporo-maxilar	El plan paga el 50% (\$750 máximo de por vida por persona)	

*Sujeto al subsidio máximo del plan (MPA).



NOTA: No se otorgan ni se necesitan tarjetas de identificación para el plan dental. Para su referencia, el número del Grupo del Plan Dental es 2497.



Plan de visión

Si se inscribe en el plan de visión de Aramark ofrecido a través de VSP, es elegible para recibir beneficios de atención de la visión cada año calendario, que incluye examen ocular y anteojos o lentes de contacto. Además, hay descuentos disponibles en servicios y procedimientos como la cirugía láser para corregir la visión.

VSP también está ofreciendo una opción mejorada del Plan de visión, Vision Service Plan, Plus. Los afiliados pagarán una tarifa más alta para elegir uno de los siguientes: mayor subsidio para armazones, mayor subsidio para lentes de contacto, lentes totalmente progresivas, recubrimiento antirreflejo total o lentes de contacto totalmente adaptables a la luz/fotocromáticas. Los empleados que eligen el plan mejorado en la Inscripción anual pueden elegir su opción de actualización al momento del servicio. El costo se proporcionará en el sitio web Benefits Enrollment.

Puede ahorrar dinero si visita a los médicos de VSP en todo el país para todas sus necesidades de cuidados oculares de rutina. Y no hay formularios de reclamo para llenar.

Para obtener una lista de los médicos participantes en su área, llame a VSP al **1-800-877-7195** o visite www.vsp.com. Busque proveedores en su red visitando www.vsp.com/eye-doctor. También hay un menor reembolso para los servicios recibidos de médicos que no pertenezcan a VSP.

Además de los proveedores de consultorios privados en la red VSP, los socios afiliados de la cadena minorista de VSP tienen más de 1,000 tiendas para su comodidad. Estas tiendas incluyen Costco Optical, Visionworks, Wisconsin Vision, Heartland Vision y Rx Optical. Recibirá beneficios equivalentes en estas ubicaciones a los que se enumeran a continuación, salvo cuando se indique.

Resumen de beneficios médicos de Vision Service Plan, Core y Vision Service Plan, Plus

Este es un resumen. Consulte la Comparación del Plan de visión 2025 en el sitio web Benefits Enrollment para obtener más detalles.

BENEFICIO	COBERTURA/COPAGO CON EL MÉDICO DE LA RED DE VSP*
Deducible por año calendario	Ninguno
Cantidad pagada por el paciente	Todos los copagos aplicables y montos por encima del subsidio de la red del plan
Examen WellVision (anual)	El plan paga el 100% después del copago de \$10
Anteojos recetados (anuales)	
• Armazones	<ul style="list-style-type: none">\$150 para la mayoría de los armazones; \$170 por marcas destacadas20% de descuento en el monto sobre su subsidioSubsidio de \$80 de Costco
• Lentes	<ul style="list-style-type: none">Visión simple, lentes bifocales con línea y trifocales con líneaLentes resistentes a los impactos para niños dependientes
• Mejoras de lentes	<ul style="list-style-type: none">Lentes progresivas estándar: \$0Lentes progresivas premium: \$95-\$105Lentes progresivas personalizadas: \$150-\$175Ahorro promedio de 20-25% en otras mejoras de lentes
Lentes de contacto (anuales, en lugar de anteojos recetados)	<ul style="list-style-type: none">Subsidio de \$150 para lentes de contacto; no se aplica el copagoAjuste y evaluación de lentes de contacto: \$60

***Aproveche al máximo sus beneficios y mayores ahorros con un médico de la red VSP. Llame a Servicios para Miembros de VSP para obtener detalles del plan fuera de la red.**



NOTA: No se otorgan ni se necesitan tarjetas de identificación para el Plan de Visión. Para su referencia, el número de grupo de VSP es 12221565.



Plan de visión (continuación)

BENEFICIO	COBERTURA/COPAGO CON EL MÉDICO DE LA RED DE VSP*
Diabetic Eyecare Program™ (según sea necesario)	<ul style="list-style-type: none">• \$20 por examen• Consulte con su médico de VSP para obtener más detalles
Descuentos y ahorros adicionales	<p>Consulte la Comparación del Plan de visión 2025 en el sitio web Benefits Enrollment para obtener información sobre los descuentos en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anteojos y anteojos de sol: visite vsp.com/specialoffers para obtener más detalles.• Exámenes de rutina de la retina• Corrección de la visión con láser

*Aproveche al máximo sus beneficios y mayores ahorros con un médico de la red VSP. Llame a Servicios para Miembros de VSP para obtener más detalles del plan fuera de la red.



Ahorros y características adicionales de Vision Service Plan, Plus

Con VSP EasyOptions, cada miembro de su plan puede personalizar sus beneficios con facilidad. Elija una de estas actualizaciones al momento del servicio:

- un subsidio para armazones adicional de \$100, o
- lentes progresivas premium o personalizadas totalmente cubiertas, o
- lentes antirreflejo totalmente cubiertas, o
- lentes fotocromáticas totalmente cubiertas, o
- un subsidio adicional para lentes de contacto de \$50.

Cobertura por discapacidad

Discapacidad de corto plazo (STD)

Si es elegido, la cobertura de STD puede brindar apoyo financiero si no puede trabajar durante un período prolongado debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Después de no poder trabajar durante siete días calendario consecutivos, el plan de STD le proporcionará beneficios equivalentes al 60% de su pago básico semanal* durante el tiempo que permanezca certificado médicamente como discapacitado, hasta un máximo 26 semanas (incluido el período de espera de siete días). Los beneficios por lesiones laborales no están incluidos en la STD. Si fue contratado recientemente, hay un período de espera de elegibilidad de 90 días para STD. Los beneficios entran en vigencia el primero del mes siguiente a los 90 días de empleo.

Se ofrecerán a los empleados beneficios por discapacidad de corto plazo según lo determinado por sus respectivos acuerdos de negociación colectiva. Consulte el sitio web Benefits Enrollment para determinar los beneficios para los que usted es elegible.

Tenga en cuenta que los planes de STD y LTD incluyen una disposición de afección preexistente.

Esta provisión de preexistencia se revisará para cualquier afección médica si usted queda discapacitado durante sus primeros 12 meses de cobertura y su discapacidad se debe a la misma afección o a una afección relacionada por la que recibió tratamiento en el período de tres meses antes de que comenzara su cobertura. No se le pagarán beneficios por la afección para la que haya recibido tratamiento médico, consultas, atención o servicios, o para la que haya tomado medicamentos recetados o para la que se le hayan recetado medicamentos.

EXCEPCIÓN SOLO STD: La disposición de afección preexistente no se aplica a los reclamos por maternidad.



NOTA: Si la STD se ofrece en su ubicación y usted no se inscribió anteriormente, puede elegir esta cobertura en 2025.

Discapacidad de largo plazo (LTD) para empleados no asalariados

- El plan de discapacidad de largo plazo (LTD) ofrece una protección opcional del ingreso si usted queda médicamente discapacitado debido a una enfermedad o lesión y no puede trabajar durante más de 26 semanas. La cobertura del seguro de LTD es opcional y debe inscribirse si desea tener la cobertura.
- El costo de su cobertura del seguro de LTD se muestra en el sitio web Benefits Enrollment. Su monto de beneficios y su costo de la cobertura pueden cambiar durante el año para reflejar cambios en su pago.
- Los beneficios equivalen al 50% de su pago básico mensual elegible,* hasta un beneficio máximo de \$3,500 por mes, mientras permanezca certificado médicamente como discapacitado.
- Los beneficios de LTD se compensan con los beneficios que recibe de un plan de discapacidad del gobierno federal o estatal.
- Los beneficios de LTD son ingreso gravable y serán informados por New York Life y declarados en un formulario W-2.

Consulte la información de contacto en la página [32](#).

*El pago elegible puede incluir comisiones de servicios de refresco para los conductores en carretera.



NOTA: Si no se inscribe para la LTD cuando se vuelve elegible por primera vez, puede inscribirse durante los períodos de inscripción anual posteriores o en ocasión de un cambio elegible en su estado de vida. Se le pedirá que proporcione Evidencia de asegurabilidad a la aseguradora para su aprobación.

Licencia por maternidad

- Para calificar para el beneficio de licencia por maternidad, debe ser elegible y estar inscrita en el Plan de discapacidad de corto plazo.
- Aramark ofrece a las madres biológicas elegibles **seis semanas** de licencia por maternidad remunerada al 60% de su salario semanal, a partir de la fecha del parto.
- Sin período de espera o limitaciones de condiciones preexistentes.
- El pago del beneficio por maternidad comienza en la fecha de parto.
- Si desarrolla una complicación relacionada con el embarazo antes o después del embarazo que requiere que esté fuera del trabajo por más tiempo que el período de licencia por maternidad de seis semanas, puede ser elegible para una licencia adicional bajo el Plan STD de Aramark, sujeto al período de espera de 7 días calendario.

Licencia parental

- Aramark ofrece una licencia parental, que permite a los nuevos padres tomar una licencia remunerada para cuidar a sus hijos recién nacidos o recién adoptados.
- Los empleados elegibles recibirán un máximo de **dos semanas** (10 días hábiles) de licencia parental remunerada al 100% por el Nacimiento o la adopción dentro de un período de 12 meses.
- Los empleados son elegibles para el permiso parental después de 12 meses de servicio en Aramark y han cumplido con el requisito de 1,250 horas trabajadas.
- El beneficio de licencia parental es de dos semanas a partir del agotamiento del beneficio de STD, o dentro de los 12 meses siguientes al nacimiento o adopción del niño.



Cuenta de gastos flexible (FSA) para la atención médica

Las FSA ahora son administradas por HealthEquity. Vaya a www.healthequity.com/wageworks, seleccione **LOG IN/REGISTER** (INICIAR SESIÓN/ REGISTRARSE) y luego **Employee Registration** (Registro de empleados). Deberá responder algunas preguntas simples y crear un nombre de usuario y una contraseña. También recibirá por correo un paquete de bienvenida con su tarjeta de atención médica Visa® de HealthEquity®.

- Puede depositar un mínimo de \$50 hasta un máximo de \$3,300 (proyección 2024 para 2025) por año en una Cuenta de gastos flexible (FSA) para atención médica.
 - Puede usar este dinero antes de impuestos para pagar deducibles, copagos y algunos otros gastos en efectivo para la atención médica no cubiertos por la cobertura médica, dental o de visión que usted, su cónyuge o sus hijos tienen. Excepción: Si tiene una Cuenta de ahorros para la salud (HSA), su FSA para atención médica puede usarse solo para gastos no médicos, como gastos de la visión y dentales. Para ver una lista de los gastos elegibles y no elegibles, visite www.irs.gov/publications/p502.
 - Las contribuciones realizadas durante 2025 pueden utilizarse solo para pagar los gastos incurridos desde el 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.
 - Hay circunstancias muy limitadas en las que los gastos incurridos en nombre de una pareja de hecho o de un dependiente de una pareja de hecho son elegibles para reembolso en virtud de las reglas del IRS para las FSA.
- Tarjeta de atención médica Visa® de HealthEquity® La tarjeta de débito de HealthEquity está conectada a su FSA.
 - Úsela para pagar cualquier gasto médico, dental, de la visión y de farmacia que sea elegible.
 - Úsela para pagar por teléfono o a través de la red, o en cualquier proveedor o comerciante elegible que acepte Visa.
 - Compre solo en tiendas generales o farmacias que tengan un sistema de inventario aprobado por el IRS. Visite www.sigis.com para consultar la lista más actualizada de comerciantes aprobados. La tarjeta de atención médica no funcionará en un comerciante que no esté certificado.
 - No tendrá que pagar con efectivo, ni extender cheques ni presentar formularios de reclamo.
- De conformidad con la Reforma de la Atención Médica, los medicamentos de venta libre no son elegibles para el reembolso a través de una FSA para atención médica a menos que tenga una receta (no se aplica a la insulina sin receta). Para ver una lista de los artículos de venta libre elegibles y no elegibles, visite www.irs.gov/publications/p502.

Calcule y administre su dinero con cuidado

- Úselo o piérdalo: las FSA requieren que calcule su nivel de gasto promedio por anticipado. Asegúrese de calcularlo cuidadosamente, dado que, si lo calcula en exceso y no usa todo el dinero en su cuenta, el saldo se perderá. Debido a las reglas del Servicio de Impuestos Internos (IRS), perderá todo el dinero que no haya reclamado llegado el 31 de marzo de 2026 para cubrir los gastos incurridos desde el 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.
- Herramientas en línea: cuando esté participando en una FSA, puede dar seguimiento a su cuenta en línea en www.healthequity.com/wageworks.



NOTA: Si participó en una Cuenta de gastos flexible de Aramark para atención médica en 2024 y desea volver a hacerlo en 2025, debe reinscribirse e indicar la cantidad que desea aportar en 2025, aunque sea la misma cantidad que eligió en 2024.



Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Opción especial para los participantes del Plan médico Bronze Plus

Si se inscribe en el Plan Bronze Plus, sus deducciones de nómina serán las más bajas de todos los planes, pero su deducible y ciertos costos de bolsillo serán los más altos. Por eso, existe una opción especial para los inscritos en el Plan Bronze Plus: la Cuenta de ahorros para la salud (HSA). La HSA le permite hacer deducciones de nómina antes de impuestos adicionales y apartarlas en su cuenta HSA. Puede usar esos fondos para pagar gastos en efectivo por servicios médicos, dentales y de la visión, como sus deducibles, copagos y coseguros.

- Puede decidir durante la inscripción si inscribirse en una HSA o no, y cuánto dinero desea ahorrar.
- Puede cambiar el monto que ahorra en cualquier momento durante el año.
- Para 2025, puede ahorrar hasta \$4,300 si solo cubre usted mismo bajo el Plan Bronze Plus, o hasta \$8,550 si tiene además cobertura para otros miembros de su familia.
- Si tiene 55 años o más, puede haber una contribución adicional de \$1,000 por año.

Su dinero genera interés libre de impuestos y usted no paga impuestos cuando gasta dinero en gastos de atención médica elegibles.

Lo mejor de todo es que todo el dinero en la HSA que no use se traslada de un año a otro. Al igual que con una cuenta bancaria, usted es el dueño de su HSA, de modo que es suya y puede conservarla aun si más adelante cambia de plan médico, deja la empresa o se jubila.

Cómo usar su HSA

Hay dos maneras de usar su HSA:

1. **Use su tarjeta de débito HSA**, simplemente pásela por el lector cuando esté listo para pagar gastos médicos elegibles y los fondos se tomarán directamente de su cuenta. Solo asegúrese de tener dinero suficiente en su HSA para cubrir el gasto.
2. **Pague en efectivo**: si lo prefiere, puede pagar sus gastos por anticipado y obtener su propio reembolso por vía electrónica desde su HSA.

Puede encontrar una lista completa de gastos elegibles en www.irs.gov/publications/p502. Lleve registros cuidadosos de sus gastos, incluidos los recibos, en caso de que alguna vez deba proporcionar prueba de cómo se gastaron sus fondos de la HSA. Si usa dinero de su HSA para pagar gastos médicos no elegibles, pagará impuestos sobre ese dinero y un impuesto de multa de un 20% adicional si tiene menos de 65 años.

Después de inscribirse, recibirá una carta de bienvenida con el número de su cuenta HSA e instrucciones sobre cómo acceder a información adicional.

Opción de inversión de la HSA

Los empleados que mantengan un saldo mínimo de \$2,000 en su HSA tienen la opción de invertir sus fondos por encima de \$2,000 en una cuenta de inversión HealthEquity. La herramienta HealthEquity Advisor™ le ayuda a seleccionar fondos mutuos en función de sus preferencias de riesgo personales.

Para obtener más información sobre la cuenta de inversión HealthEquity Advisor™:

- Inicie sesión en www.my.healthequity.com
- Seleccione **Investments** (Inversiones) desde la pestaña **My Account** (Mi cuenta).
- Indique si desea recibir asesoramiento sobre inversiones a través de **Advisor™** o hacer su propia elección de inversión.

O llame al **1-866-346-5800**.

Importante: Los fondos en una HSA se mantienen en varias instituciones elegibles, como un banco asegurado federalmente, una cooperativa de crédito o una institución financiera similar como se detalla en el acuerdo de custodia y también en el estado de cuenta mensual del miembro.

Las inversiones en acciones a través de HealthEquity Advisors, LLC™ no están aseguradas por la FDIC, no tienen garantía bancaria y pueden perder valor.

Consulte con su asesor financiero y/o impositivo antes de tomar cualquier medida en una cuenta de inversión.



Cuenta de ahorros para la salud (HSA) (continuación)

What are the Differences Between an HSA and a Health Care FSA?

	CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)	CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA
¿Para qué participantes del plan?	Plan Bronze Plus solamente	Plan Silver, Plan Gold o Plan Bronze Plus (gastos dentales y de visión de alcance limitado únicamente para que pueda seguir siendo elegible para una HSA)
¿Para qué tipos de gastos?	Médicos/de farmacia, dentales, de visión	Médicos/de farmacia (si no se inscribió en una HSA en virtud del Plan Bronze Plus), dentales y de visión
¿Los fondos no utilizados se trasladan de un año a otro?	Sí	No, los reclamos deben presentarse antes del 31 de marzo del año siguiente.
¿Es usted propietario de la cuenta?	Sí, puede llevársela si cambia de plan médico o si deja la empresa.	No, los fondos no utilizados se pierden.
¿Contribución anual máxima?	\$4,300 para empleados solamente; \$8,550 si cubre a otros miembros de su familia*	\$3,300 (proyección 2024 para 2025)
¿Puedo cambiar mi contribución después de inscribirme?	Sí	No

*Si tiene 55 años o más, puede contribuir con \$1,000 adicionales.

Reglas especiales de la HSA

- Para ser elegible para contribuir a una HSA, debe inscribirse en un Plan Bronze Plus. Si está cubierto por otro plan médico, también debe ser un plan médico de deducible alto para poder ser elegible para una HSA. Por ejemplo, si además está inscrito en el plan de su cónyuge, ese plan debe ser un plan médico de deducible alto también. Y usted no puede estar cubierto por la FSA de atención médica de su cónyuge a menos que sea de alcance limitado.
- No puede contribuir a una HSA si:
 - Está inscrito en un plan médico de Medicare Parte A o B para veteranos.
 - Está declarado como dependiente en la devolución de impuestos federal de otra persona.
 - Usted o su cónyuge actualmente participan (o participaron anteriormente en el lapso del plan actual) en una Cuenta de gastos flexible de Atención Médica (FSA de Atención Médica) de propósito general (es decir, de alcance no limitado).
- Aunque puede inscribir a sus hijos de hasta 26 años en su cobertura médica, no siempre puede usar el dinero de su HSA para pagar por sus gastos de atención médica. Para los hijos de más de 18 años (o menores de 24 años si son estudiantes a tiempo completo), solo puede usar el dinero de la HSA para sus gastos si su hijo vive con usted durante más de seis meses al año, usted proporciona más de la mitad de su sustento y su hijo no es de ninguna otra manera no elegible para reembolsos libres de impuestos de la HSA.
- No puede tener una HSA y utilizar una FSA de atención médica de propósito general para gastos médicos al mismo tiempo. En esta situación, su FSA se considerará una FSA de atención médica de alcance limitado y podrá usarla solo para pagar gastos dentales y de la vista calificados. Recuerde que su HSA puede usarse para gastos médicos, dentales y de la visión. Si actualmente tiene dinero en una FSA para atención médica y desea contribuir a una HSA en el año del plan siguiente, use el dinero de la FSA para atención médica antes del 31 de diciembre.



Después de la inscripción

Imprima o guarde la confirmación de su elección. Cuando haya terminado de inscribirse, asegúrese de imprimir sus elecciones o guardarlas en su computadora. Para poder verlas más tarde, inicie sesión en el sitio **web Benefits Enrollment y vaya a Health & Insurance (Salud y seguros) > Current Elections (Elecciones actuales)**. Puede imprimirlas o guardarlas desde esta pantalla.



NOTA: Al presentar su inscripción en el sitio web Benefits Enrollment y en el portal de beneficios médicos, usted autoriza las deducciones de nómina aplicables para los programas/planes que requieren que haga una contribución para la cobertura, incluida cualquier prima relacionada con su condición de fumador y/o un cónyuge/pareja de hecho que trabaja (si corresponde).

En caso de que sus ingresos en cualquier período de pago no sean suficientes para cubrir todo el monto de las deducciones de las primas de seguro, usted autoriza a Aramark a deducir el resto de los montos de las primas de seguro pendientes de pago de los períodos de pago futuros hasta que se pague dicho saldo en su totalidad.

También acepta la divulgación de la información necesaria sobre su atención médica por parte de sus proveedores a las compañías de seguro en lo relativo a la administración y el procesamiento de cualquier reclamo. Asimismo, autoriza a Aramark a permitir a sus empleados comerciales y administradores de discapacidad a compartir la información relacionada con sus reclamaciones de beneficios o las de su(s) dependiente(s) para los fines de la administración de casos y análisis estadísticos, y a usar su información personal para fines de administración y de nómina.

Todos los datos se manejarán de acuerdo con las regulaciones federales y estatales para proteger la privacidad. Aramark no tendrá acceso directo a la información sobre los reclamos individuales, pero recibirá datos combinados sobre los reclamos de sus asociados comerciales y administradores de discapacidad.



Contactos clave

	CONTACTO	INFORMACIÓN
Salud y Bienestar	Coordinadores de Atención Quantum Health* Beneficios Médicos	Teléfono: 1-855-497-1241 Sitio Web: https://aramarktakecare.com
	Geisinger Beneficios Médicos	Teléfono: 1-800-447-4000 Sitio Web: https://www.geisinger.org/health-plan
	Kaiser Permanente Beneficios Médicos	Servicio para miembros (para miembros existentes y futuros): Teléfono: CA: 1-800-464-4000 CO: 1-303-338-3800 DC, MD, VA: 1-800-777-7902 GA: 1-888-865-5813 HI: 1-800-966-5955 NW (OR y Sur de WA): 1-800-813-2000 WA: 1-888-901-4636 Sitio Web (Región WA): https://wa.kaiserpermanente.org Sitio Web (Todas las demás regiones): www.kp.org
	UPMC Beneficios Médicos	Teléfono: 1-888-876-2756 Sitio Web: www.upmchealthplan.com
	Teladoc* Beneficios de telesalud	Teléfono: 1-800-835-2362 (o llame al Quantum Health al 1-855-497-1241) Sitio Web: www.teladoc.com
	Express Scripts* Beneficios de medicamentos recetados	Teléfono: 1-855-307-4586 Sitio Web: www.express-scripts.com/aramark : Sitio de preinscripción (consulte su formulario aquí) Sitio web de posinscripción: www.express-scripts.com
	Delta Dental Beneficios dentales	Teléfono: 1-800-932-0783 Sitio Web: www.deltadentalins.com
	Plan VSP Beneficios de la visión	Teléfono: 1-800-877-7195 Sitio Web: www.vsp.com
	Vision Savings Pass Beneficios de la visión	Teléfono: 1-800-877-7195 Sitio Web: www.vsp.com
	Programa de descuento para audífonos de VSP TruHearing Beneficios de los audífonos	Teléfono: 1-877-372-4040 Sitio Web: www.truhearing.com/vsp
	HealthEquity Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	Teléfono: 1-877-924-3967 Sitio Web: www.healthequity.com/wageworks
	HealthEquity Cuenta de Ahorros Para La Salud (HSA)	Teléfono: 1-877-924-3967 Sitio Web: www.healthequity.com/hsa
	Cigna Behavioral Health Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Teléfono: 1-888-636-6717 Sitio Web: http://my.cigna.com
	Livongo Programa de Control de la Diabetes	Teléfono: 1-800-945-4355 Sitio Web: go.livongo.com
Trabajo/Vida	Aramark Benefits Center Vida y Accidentes	Teléfono: 1-855-528-BENE (2363)
	Sedgwick Discapacidad a corto plazo/FMLA/licencia parental/ADAAA Alojamiento	Teléfono: 1-855-560-4048 Sitio Web: https://claimlookup.com
	New York Life Discapacidad de Largo Plazo	Teléfono: 1-800-362-4462
	Fidelity Investment Services Beneficios de jubilación	Teléfono: 1-877-236-9472 Sitio Web: www.401k.com
Otro	Mercer Beneficios Suplementarios	Teléfono: 1-800-642-5746 Sitio Web: www.aramarksupplementalplans.com
	Centro de Beneficios de Aramark Preguntas sobre la Inscripción en los Beneficios y las Deducciones de Nómina	Teléfono: 1-855-528-BENE (2363)
	Coordinadores de Atención Quantum Health* Preguntas sobre todas las demás necesidades de atención médica	Teléfono: 1-855-497-1241 Sitio Web: https://aramarktakecare.com

*Para los participantes de Aetna y de Independence Blue Cross. Los participantes de Kaiser, Geisinger y UPMC deben comunicarse directamente con su operador.

Este es un breve resumen del Programa de beneficios de Aramark para los empleados por hora y le servirá como Resumen de las modificaciones importantes (SMM). Esta guía describe ciertas características clave del programa, pero no proporciona información detallada. Aunque hemos realizado todos los esfuerzos posibles por asegurar la exactitud de la información de esta guía, si existe alguna discrepancia entre esta guía y los contratos y documentos de los planes oficiales, prevalecerán los contratos y documentos del plan. Además, esta guía no constituye ni implica un contrato de empleo, ni garantiza la continuación de este programa de beneficios. Aramark se reserva el derecho de cambiar, emendar o dar por terminados sus planes en cualquier momento, por cualquier motivo.



NOTA: Si vive en Texas o Illinois, tiene una cuarta opción de plan médico además de los planes Bronze Plus, Silver y Gold descritos en esta guía. Esta Guía de inscripción no se aplica a los empleados SeniorLIFE+ que no tienen gastos generales y no contiene detalles sobre el plan Bronze Choice para empleados de Flowers Sanitation. Consulte las guías de opciones del plan médico, las preguntas más frecuentes, las DPS y otra información en el sitio web de Inscripción en los beneficios para conocer sus planes específicos.

