



2024 Guía para la inscripción de beneficios

your Health, your Choice



Nombre del empleado:

Fecha de entrada en vigor del beneficio:

Fecha límite de inscripción:

Inscríbese en: www.benefitsolver.com

Para consultar las instrucciones para la inscripción, consulte la página 7

Para obtener información sobre la inscripción anual en el plan de salud en español, comuníquese con el departamento local de recursos humanos/beneficios.

Índice

Descripción general de los beneficios.....	3
Información de contacto de proveedores	4
Elegibilidad para recibir beneficios.....	5
Proceso y lineamientos de verificación de dependientes	6
»Glosario de términos médicos comunes	9
Comparación de planes médicos.....	10
»Resumen de beneficios del PPO	10
Recursos de UMR	17
Localizador de proveedores	18
»Regenexx.....	20
Programa de ayuda al empleado (EAP).....	22
Plan de farmacia.....	23
Suministros y equipo para diabéticos cubiertos en el plan de atención médica.....	25
Plan dental	27
Plan óptico	28
Aportaciones de los empleados para los servicios médicos/dentales/ópticos/de medicamentos recetados para 2024	29
»Iniciativa para el bienestar.....	30
Cuentas MyChoice (HSA, gastos flexibles y FSA para la atención de dependientes)	31
Planes de seguro de vida.....	35
Planes de discapacidad a corto y a largo plazo.....	37
Beneficios para el retiro 401(k).....	38
Cómo acceder a la cuenta 401k de Fidelity.....	42
Avisos legales obligatorios	43

El objetivo de esta guía es brindarle una descripción general amplia e información general sobre sus opciones de beneficios para 2024. Para conocer detalles sobre sus beneficios, consulte las descripciones resumidas de su plan (disponibles a través del Departamento de Recursos Humanos/Beneficios y en línea en www.benefitsolver.com). Hemos hecho todo lo posible por reseñar la información en esta guía de manera precisa, aunque no se incluyen todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones que se abordan en el documento del plan. Sin embargo, si hubiera alguna discrepancia entre esta guía y el documento del plan, este último tendrá preferencia. Esta guía no representa ninguna garantía de empleo ni la continuación de los beneficios. CRH Americas se reserva el derecho de suspender, cambiar o modificar estos beneficios en cualquier momento y por cualquier motivo a cualquier empleado activo, inactivo, retirado, incapacitado o despedido.

Para miembros sindicalizados: Su elegibilidad y participación en todos los planes de CRH Americas o parte de ellos depende de su contrato de negociación sindical específico. Su elegibilidad y participación en todos los planes de CRH Americas o en parte de ellos depende de su convenio laboral sindical específico.

En CRH Americas nos comprometemos a brindarles a nuestros empleados y a su familia un paquete de beneficios de calidad para ayudarlos a mantenerse sanos, sentirse seguros y procurar un equilibrio adecuado entre la vida laboral y la personal. Lo invitamos a leer y comprender las opciones disponibles de modo que pueda decidir lo que sea más adecuado para usted y su familia. Esta guía, junto con otros recursos disponibles, lo ayudará a comprender sus opciones. Le agradecemos su arduo trabajo y sus esfuerzos para mantener los costos del plan bajos al tomar buenas decisiones de atención médica. Las elecciones saludables que usted toma ahora contribuyen a disminuir los costos de la atención médica en el futuro.

Descripción general de los beneficios



Planes de atención médica

CRH Americas se enorgullece en ofrecer un paquete de atención médica para usted y su familia, que reúne los siguientes planes en una prima:

- » Médico (PPO y deducible alto)
- » Programa de ayuda al empleado (EAP)
- » Farmacia
- » Servicio dental
- » Servicio óptico



Cuentas de gastos

CRH Americas ofrece las siguientes cuentas de gastos antes de impuestos para ayudarle a pagar los gastos calificados por el IRS:

- » Cuenta de ahorros para gastos médicos (*Health Savings Account*, HSA)
- » Cuenta de gastos flexibles para el cuidado diurno de dependientes
- » Cuenta de gastos flexibles para atención médica (*Healthcare Flexible Spending Account*, HFSA)



Seguro de vida y discapacidad

CRH Americas ofrece protección para usted y su familia contra posibles pérdidas financieras devastadoras debido a enfermedad, lesión o pérdida de vida.

- » Seguro básico de vida/AD&D (pagado por la compañía).
- » Seguro voluntario de vida/AD&D para el empleado, cónyuge e hijos dependientes menores de 26 años.
- » Discapacidad a corto y a largo plazo (pagada por la compañía)
- » Permiso de paternidad: permiso con goce de sueldo para un evento como un nacimiento, adopción o colocación de un niño para adopción.



401(K)


CRH Americas ofrece la oportunidad de separar dinero para el futuro mediante la contribución a una cuenta de retiro.

- » Tradicional antes de impuestos
- » Roth después de impuestos

La compañía le brinda al empleador una aportación de contrapartida por parte del empleador de hasta el 5%.

Información de contacto de proveedores

Puede comunicarse con cualquiera de los proveedores de beneficios de CRH Americas si tiene preguntas específicas de los planes. Muchos de los sitios web proporcionan información útil y herramientas excelentes relacionadas con los beneficios.

Inscripción y elegibilidad	Reclamaciones de gastos médicos	Reclamaciones de fármacos recetados
		
888.437.4866 www.benefitsolver.com	800.826.9781 www.umar.com	800.378.0458 www.caremark.com
<ul style="list-style-type: none"> » Obtener ayuda para la inscripción de beneficios » Verificar la elegibilidad y la cobertura » Obtener cobertura y elección de un plan de beneficios » Obtener apoyo o resolver dudas sobre la ley COBRA » Preguntas sobre las cuentas MyChoice: <ul style="list-style-type: none"> » Cuenta de gastos flexibles (<i>Flexible Spending Account</i>, FSA) » Cuenta para el cuidado diurno de dependientes (<i>Dependent Day Care Account</i>, DCFSA) » Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) 	<ul style="list-style-type: none"> » Tarjetas de identificación médica y para recetas combinadas » Localizar un proveedor de atención médica » Certificación/autorización previa » Coordinación de los beneficios » Detalles acerca de reclamaciones de gastos médicos » Obtener una declaración de explicación de beneficios (<i>Explanation of Benefits</i>, EOB) » Ayuda con problemas con las reclamaciones de gastos médicos 	<ul style="list-style-type: none"> » Obtener una combinación con tarjeta médica » Encontrar una farmacia » Obtener un listado de fármacos recetados » Obtener información sobre el resurtido de una receta para 90 días con un minorista » Recibir un servicio de entrega a domicilio (pedido por correo postal) » Conocer su historial de fármacos recetados » Medicamentos de especialidad: CVS Specialty 866.846.3095 www.cvsspecialty.com
Reclamaciones de servicios dentales	Reclamaciones de servicios ópticos	Reclamaciones de seguro de vida/discapacidad/ausencia
		
800.521.2651 www.deltadentalins.com	866.723.0513 www.eyemedvisioncare.com	866.215.1720 www.unum.com
<ul style="list-style-type: none"> » Tarjetas de identificación para servicios dentales » Localizar un proveedor de atención dental » Detalles de la cobertura de servicios dentales » Conocer el estado de una reclamación de servicios dentales » Ayuda con problemas con las reclamaciones de gastos dentales 	<ul style="list-style-type: none"> » Tarjetas de identificación para servicios ópticos » Localizar un proveedor de atención óptica » Detalles de la cobertura de servicios ópticos » Conocer el estado de reclamaciones de servicios ópticos » Ayuda con problemas con las reclamaciones de gastos ópticos 	<ul style="list-style-type: none"> » Presentar una reclamación nueva de permiso de ausencia o discapacidad » Conocer el estado de seguro de vida y/o discapacidad » Comunicar horas de ausencia intermitentes » Solicitar documentos sobre portabilidad/conversación: 866.220.8460
Ayuda al empleado (<i>Employee Assistance, EAP</i>)	Teladoc	Plan para el retiro: 401k
		
866.248.4096 www.liveandworkwell.com	1.800.Teladoc www.teladoc.com	800.835.5095 www.401k.com
<ul style="list-style-type: none"> » Derivaciones confidenciales para distintos servicios: <ul style="list-style-type: none"> » Salud mental » Servicios jurídicos » Recuperación de identificación » Servicios financieros » Programa para dejar de fumar » Asesoramiento presencial 	<ul style="list-style-type: none"> » Atención primaria y de salud mental virtual » Visita por video con un médico para analizar afecciones médicas comunes, las 24 horas del día, los 7 días de la semana » Servicios de asesoría 	<ul style="list-style-type: none"> » Visualizar el estado de cuenta de su plan 401k » Actualizar la información del beneficiario » Elegir o cambiar el porcentaje de aplazamiento » Asignar las inversiones elegidas » Solicitar un préstamo de 401k

Elegibilidad para recibir beneficios

Empleados elegibles

Los empleados activos, de tiempo completo y no sindicalizados de CRH Americas que trabajen y reciban un ingreso en los Estados Unidos (o empleados sindicalizados elegibles para recibir estos beneficios de conformidad con un convenio laboral colectivo) son elegibles para participar en los programas de beneficios de la compañía.

- » Los empleados elegibles deben definirse como aquellos en un horario regular de tiempo completo y trabajar en promedio 30 horas por semana.
- » Los empleados nuevos son elegibles el primer día del mes después de sesenta (60) días de trabajo continuo.
- » Con el fin de cumplir con las disposiciones del empleador de la Ley para la Atención Médica a Bajo Precio, CRH Americas ofrecerá una cobertura de seguro médico en 2024 a los empleados que trabajen por hora que con anterioridad no eran elegibles si trabajaron en promedio 30 horas por semana durante el período de medición de 2023.
- » Los cónyuges/dependientes elegibles que trabajen para CRH Americas pueden inscribirse como participantes o recibir cobertura como dependientes inscritos (cónyuge o hijo) del otro, pero no ambos.

Si ya no son elegibles o dejan de trabajar en CRH Americas, la cobertura de estos planes finalizará el último día del mes del cambio de clasificación y/o finalización de la relación laboral.

Empleados recontratados

- » Si la interrupción del empleo dura 30 días o menos, la cobertura se reanuda con las mismas elecciones y sin cese de la cobertura como si nunca se hubiera interrumpido el empleo.
- » Si la interrupción del empleo dura entre 31 y 180 días, el empleado será elegible para la cobertura a partir del 1.º día del mes posterior a la fecha de la recontratación. El empleado debe hacer una elección activa para obtener cobertura.
- » Si la interrupción del empleo dura más de 180 días, se aplicará la elegibilidad de empleo nuevo y la cobertura entrará en vigor el 1.º día del mes posterior a los sesenta (60) días del empleo. El empleado debe hacer una elección activa para obtener cobertura.
- » Si no se cumplió con la elegibilidad inicial y hay una interrupción en el empleo, el tiempo transcurrido desde la fecha de contratación inicial se considerará para la elegibilidad.

Dependientes elegibles

- » Su cónyuge legal.
- » Hijos, hijastros, hijos adoptivos o cualquier otro niño que mantenga hasta el final del mes en que cumplan 26 años, independientemente de que estén estudiando.
- » Dependientes con discapacidad total y permanente antes de los 19 años de edad y sujetos a verificación.

NOTA: Las parejas de hecho y las uniones libres NO son elegibles y quedan excluidas del plan.

Evento calificado

Los beneficios que elija permanecerán vigentes hasta el 31 de diciembre de 2024 debido a que las normas del IRS no permiten cambios en los beneficios durante el año del plan a menos que tenga un evento calificado (cambio en la familia o el estado de empleo). **Debe presentar el evento calificado y la documentación requerida en Benefitsolver dentro de los 60 días de la fecha del evento.**

Algunos tipos de eventos calificados son los siguientes:

- » Cambio de estado civil (matrimonio, divorcio).
- » Cambio en la cantidad de dependientes (nacimiento de un hijo, adopción).
- » Fallecimiento (dependiente legal).
- » Cambio en el empleo que tenga como resultado la pérdida de beneficios.
- » Pérdida de la cobertura.
- » Obtención de otra cobertura.
- » Inscripción especial de acuerdo con la HIPAA, juicio o decreto jurídico.
- » Inscripción en Medicare o Medicaid o pérdida de la cobertura.

Nota: Los recién nacidos están cubiertos durante los primeros 30 días después del nacimiento, pero NO se agregan de manera automática. Usted debe inscribir a los recién nacidos dentro de un lapso de 60 días después del nacimiento.

Cambios en las elecciones

Es su responsabilidad notificar a CRH Americas en caso de algún evento en la situación familiar tan pronto sea posible y dentro del plazo especificado. Si no realiza la notificación dentro de 60 días, no se le permitirá hacer un cambio de beneficio hasta la siguiente inscripción abierta anual debido a las normas del IRS. Debe visitar el sitio web www.benefitsolver.com o llamar a la línea de ayuda de beneficios de CRH Americas al 888.437.4866 para realizar el cambio y proporcionar la documentación solicitada con la evidencia del evento. Para agregar un dependiente, es posible que se deba realizar una verificación de dependientes. Eliminar un dependiente puede tener como resultado un evento calificado según la ley COBRA. Es posible que sea necesario presentar documentación adicional.

Inscripción abierta anual

Existe un período una vez al año en otoño, a mediados de octubre y noviembre, en el que los empleados pueden agregar, eliminar o modificar sus elecciones de beneficios para el plan del año siguiente.

Proceso y lineamientos de verificación de dependientes

Los empleados deberán verificar y agregar dependientes a los beneficios.

Es muy **importante** que inscriba únicamente a dependientes elegibles en el plan de atención médica de CRH Americas. **Al inscribirse inicialmente en beneficios como empleado nuevo o al inscribir a un dependiente nuevo, lo que incluye durante la inscripción abierta**, se le pedirá que entregue documentación para verificar la elegibilidad de su dependiente. En caso de que no entregue la documentación apropiada, su dependiente no recibirá cobertura del plan de atención médica de CRH Americas.

Recibirá una carta de Businessolver en la que se solicita la verificación de la elegibilidad de su dependiente. Debe proporcionar la documentación solicitada. Esta carta también está disponible en sus documentos personales en **www.benefitsolver.com**. Algunos ejemplos de la documentación requerida incluyen:

Cónyuge

- » Fotocopia de un acta de matrimonio oficial.

Hijo

- » Fotocopia del acta de nacimiento o registro de nacimiento del hospital (el registro de nacimiento del hospital debe mostrar su nombre o el nombre de su cónyuge inscrito como progenitor del hijo y estar firmada por un administrador del hospital o un médico del personal).
- » Certificado de adopción o asignación judicial de tutela firmada y/o sellada por un miembro del tribunal.
- » Si su cónyuge no está inscrito y su nombre aparece en el acta de nacimiento o en el registro de nacimiento del hospital y su nombre no está en la lista, también debe proporcionar una copia de su acta de matrimonio para establecer la relación del niño con el empleado.
- » Al agregar a algún dependiente, tenga a la mano su número de seguro social y fecha de nacimiento.

Devuelva la documentación requerida a:

Escanee y suba los documentos: Inicie sesión en www.benefitsolver.com. La documentación escaneada y transferida se procesa de manera más eficiente. Si olvidó su contraseña, seleccione el enlace "Forgot My Password" (olvidé mi contraseña). **La clave de la compañía es: OLDCASTLE.**

Visite su centro personal de mensajes ubicado en la parte superior de la página de inicio.

Vea el mensaje "Action Required Regarding Your Qualifying Life Event Change" (acción requerida en relación con su cambio de evento calificado).

Escanee y suba la documentación requerida en el mensaje seleccionando la opción "upload document" (subir documento).

Correo electrónico: dv@businessolver.com

Fax: **877.769.8799**

CRH Americas
c/o Businessolver
P.O. Box 310552
Des Moines. IA 50331

ES NECESARIO PRESENTAR LOS DOCUMENTOS A TIEMPO.

- » No envíe documentos originales, ya que no se devolverán.
- » La verificación se **DEBE** entregar antes de la fecha límite o sus dependientes **NO** tendrán cobertura.

Solicitud de número de seguro social del dependiente

Solicitud de números de seguro social de conformidad con la sección 6055 de la PPACA para el año de cobertura 2024

De conformidad con la sección 6055 de la Ley de protección del paciente y cuidado accesible, debemos presentar una declaración informativa ante el IRS, que identifica en parte a las personas a las que les proporcionamos cobertura esencial mínima (*Minimum Essential Coverage*, MEC). Esta información les ayudará a usted y al IRS a establecer que todas las personas identificadas hayan cumplido con sus obligaciones, de conformidad con el mandato individual para mantener la MEC y, por lo tanto, no están sujetas a penalización alguna.

Revise la información de los dependientes durante el proceso de inscripción abierta y proporcione cualquier número de seguro social (*Social Security Number*, SSN) faltante de los dependientes cubiertos actualmente. Se le indicará que ingrese los SSN de los dependientes nuevos agregados durante el proceso de inscripción abierta.

Cómo inscribirse en sus beneficios

Se requiere tomar acción para inscribirse, cambiar la cobertura o renunciar a ella.



► INICIE SESIÓN en línea

Visite www.benefitsolver.com e inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña.

Usuarios que inician sesión por primera vez: **Registre** su nombre de usuario y contraseña y responda algunas preguntas de seguridad. La clave de la empresa que distingue entre mayúsculas y minúsculas es **OLDCASTLE**. Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña nuevos.

Haga clic en el enlace **Forgot your username or password?** (¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?) para restablecer su información de inicio de sesión.

► EXPLORE SUS OPCIONES

Explore el sitio para conocer sus beneficios. Encontrará mucha información útil en **Reference Center** (centro de referencia).

El calendario en la parte superior de la página de **Inicio** le permite saber en cuántos días más debe inscribirse.

► COMIENCE LA INSCRIPCIÓN

Haga clic en el botón **Start Here** (comience aquí) para revisar su información personal y agregar o editar a cualquier dependiente para quien quiera adquirir cobertura.

Tendrá que proporcionar el nombre legal, número de seguro social y fecha de nacimiento de cada dependiente para agregarlo a su cobertura.*

*Se le pedirá que entregue documentación para comprobar su relación con cada dependiente.

FORMAS DE INSCRIBIRSE A LA COBERTURA

► Plataforma de recomendaciones MyChoice

Responda algunas sencillas preguntas para recibir una recomendación de beneficios personalizada. Nunca se revelan sus respuestas.

Explore por su cuenta

Use los botones **Next** (siguiente) y **Back** (regresar) para revisar y elegir las opciones disponibles para usted. Elija o rechace cada opción de cobertura y seleccione a los integrantes de su familia a quienes quiera otorgar cobertura.

► REVISE Y FINALICE SUS OPCIONES ELEGIDAS

Asegúrese de que su información personal, sus elecciones, dependientes y beneficiarios sean correctos. Después, apruebe sus opciones.

Para terminar, haga clic en **I Agree** (estoy de acuerdo). Una vez completada su inscripción, recibirá un número de confirmación y podrá imprimir su **resumen de beneficios** para sus registros.

► ESCANEE E INSCRÍBASE

Inscríbase en sus beneficios desde su dispositivo móvil. Visite <https://benefitsolver.com> o simplemente escanee el código QR y elija sus opciones.



¿Tiene alguna pregunta? 888-437-4866
Lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.,
hora estándar del centro
www.benefitsolver.com
Clave de la compañía: OLDCASTLE

OBTENGA LA APLICACIÓN MÓVIL MYCHOICE

1. Visite www.benefitsolver.com e inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña.
2. Haga clic en el botón **Get Access Code** (obtener código de acceso) para recibir un enlace mediante mensaje de texto en su dispositivo para instalar la aplicación móvil MyChoice de manera fácil. Seleccione el sistema operativo del dispositivo (iOS para Apple o Android) y escriba su número de teléfono con el código de área para recibir un enlace mediante mensaje de texto directamente al teléfono para descargar la aplicación móvil.
3. Utilice el código de acceso de 6 dígitos para activar la aplicación móvil en el dispositivo. Responda las preguntas de seguridad y proporcione autenticación de múltiples factores.

USUARIOS QUE INICIAN SESIÓN POR PRIMERA VEZ

Registre su nombre de usuario y contraseña y conteste algunas preguntas de seguridad. La clave de la empresa que distingue entre mayúsculas y minúsculas es **OLDCASTLE**. Inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña nuevos.

COMIENCE LA INSCRIPCIÓN

La sección **New Tasks** (tareas nuevas) le notificará cuando se encuentre disponible la oportunidad de inscripción. Haga clic en ella para empezar.

Haga clic en el botón **Start Enrollment** (iniciar inscripción) para ingresar y revisar su información personal y agregar o editar a cualquier dependiente para quien quiera adquirir cobertura.

Si va a agregar dependientes a la cobertura, deberá proporcionar el nombre legal, el número de seguro social y la fecha de nacimiento de cada uno de los dependientes.*

*Se le pedirá que entregue documentación para comprobar su relación con cada dependiente.

2 FORMAS DE INSCRIBIRSE A LA COBERTURA MEDIANTE LA APLICACIÓN

Plataforma de recomendaciones MyChoice

Responda algunas sencillas preguntas para recibir una recomendación de beneficios personalizada. Nunca se revelan sus respuestas.

Explore por su cuenta

Use los botones **Next** y **Back** para revisar y elegir las opciones disponibles para usted. Revise los documentos del plan y utilice las herramientas **Compare** (comparar) y **Plan Details** (detalles del plan) para visualizar los detalles y costos de las opciones a su disposición. Elija o rechace cada elección de cobertura y seleccione a los integrantes de su familia a quienes quiera otorgar cobertura.

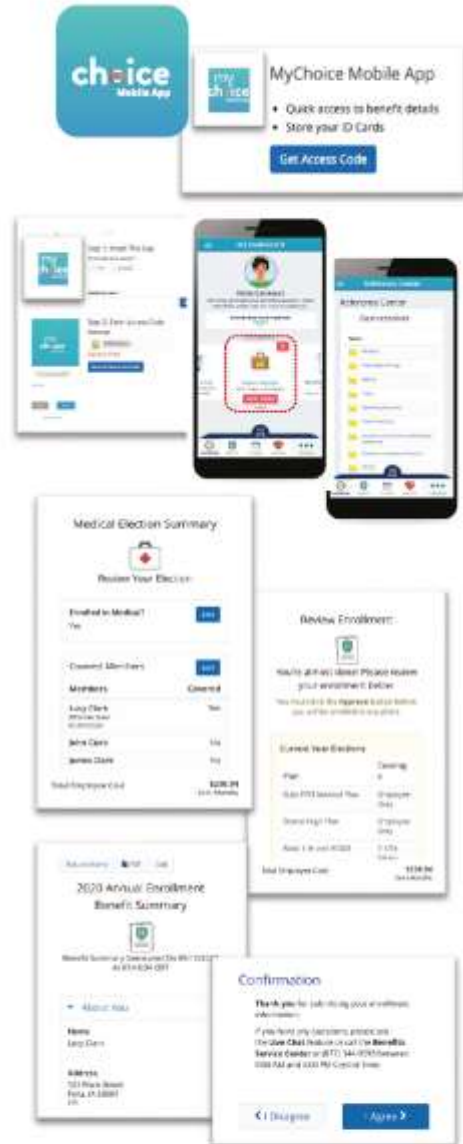
REVISE Y FINALICE SUS OPCIONES ELEGIDAS

Asegúrese de que su información personal, sus elecciones, dependientes y beneficiarios sean correctos. Después, **apruebe** sus opciones.

Para terminar, haga clic en **I Agree**. Una vez completada su inscripción, recibirá un número de confirmación y podrá imprimir su **resumen de beneficios**.

DESPUÉS DE QUE SE INSCRIBA

Regrese a **Dashboard** (tablero) para revisar cualquier tarea adicional que necesite para finalizar su inscripción.



¿Tiene alguna pregunta? 888-437-4866

Lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.

www.benefitsolver.com

Clave de la compañía: OLDCASTLE



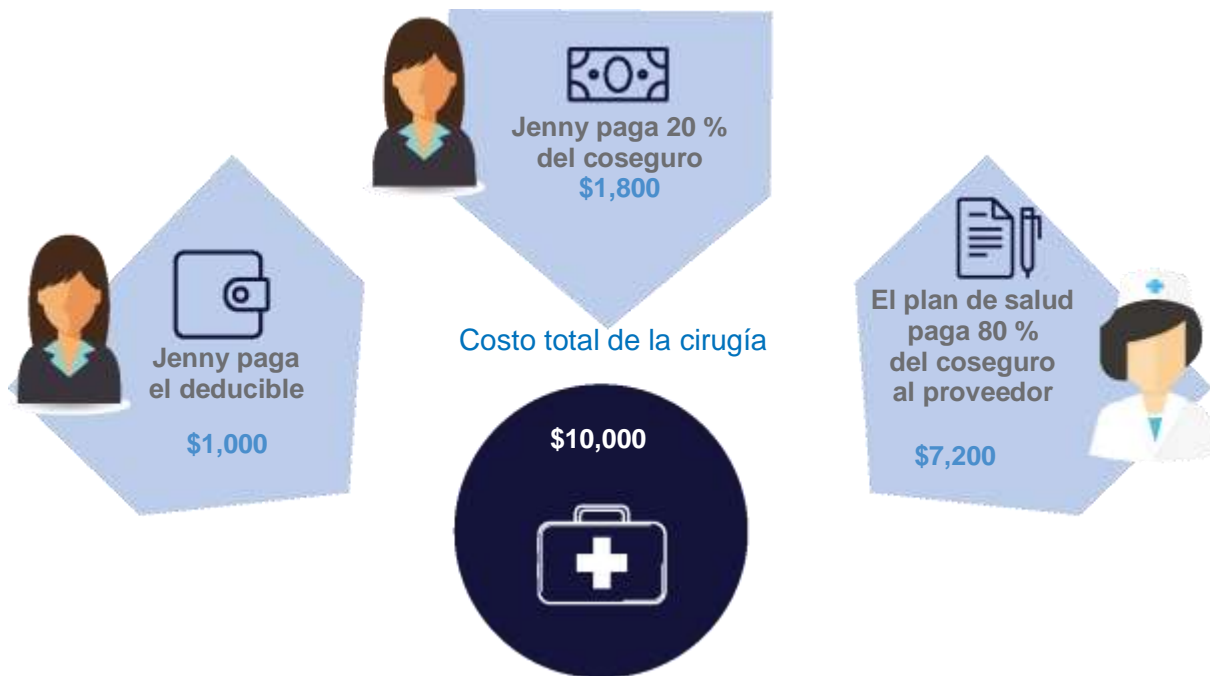
*Instrucciones para el código de acceso de SSO: Primero, ingrese a su cuenta en el portal de beneficios y haga clic en el botón **Get Access Code** en la sección de la aplicación móvil MyChoice de la página de inicio. La página se abrirá y mostrará un código de acceso. Cuando se lo solicite, ingrese este código en la aplicación móvil MyChoice.

Glosario de términos médicos comunes

<p>Monto permitido</p> <p>Monto máximo en el que se basa el pago para los servicios de atención médica cubiertos. Se le puede llamar “gasto elegible”, “subsidio de pago” o “tarifa negociada”. Si el proveedor cobra más del monto permitido, es posible que usted tenga que pagar la diferencia.</p>	<p>Listado de fármacos</p> <p>Lista de fármacos recetados cubiertos. Incluye fármacos genéricos, de marca y de especialidad, así como los fármacos preferenciales que, cuando se seleccionan, pueden disminuir los costos directos. El listado de fármacos está sujeto a cambios en cualquier momento.</p>
<p>Coseguro</p> <p>La parte que usted debe cubrir de los costos de un servicio de atención médica cubierto se calcula en forma de porcentaje (por ejemplo, 20 %) del monto permitido del servicio. Usted deberá pagar el coseguro más los deducibles que deba. Por ejemplo, si el monto permitido del seguro o plan médico para una visita al consultorio es de \$100 y usted ya alcanzó el monto del deducible, el pago del coseguro del 20 % sería de \$20. La compañía de seguro o el plan médico cubrirá el resto del monto permitido.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Centros y proveedores que la compañía de seguro o del plan médico contrató para brindar servicios de atención médica.</p>
<p>Copago</p> <p>Monto fijo (por ejemplo, \$25) que debe pagar por un servicio de atención médica cubierto, por lo general cuando lo reciba. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Centros y proveedores que la compañía de seguro o del plan médico no contrató para brindar servicios de atención médica.</p>
<p>Deducible</p> <p>Monto que debe pagar por los servicios de atención médica que su compañía o plan de salud cubra antes de que este comience a cubrirlos. Por ejemplo, si su deducible es de \$800, su plan no pagará nada hasta que usted haya alcanzado ese monto para los servicios de atención médica cubiertos que estén sujetos al pago del deducible. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.</p>	<p>Límite de gastos directos</p> <p>Monto máximo que deberá pagar durante la vigencia de una póliza, generalmente un año, antes de que su compañía de seguro o plan médico comience a pagar el 100 % del monto permitido. Este límite nunca incluye las primas, los cargos de facturación del saldo, penalizaciones por incumplimiento y servicios de atención médica que este plan no cubra.</p>
	<p>Médico de cabecera</p> <p>Médico (M.D. [licenciado en medicina] o D.O. [médico osteopático]) que presta directamente distintos servicios de atención médica para un paciente o que los coordina.</p>
	<p>Atención de urgencia</p> <p>Atención para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero que no lo es tanto como para requerir atención en una sala de urgencias.</p>

A continuación, podrá ver un ejemplo de la vida real de algunos de los términos médicos antes mencionados. Jenny se encuentra en el plan de cobertura médica PPO y necesita una cirugía. El costo total de la cirugía es de \$10,000. A continuación se encuentra una explicación sobre cómo es que el plan pagaría.

Monto máximo de gastos directos: Jenny pagó \$2,800 del monto máximo de \$6,000



Resumen de beneficios del PPO y HDHP de CRH Americas para 2024

El plan de CRH proporciona beneficios dentro y fuera de la red. Los beneficios dentro de la red se proporcionan a través de la **red Choice Plus** con UMR. Al utilizar un proveedor preferente, se le asegura recibir los beneficios máximos disponibles. Encuentre los proveedores de la red en **Find a Doctor** en UMR.com.

Las opciones médicas de CRH de un PPO o HDHP con HSA brindan opciones para los empleados sobre los pagos de beneficios. Las siguientes tablas muestran los montos que debería pagar.

NOTA: El coseguro se muestra como responsabilidad del miembro/del plan.

Disposiciones del plan	PPO dentro de la red	PPO fuera de la red	HDHP dentro de la red	HDHP fuera de la red
Deducible por año calendario*	\$1,000 persona; \$3,000 familia	\$2,000 persona; \$6,000 familia	\$3,200 persona; \$6,400 familia	\$6,400 persona; \$12,800 familia
Monto máximo de gastos directos por año calendario (incluye el deducible, los copagos y el coseguro)	\$6,000 persona; \$12,000 familia	Ilimitado	\$6,500 persona; \$13,000 familia	Ilimitado
Aportación de CRH Americas a la HSA	N/C		Empleado: \$500 Empleado más 1 persona: \$750 Empleado más 2 personas o más: \$1,000 Familia: \$1,000	
Límite vitalicio por participante	Ilimitado		Ilimitado	
Servicios de hospitalización Penalización por no presentar una certificación previa	20 %/80 % de \$250	40 %/60 % de \$250	20 %/80 % de \$250	40 %/60 % de \$250

SALA DE URGENCIAS/SALA DE TRATAMIENTO (accidente y situación de urgencia médica en un plazo de 48 horas)

Cargos por uso de las instalaciones	El plan paga 80 % después del copago del miembro de \$150; exento de deducible	20 %/80 %
Honorarios médicos		20 %/80 %
Atención de urgencia	Copago de \$25	20 %/80 %

SITUACIONES QUE NO SON DE URGENCIA

Cargos por uso de las instalaciones	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Honorarios médicos	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %

SERVICIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS

Visita al consultorio	Copago de \$25 por PCP; copago de \$40 por especialista	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Visita en línea mediante Teladoc Health	Copago de \$10 por médico, terapeuta o psicólogo	N/C	20 %/80 %	N/C
Servicios médico-quirúrgicos hospitalarios	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Servicios médico-quirúrgicos ambulatorios	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Servicios quirúrgicos ambulatorios en la institución	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Terapia de infusión a domicilio	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Fertilización <i>in vitro</i>	No cubiertos		No cubiertos	

*Si está inscrito en la opción de *familia*, su plan contiene dos (2) componentes: un *deducible por persona* y un *deducible por familia*. Tener dos (2) componentes del *deducible* le permite a cada integrante de la *familia* tener la oportunidad de que el *plan* cubra los gastos médicos antes de que se cubra la cantidad total del *deducible por familia* en dólares. El *deducible por persona* está incluido en el *deducible por familia*.

Si usted, su cónyuge y su hijo están inscritos en un plan de *familia* con un *deducible por familia* incluido de \$3,000 y si el *deducible por persona* es de \$1,000 y su hijo *tiene* gastos médicos que sumen \$1,000, su deducible está cubierto y el *plan* ayudará a pagar las facturas médicas posteriores de ese hijo durante el resto del *año calendario*, incluso si no se cubre el *deducible por familia* de \$3,000.

Resumen de beneficios del PPO de CRH Americas para 2024 (cont.)

Disposiciones del plan	PPO dentro de la red	PPO fuera de la red	HDHP dentro de la red	HDHP fuera de la red
Atención quiropráctica en consultorio 20 visitas por año calendario (combinados dentro y fuera de la red)	Copago de \$25	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla 30 visitas por año calendario (combinados dentro/fuera de la red) Certificación previa requerida después de 18 visitas	Copago de \$25	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO, DE RADIOGRAFÍAS Y DE LABORATORIO				
En consultorio	Copago de \$25 por PCP Copago de \$40 por especialistas	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Atención ambulatoria	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Servicios de laboratorio o radiografías independientes	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
ATENCIÓN PREVENTIVA				
Exploraciones físicas de rutina/puericultura/mamografías/estudios colorrectales/densidad ósea/antígeno prostático específico/prueba de Papanicolaou/nivel de colesterol	0 %/100 %*	No cubiertos	0 %/100 %*	No cubiertos
Ginecología/obstetricia e inmunizaciones	0 %/100 %*	40 %/60 %	0 %/100 %*	40 %/60 %
SERVICIOS DE ATENCIÓN PROLONGADA				
Atención médica domiciliaria 120 visitas por año calendario	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Centro especializado de enfermería 120 días como máximo por año calendario	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Centro de atención paliativa Los beneficios que se utilizan dentro o fuera de la red se toman en cuenta para cubrir ambos montos máximos.	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %

Disposiciones del plan	PPO dentro de la red	PPO fuera de la red	HDHP dentro de la red	HDHP fuera de la red
SALUD MENTAL (MENTAL HEALTH, MH)/DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS QUÍMICAS				
Servicios de hospitalización				
Servicios hospitalarios (instalaciones)	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Servicios del médico	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Servicios ambulatorios				
Servicios realizados en el consultorio del médico (no quirúrgicos)	Copago de \$25	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Sala de urgencias/sala de tratamiento/cargos por uso de las instalaciones	100 % después del copago de \$150	100 % después del copago de \$150	20 %/80 %	40 %/60 %
Proveedor profesional	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %

Disposiciones del plan	PPO	HDHP		
FÁRMACOS RECETADOS				
		Mínimo	% de coseguro del miembro	Máximo
Monto máximo de gastos directos por receta por año calendario	\$3,450 persona/\$6,900 familia por año calendario	N/C		
Venta al por menor				
Genérico	Copago de \$10	\$5	N/C	\$5
Marca preferencial	Copago de \$35	\$15	25 %	\$50
Marca no preferencial	Copago de \$70	\$30	50 %	\$125
Especialidad	Coseguro del 30 %	N/C		
Servicio por correo/venta al público por 90 días				
Genérico	Copago de \$25	\$10	N/C	\$10
Marca preferencial	Copago de \$87.50	\$30	25 %	\$100
Marca no preferencial	Copago de \$175	\$60	50 %	\$250

*Renuncia de deducible

Certificación/autorización previa

Algunos procedimientos que requieren una certificación previa incluyen (entre otros) hospitalizaciones, cirugías ambulatorias y que requieren hospitalización, equipo médico de uso prolongado, trasplantes, obtención de imágenes avanzadas para pacientes ambulatorios. Puede consultar una lista completa en www.umar.com y en www.benefitsolver.com.

¿Cuál es el mejor plan para usted?

CRH se enorgullece de ofrecer dos opciones de planes integrales hechas para ajustarse a sus necesidades. El plan de cobertura médica con deducible alto (*high deductible health plan*, HDHP) está diseñado para brindarle la prima más baja, pero los gastos directos serán mayores. El plan PPO incluye una prima más alta, pero los gastos directos serán menores.

Ejemplo de cobertura para empleado únicamente

A continuación, verá ejemplos de personas hipotéticas y la forma en la que se comparan los componentes del plan. Para cada tipo de servicio, verá algunas suposiciones sobre la frecuencia y los costos en el lado izquierdo de la tabla.

Comparación de costos esperados

Costo de servicios cubiertos (cantidad de servicios y costos estimados)	USO BAJO		USO MEDIO		USO ALTO	
	PPO de CRH	HDHP de CRH	PPO de CRH	HDHP de CRH	PPO de CRH	HDHP de CRH
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
[1] Visita de atención preventiva - \$160	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)
[1] Visita de atención primaria - \$175	Copago de \$25	\$175 (aplicado al deducible)	Copago de \$25	\$175 (aplicado al deducible)	Copago de \$25	\$175 (aplicado al deducible)
[1] Visita al especialista - \$250	No se utilizó este servicio		No se utilizó este servicio		Copago de \$40	\$250 (aplicado al deducible)
[1] Procedimiento ambulatorio - \$1,000	No se utilizó este servicio		\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)
[1] Cirugía que requiere hospitalización - \$8,000	No se utilizó este servicio		No se utilizó este servicio		\$1,600 (coseguro del 20 %)	\$3,020 (\$1,775 aplicado al deducible más coseguro de \$1,245)
[1] Medicamentos recetados genéricos, suministro para 10 días - \$17	Copago de \$10	\$17 (aplicado al deducible)	Copago de \$10	\$17 (aplicado al deducible)	Copago de \$10	Copago de \$5
[1] Medicamentos recetados no preferenciales, costo mensual - \$100	No se utilizó este servicio		\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (\$100 durante 12 meses)	\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$600 (coseguro de 50 % durante 12 meses)
Costo de servicios cubiertos (pagos que realiza directamente a los proveedores)	\$35	\$192	\$1,875	\$2,392	\$3,515	\$5,050
+						
Contribución anual de nómina (inscrito en la cobertura de sólo empleado, tarifa estándar)	\$2,040 (\$170 por mes)	\$1,128 (\$94 por mes)	\$2,040 (\$170 por mes)	\$1,128 (\$94 por mes)	\$2,040 (\$170 por mes)	\$1,128 (\$94 por mes)
=						
Costo de servicios cubiertos	\$35	\$192	\$1,875	\$2,392	\$3,515	\$5,050
Contribución anual de nómina	\$2,040	\$1,128	\$2,040	\$1,128	\$2,040	\$1,128
- Aportación de CRH Americas a la HSA	N/C	-\$500	N/C	-\$500	N/C	-\$500
= Costo anual total para el empleado	\$2,075	\$820	\$3,915	\$3,020	\$5,555	\$5,678

Ejemplo de cobertura para el empleado y su cónyuge

A continuación, verá ejemplos de personas hipotéticas y la forma en la que se comparan los componentes del plan. Para cada tipo de servicio, verá algunas suposiciones sobre la frecuencia y los costos en el lado izquierdo de la tabla.

Comparación de costos esperados

Costo de servicios cubiertos (cantidad de servicios y costos estimados)	USO BAJO		USO MEDIO		USO ALTO	
	PPO de CRH	HDHP de CRH	PPO de CRH	HDHP de CRH	PPO de CRH	HDHP de CRH
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
[2] Visitas de atención preventiva - \$160 cada una	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)
[2] Visitas de atención primaria - \$175 cada una (empleado y cónyuge)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$350 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$350 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$350 (aplicado al deducible)
[2] Visitas de atención de urgencia - \$225 cada una (cónyuge)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$450 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$450 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$450 (aplicado al deducible)
[1] Visita al especialista - \$250 (cónyuge)	No se utilizó este servicio		Copago de \$40	\$250 (aplicado al deducible)	Copago de \$40	\$250 (aplicado al deducible)
[1] Procedimiento ambulatorio - \$1,000 (cónyuge)	No se utilizó este servicio		\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)
[1] Cirugía que requiere hospitalización - \$8,000 (empleado)	No se utilizó este servicio		No se utilizó este servicio		\$2,400 (deducible de \$1,000 más coseguro de \$1,400)	\$4,020 (deducible de \$3,025 más coseguro de \$995)
[2] Medicamentos recetados genéricos, suministro para 10 días - \$17 (empleado y cónyuge)	\$20 (copago de \$10 por 2)	\$34 (aplicado al deducible)	\$20 (copago de \$10 por 2)	\$34 (aplicado al deducible)	\$20 (copago de \$10 por 2)	\$22 (copago de \$5 más \$17)
[1] Medicamentos recetados no preferenciales, costo mensual - \$100 (cónyuge)	No se utilizó este servicio		\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (\$100 durante 12 meses)	\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (\$100 durante 12 meses)
Costo de los servicios cubiertos (pagos que realiza directamente a los proveedores)	\$120	\$834	\$2,000	\$3,284	\$4,400	\$7,292
+						
Contribución anual de nómina (inscrito en la cobertura de empleado y cónyuge, tarifa estándar)	\$4,200 (\$350 por mes)	\$2,220 (\$185 por mes)	\$4,200 (\$350 por mes)	\$2,220 (\$185 por mes)	\$4,200 (\$350 por mes)	\$2,220 (\$185 por mes)
=						
Costo de servicios cubiertos	\$120	\$834	\$2,000	\$3,284	\$4,400	\$7,292
Contribución anual de nómina	\$4,200	\$2,220	\$4,200	\$2,220	\$4,200	\$2,220
- Aportación de CRH Americas a la HSA	N/C	-\$750	N/C	-\$750	N/C	-\$750
= Costo anual total para el empleado	\$4,320	\$2,304	\$6,200	\$4,754	\$8,600	\$8,762

Ejemplo de cobertura para el empleado y su hijo

A continuación, verá ejemplos de personas hipotéticas y la forma en la que se comparan los componentes del plan. Para cada tipo de servicio, verá algunas suposiciones sobre la frecuencia y los costos en el lado izquierdo de la tabla.

Comparación de costos esperados

Costo de servicios cubiertos (cantidad de servicios y costos estimados)	USO BAJO		USO MEDIO		USO ALTO	
	PPO de CRH	HDHP de CRH	PPO de CRH	HDHP de CRH	PPO de CRH	HDHP de CRH
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
[2] Visitas de atención preventiva - \$160 cada una	\$0 (cubierto al 100%)	\$0 (cubierto al 100%)	\$0 (cubierto al 100%)	\$0 (cubierto al 100%)	\$0 (cubierto al 100%)	\$0 (cubierto al 100%)
[2] Visitas de atención primaria - \$175 cada uno (empleado e hijo)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$350 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$350 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$350 (aplicado al deducible)
[2] Visitas de atención de urgencia - \$225 cada una (hijo)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$450 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$450 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$450 (aplicado al deducible)
[1] Visita al especialista - \$250 (hijo)	No se utilizó este servicio		Copago de \$40	\$250 (aplicado al deducible)	Copago de \$40	\$250 (aplicado al deducible)
[1] Procedimiento ambulatorio - \$1,000 (hijo)	No se utilizó este servicio		\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)
[1] Cirugía que requiere hospitalización - \$8,000 (empleado)	No se utilizó este servicio		No se utilizó este servicio		\$2,400 (deducible de \$1,000 más coseguro de \$1,400)	\$4,020 (deducible de \$3,025 más coseguro de \$995)
[2] Medicamentos recetados genéricos, suministro para 10 días - \$17 (empleado e hijo)	\$20 (copago de \$10 por 2)	\$34 (aplicado al deducible)	\$20 (copago de \$10 por 2)	\$34 (aplicado al deducible)	\$20 (copago de \$10 por 2)	\$22 (copago de \$5 más \$17)
[1] Medicamentos recetados no preferenciales, costo mensual - \$100 (empleado)	No se utilizó este servicio		\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (\$100 durante 12 meses)	\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (\$100 durante 12 meses)
Costo de los servicios cubiertos (pagos que realiza directamente a los proveedores)	\$120	\$834	\$2,000	\$3,284	\$4,400	\$7,292
+						
Contribución anual de nómina (inscrito en la cobertura de empleado e hijo, tarifa estándar)	\$3,660 (\$305 por mes)	\$1,944 (\$162 por mes)	\$3,660 (\$305 por mes)	\$1,944 (\$162 por mes)	\$3,660 (\$305 por mes)	\$1,944 (\$162 por mes)
=						
Costo de servicios cubiertos	\$120	\$834	\$2,000	\$3,284	\$4,400	\$7,292
Contribución anual de nómina	\$3,660	\$1,944	\$3,660	\$1,944	\$3,660	\$1,944
- Aportación de CRH Americas a la HSA	N/C	-\$1,000	N/C	-\$1,000	N/C	-\$1,000
= Costo anual total para el empleado	\$3,780	\$1,778	\$5,660	\$4,228	\$8,060	\$8,236

Ejemplo de cobertura familiar

A continuación, verá ejemplos de personas hipotéticas y la forma en la que se comparan los componentes del plan. Para cada tipo de servicio, verá algunas suposiciones sobre la frecuencia y los costos en el lado izquierdo de la tabla.

Comparación de costos esperados

Costo de servicios cubiertos (cantidad de servicios y costos estimados)	USO BAJO		USO MEDIO		USO ALTO	
	PPO de CRH	HDHP de CRH	PPO de CRH	HDHP de CRH	PPO de CRH	HDHP de CRH
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
[2] Visitas de atención preventiva - \$160 cada una (hijo)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)	\$0 (cubierto al 100 %)
[3] Visitas de atención primaria - \$175 cada una (familia)	\$75 (copago de \$25 por 3)	\$525 (aplicado al deducible)	\$75 (copago de \$25 por 3)	\$525 (aplicado al deducible)	\$75 (copago de \$25 por 3)	\$525 (aplicado al deducible)
[2] Visitas de atención de urgencia - \$225 cada una (hijo)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$450 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$450 (aplicado al deducible)	\$50 (copago de \$25 por 2)	\$450 (aplicado al deducible)
[1] Visita al especialista - \$250 (hijo)	No se utilizó este servicio		Copago de \$40	\$250 (aplicado al deducible)	Copago de \$40	\$250 (aplicado al deducible)
[1] Procedimiento ambulatorio - \$1,000 (hijo)	No se utilizó este servicio		\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)	\$1,000 (aplicado al deducible)
[1] Cirugía que requiere hospitalización - \$8,000 (cónyuge)	No se utilizó este servicio		No se utilizó este servicio		\$2,400 (deducible de \$1,000 más coseguro de \$1,400)	\$4,020 (deducible de \$3,025 más coseguro de \$995)
[2] Medicamentos recetados genéricos, suministro para 10 días - \$17 (cónyuge e hijo)	\$20 (copago de \$10 por 2)	\$34 (aplicado al deducible)	\$20 (copago de \$10 por 2)	\$34 (aplicado al deducible)	\$20 (copago de \$10 por 2)	\$22 (copago de \$5 más \$17)
[1] Medicamentos recetados no preferenciales, costo mensual - \$100 (cónyuge)	No se utilizó este servicio		\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (\$100 durante 12 meses)	\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$600 (coseguro de 50 % durante 12 meses)
Costo de los servicios cubiertos (pagos que realiza directamente a los proveedores)	\$145	\$1,009	\$2,025	\$3,459	\$4,425	\$6,867
+						
Contribución anual de nómina (inscrito en la cobertura familiar, tarifa estándar)	\$5,880 (\$490 por mes)	\$2,940 (\$245 por mes)	\$5,880 (\$490 por mes)	\$2,940 (\$245 por mes)	\$5,880 (\$490 por mes)	\$2,940 (\$245 por mes)
=						
Costo de servicios cubiertos	\$145	\$1,009	\$2,025	\$3,393	\$4,425	\$6,867
Contribución anual de nómina	\$5,880	\$2,940	\$5,880	\$2,940	\$5,880	\$2,940
- Aportación de CRH Americas a la HSA	N/C	-\$1,000	N/C	-\$1,000	N/C	-\$1,000
= Costo anual total para el empleado	\$6,025	\$2,949	\$7,905	\$5,399	\$10,305	\$8,807

Recursos de UMR

Cómo crear una cuenta de UMR

- » Visite umr.com.
- » Seleccione el botón de inicio de sesión/registro.
- » Tenga su tarjeta de identificación a la mano y siga los pasos para comenzar.

Primero, visite UMR.com

En umr.com, encontrará todo lo que quiera saber y necesite hacer en cuanto inicie sesión.

- » Revise los beneficios y vea lo que está cubierto.
- » Vea cuánto debe y cuánto ha pagado.
- » Encuentre un médico en la red.
- » Revise las EOB.
- » Obtenga información sobre afecciones médicas y sus opciones de tratamiento.
- » Acceda a herramientas y fuentes de confianza para ayudarlo a tener una vida más sana.

Aplicación móvil de UMR

Con sólo un clic, puede:

- » Acceder con su tarjeta de identificación digital.
- » Ver detalles del plan cuando lo necesite, en cualquier momento y en cualquier lugar.
- » Averiguar si hay un copago para su siguiente cita.
- » Chatear, llamar o escribir un mensaje al equipo de apoyo para miembros de UMR.

Visite la tienda de aplicaciones para comenzar.

NurseLine

El servicio NurseLine de UMR lo comunicará con un equipo de personal de enfermería registrado que puede responder sus preguntas y brindarle asesoramiento.

El personal de enfermería está listo para ayudar en cualquier momento del día, los siete días de la semana.

- » Llame a NurseLine al **877.950.5083**.
- » Chatee en vivo en línea.
 - » Inicie sesión en umr.com.
 - » Seleccione el centro de salud en myMenu.
 - » Busque el enlace en la sección "I need to..." (necesito...).

Healthy You

Healthy You es la galardonada revista digital de UMR sobre salud y bienestar. Está disponible cada trimestre en línea. Descárguela y compártala. La revista digital de UMR contiene artículos de bienestar y salud nuevos e informativos, así como herramientas prácticas que lo apoyan y animan a tomar decisiones saludables. Acceda a ediciones nuevas y anteriores al hacer clic en el acceso directo de la revista Healthy You desde la página principal de umr.com.

Programas CARE

UMR CARE

A través de UMR CARE, puede acceder a personal de enfermería experimentado y dedicado que le ayudará a aprovechar al máximo sus beneficios del plan de salud. Ellos trabajan con usted, sus médicos y otros asesores médicos para obtener los servicios que mejor satisfagan sus necesidades. Algunos ejemplos de cuándo UMR CARE puede ayudarlo:

- » Maternidad.
- » Posparto.
- » Utilización elevada de sala de urgencias.
- » Fármacos de especialidad.
- » Afecciones de salud de alto riesgo.

Maternity CARE

- » Ya sea que esté considerando tener un bebé o esté embarazada, Maternity CARE de UMR puede explicar cómo reducir los riesgos de complicaciones y prepararla para que tenga un embarazo exitoso y llevado a término, y un bebé sano.

Emerging CARE

- » Fomenta acciones y brinda asistencia y apoyo para evitar afecciones de salud de alto riesgo.

Puede acceder a todos los programas CARE en umr.com.



Localizador de proveedores

¿Dónde obtener ayuda cuando la necesite?

Elija entre médicos y hospitales de calidad que forman parte de su plan. Inicie sesión en www.umar.com para localizar a un proveedor en el plan. Cuando busque un proveedor, seleccione la red UnitedHealthCare Choice Plus.

Busque a un proveedor en las categorías siguientes:

- » Atención primaria.
- » Atención de urgencia.
- » Salud del comportamiento.
- » Análisis de laboratorio (análisis de sangre).
- » Obtención de imágenes (MRI o radiografía).

Haga preguntas antes de recibir atención médica. Asegúrese de que cada persona y centro involucrado esté contratado en la red de su elección. Si bien los proveedores externos a la red no están obligados a cobrar la tarifa de la red, considere negociar el precio antes de recibir el servicio para evitar la facturación del saldo.

¿Qué debe hacer cuando necesite atención inmediata, pero no sea una emergencia?

La sala de urgencias (ER, por su sigla en inglés) podría ser su primera opción, pero no siempre es la mejor elección. Es posible que deba pasar horas en la sala de espera para que lo atiendan y que pague más por la atención. Puede tener opciones menos costosas y más rápidas que la ER. A continuación, obtenga más información sobre estas opciones y cómo encontrarlas.

Primero llame a su médico de cabecera

Si no es una verdadera urgencia, intente llamar a su médico de cabecera para hacer una cita. Su médico le dirá dónde puede obtener atención inmediata o le hará recomendaciones por teléfono. Si no es posible llamar a su médico de cabecera, tiene otras opciones.

Centros de atención de emergencia

En caso de enfermedades o lesiones que ocurran fuera de los horarios habituales de las clínicas y que requieran atención inmediata, pero que no impliquen una amenaza inmediata y grave para su salud o su vida, puede visitar un centro de atención de emergencia. Estos centros cuentan con médicos que tratan afecciones que deben atenderse de inmediato, pero que no son tan graves como una urgencia, y a menudo realizan radiografías, análisis de laboratorio y suturas.

Sala de urgencias

Si considera que tiene una verdadera emergencia o si cree que su salud podría estar en riesgo grave si retrasa la atención, llame al 911 o acuda a la sala de urgencias (ER) más cercana. Las afecciones que ponen en peligro la vida, como falta de aliento grave, cortadas y heridas que no dejan de sangrar, pérdida repentina e inexplicable del conocimiento, dolor en el pecho, fiebre alta acompañada de rigidez en el cuello, así como tos y vómitos con sangre, son ejemplos de urgencias médicas que pudieran requerir acudir a la ER.

Estas clínicas cuentan con personal médico experto que prestan servicios de atención médica básicos a pacientes sin previa cita. Las clínicas de salud en locales comerciales a menudo se encuentran en una farmacia grande o tienda departamental.

Consultorios médicos sin previa cita

Por lo general, un consultorio médico sin previa cita no necesita que usted sea un paciente previo o que tenga una cita. Pueden proporcionarle atención médica de rutina para tratar enfermedades comunes.

Teladoc

Teladoc Health puede ayudarle a evitar el viaje a la sala de urgencias o al centro de atención de emergencia debido a problemas que no son una emergencia. También puede ayudarle a evitar tiempos de espera prolongados y ahorrar dinero ya que puede consultar a un médico en minutos por teléfono o video. Teladoc Health está aquí para escuchar, responder sus preguntas y ayudarlo a sentirse mejor más rápido.





Configure su cuenta de Teladoc Health en 4 pasos sencillos



Descargue la aplicación para hablar con un médico en cualquier momento y en cualquier lugar* por teléfono o video.

- 1 Descargue la aplicación.**
Busque "Teladoc Health" en la App Store o en Google Play.
- 2 Configure su cuenta**
Cuando haya descargado la aplicación, seleccione "Set up your account" (configure su cuenta).
- 3 Ingrese su información de contacto básica**
Proporcione información sobre usted para confirmar su elegibilidad. Le confirmaremos que encontramos sus beneficios y seguirá con la creación de la cuenta.
- 4 Creación de cuenta**
Ingrese su dirección y número de teléfono, cree un nombre de usuario y contraseña, elija las preguntas de seguridad y acepte los términos y condiciones.

*Teladoc Health no está disponible de manera internacional.

Descargue la aplicación para hablar con un médico

Visite [TeladocHealth.com](https://www.TeladocHealth.com)

Llame al 1-800-835-2362 | Descargue la aplicación  



CRH cubre Regenexx en su plan de salud

Plan PPO: Deberá pagar el copago de las visitas al consultorio con el especialista; todos los demás servicios están sujetos al deducible y coseguro correspondiente.

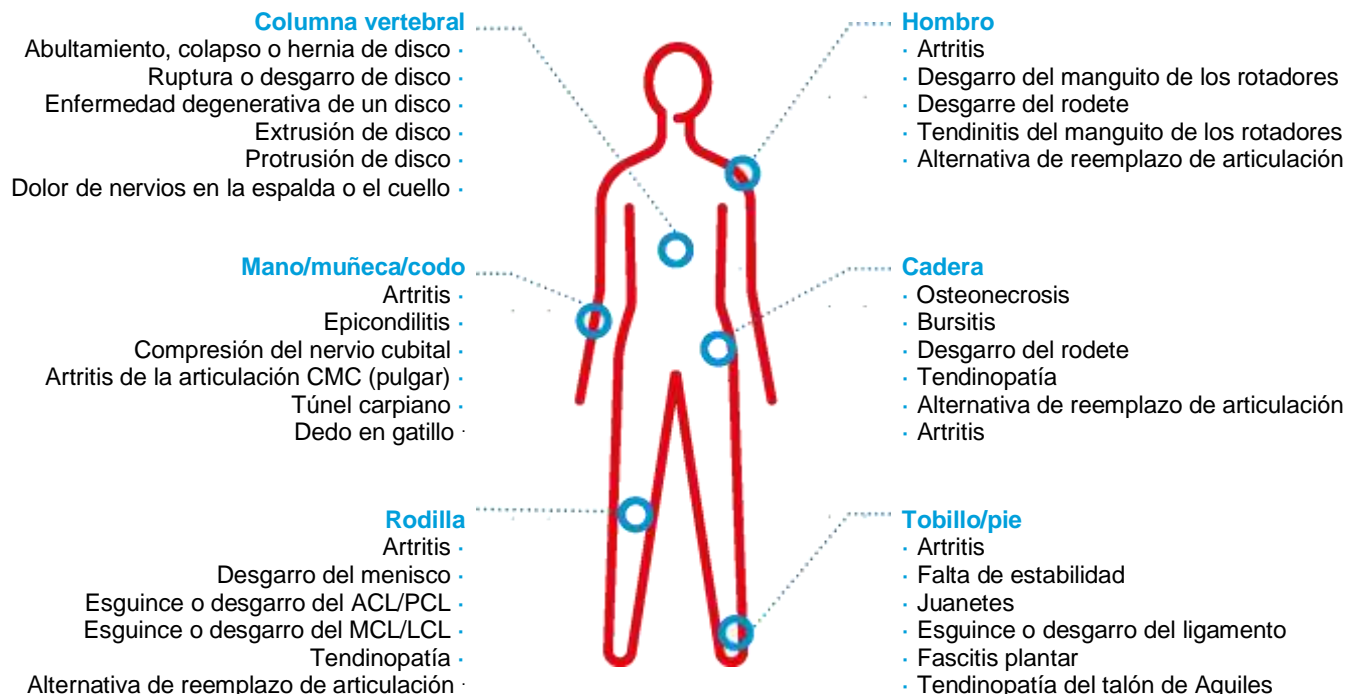
HDHP: Todos los servicios están sujetos al deducible antes de que se aplique el coseguro.

Gastos directos máximos: Esto también se aplica en un año calendario e incluye los deducibles, los copagos y el coseguro.

NO se requiere certificación previa para estos procedimientos.

Regenexx utiliza los agentes curativos naturales del cuerpo para evitar realizar hasta el 70 % de las cirugías ortopédicas opcionales. Las células madre y las plaquetas sanguíneas se concentran en nuestro laboratorio de ortobiología en el centro y se inyectan con ayuda de imágenes en la zona indicada de la lesión. Con Regenexx, usted puede volver a hacer lo que le gusta sin tener que someterse a una cirugía invasiva ni llevar una recuperación prolongada.

Afecciones tratadas



Pasos siguientes

Para hablar con un servicio de enlace con el paciente de CRH Regenexx, llámenos al **866-385-4959** o visite regenexxbenefits.com/crh para obtener más información sobre Regenexx y sobre cómo podemos ayudarlo a evitar una cirugía.



ENTIENDA SU BENEFICIO REGENEXX

UN ENFOQUE NUEVO EN LA ATENCIÓN ORTOPÉDICA

Regenexx es el fundador y líder mundial en ortopedia intervencionista, una nueva especialidad médica que se enfoca en tratar lesiones ortopédicas de manera no quirúrgica. Reunimos las células de los pacientes, incluidas las plaquetas sanguíneas y células madre para reparar muchas lesiones ortopédicas. Podemos tratar la mayoría de desgarres parciales de músculos, tendones y ligamentos, así como la degeneración de hueso, cartílago y discos vertebrales.

COBERTURA DE CRH PARA REGENEXX

Regenexx está cubierto como un beneficio dentro de la red en los planes de salud de CRH. Los beneficios dentro de la red para servicios de especialistas dentro del plan y el copago, deducible y cobertura de gastos directos dentro de la red son válidos para todos los servicios de Regenexx. Los servicios que no proporcione Regenexx pueden estar en un nivel de beneficios distintos y pueden tratarse como dentro de la red o no.

¿ES CANDIDATO?

Regenexx puede diagnosticar y tratar una amplia gama de lesiones ortopédicas sin la necesidad de realizar cirugías invasivas. Nuestros médicos experimentados utilizan distintos enfoques integrales, incluida la medicina regenerativa para reparar el daño de los huesos, músculos, cartílago, tendones y ligamentos de manera no quirúrgica. Ayudamos a que los pacientes eviten hasta el 70 por ciento de las cirugías ortopédicas programadas.



Nuestro centro de educación puede brindarle información más detallada sobre el beneficio, ayudarlo a encontrar la clínica ambulatoria Regenexx más cercana y ofrecerle una revisión inicial para saber si Regenexx puede tratar la afección que tiene.

Llame hoy al **866-385-4959** o visite **regenxxbenefits.com/crh** para dar el paso siguiente hacia una vida más sana y productiva.



LLAME AL CONTACTO PARA PACIENTES DE REGENEXX AL 866-385-4959.

OBTENGA MÁS INFORMACIÓN

Averigüe si un procedimiento de Regenexx es lo adecuado para usted. En uno de nuestros seminarios web de 30 minutos, obtendrá información sobre:

- 1 El tipo de afecciones que se pueden tratar en Regenexx.
- 2 La forma en la que Regenexx se basa en investigaciones y resultados.
- 3 Lo que puede esperar cuando se le realiza un procedimiento en Regenexx.
- 4 Además, tendrá la oportunidad de conocer la forma en que su beneficio funciona en específico.

Para dar el siguiente paso y registrarse para asistir a un seminario web, escanee el código QR que se encuentra abajo o visite:

regenxxbenefits.com/webinar?mailer



Programa de ayuda al empleado (EAP)

Cuando tenga una lista larga de fuentes de estrés y una lista incluso más larga de pendientes

Las soluciones de bienestar emocional siempre se encontrarán disponibles y sin costo alguno para usted

Bienestar emocional

Los especialistas en bienestar emocional están disponibles por teléfono para ayudarle con distintas preocupaciones de la vida y fuentes de estrés, que incluyen:

- Problemas en las relaciones.
- Conflictos y cambios en el lugar de trabajo.
- Problemas familiares y de crianza.
- Apoyo para el cuidado de niños y adultos mayores.
- Estrés, ansiedad y depresión.
- Apoyo para enfermedades crónicas y afecciones.
- Recursos prácticos.
- Recursos educativos.

Asesoramiento presencial

4 visitas disponibles por evento, por año. Una red de médicos, parte de nuestra red más grande de 150,000 médicos, le brinda asesoría orientada en resultados.

Asesoramiento económico por parte de expertos

Hasta 60 minutos de consulta gratuita (que se proporciona en incrementos de 30 minutos) con un asesor financiero autorizado para cada problema económico. Acceso a una amplia variedad de herramientas y bibliotecas legales y financieras para ayudarlo a controlar las finanzas.

Asesoramiento jurídico y servicios de mediación

Consulta gratuita de 30 minutos por teléfono o en persona con un abogado específico para cada estado o un mediador calificado para cada problema legal por separado mediante una red nacional de más de 22,000 abogados y 630 mediadores profesionales. Los servicios se proporcionan a un costo 25 % menor a las tarifas actuales de la firma después de la consulta inicial.

Comuníquese con EAP y WorkLife Services

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Confidencial

Sin costo para usted

Como parte de sus beneficios, el programa de ayuda al empleado (EAP) y WorkLife Services están disponibles para usted sin costo adicional. Esto incluye **acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana** al EAP por teléfono y en línea. Puede llamar para hablar con especialistas en ayuda al empleado con nivel de maestría que ofrecen consultas, evaluaciones de riesgos, asesorías, derivaciones y materiales educativos. También puede utilizar nuestros servicios web disponibles en inglés y español. Busque información de autoayuda, bases de datos/directorios de recursos, programas de video, programas de empoderamiento personal y miles de artículos en línea en liveandworkwell.com

Herramientas digitales de autocuidado

Visite liveandworkwell.com para acceder a nuestro conjunto de herramientas y recursos digitales. Descubra las soluciones y técnicas clínicas que se adapten mejor a sus necesidades para ayudarlo a controlar el estrés, la ansiedad y otras preocupaciones, todo a la mano.

Talkspace

Apoyo cuando lo necesite, sin necesidad de hacer citas. Con Talkspace, puede comunicarse con un proveedor de EAP autorizado de la red, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para comenzar, llame a su EAP para obtener un código de autorización.

Visitas virtuales

Tecnología que cumple con la HIPAA que proporciona servicios de EAP por video desde la privacidad y comodidad de su hogar o desde donde usted lo elija, que es práctica y accesible. Hay proveedores de salud mental telemática autorizados por el EAP disponibles en cada estado.

Optum

Apoyo para la vida diaria

Ayuda disponible por teléfono o en línea en cualquier momento.

Llame al

1-866-248-4096

Visite

liveandworkwell.com



Para encontrar la ayuda adecuada para usted, **regístrese con su identificación de HealthSafe o ingrese con su código de acceso de la compañía: CRH**



Plan de farmacia

Información que debe conocer sobre CVS Caremark

- » Su plan de beneficios de fármacos recetados incluye un listado de fármacos (lista de fármacos preferidos). El listado se llama CVS Caremark Standard Control Formulary with Advanced Control Specialty Formulary (listado de control estándar de CVS Caremark con listado de especialidad de control avanzado) y se puede encontrar en línea en www.caremark.com.
- » Un listado es una lista de fármacos recetados, tanto genéricos como de patente, que están cubiertos por el plan de fármacos. Los listados están sujetos a cambios periódicos. CVS Caremark actualiza los listados trimestralmente. CVS Caremark elabora el listado de fármacos identificando aquellos que ofrecen el mayor valor en conjunto. Esto puede dar lugar a que un fármaco de patente sea excluido cuando está cubierto un equivalente genérico. Los fármacos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que un fármaco de patente.
- » **CVS Caremark cuenta con una red nacional de farmacias para su comodidad, que incluye tiendas minoristas CVS, al igual que la mayoría de las demás cadenas grandes y farmacias independientes. Para tener acceso al localizador de farmacias de CVS Caremark, visite www.caremark.com y regístrese con su ID de miembro que se encuentra en la parte frontal de su tarjeta de identificación combinada para servicios médicos y farmacia. También puede encontrar una farmacia de la red con la aplicación CVS Caremark para dispositivos móviles.**

Entrega a domicilio

Puede ahorrar tiempo y dinero si recibe medicamentos de mantenimiento por correo postal a través del servicio de farmacia por mensajería de CVS Caremark. Inscribese al servicio de farmacia por mensajería de CVS Caremark para recibir una entrega de hasta tres meses de los medicamentos que usa habitualmente. Su medicamento llegará directamente a su buzón de correo. Para iniciar la entrega a domicilio, inicie sesión en www.caremark.com, utilice la aplicación CVS Caremark o llame a CVS Caremark al **800.378.0458**.

Fármacos especializados

La farmacia especializada de CVS es parte de su programa de beneficios y proporciona medicamentos especializados y asistencia clínica para afecciones complejas, incluido el cáncer y la artritis, entre otras. Para obtener más información sobre la farmacia especializada de CVS, llame al **866.846.3095** o visite www.cvsspecialty.com.

Para los miembros del plan HDHP de CRH: Usted pagará el costo total del medicamento hasta que se haya cubierto el deducible.

Sólo para miembros del plan PPO de CRH: No pague nada con el programa de copago PrudentRx:

Como parte de su plan de surtido de recetas de CVS Caremark, el programa de copagos PrudentRx le permite obtener todos sus medicamentos de especialidad sin costo alguno. Esto significa \$0 de gastos directos por cualquier medicamento en su lista de fármacos de especialidad cuando surta en CVS Specialty®. El programa PrudentRx negocia con los fabricantes para obtener ayuda con la tarjeta de copago y gestiona la inscripción y las renovaciones en nombre de usted. Incluso si no hay un programa de tarjeta de copago para su medicamento, no tendrá que pagar nada mientras esté inscrito en el programa. La participación en el programa es voluntaria.

Reabastecimiento al por menor para 90 días

Para fomentar el cumplimiento del tratamiento y permitir que aproveche los ahorros adicionales en medicamentos de mantenimiento a largo plazo (algunos ejemplos de estos medicamentos incluyen los que se usan para tratamiento de la presión arterial alta, el nivel alto de colesterol o la diabetes), el plan estipula que se debe resurtir una receta para un período de 90 días después de tres entregas para 30 días de ese tipo de medicamentos. Puede obtener un suministro para 90 días en una amplia red de farmacias minoristas. Sin embargo, tendrá la opción de cancelar el resurtido obligatorio para el período de 90 días con minoristas, para lo cual deberá llamar a CVS Caremark.

Aspectos destacados del plan

El plan de recetas para el PPO es un plan de 4 niveles, que incluye medicamentos genéricos, marcas preferenciales, marcas no preferenciales y de especialidades.

El plan de recetas para el HDHP es un plan de 3 niveles, que incluye medicamentos genéricos, marcas preferenciales y marcas no preferenciales. El plan está incluido con el plan médico, lo que significa que el deducible del plan médico se debe alcanzar antes de que aplique el coseguro/copago del plan de recetas. Si usted tiene una receta para un medicamento de especialidad y está inscrito en el plan HDHP, pagará el costo total del medicamento hasta alcanzar el deducible. También son válidos los cupones correspondientes.

Iniciativa de salud de la mujer: anticonceptivos

Se ofrecen anticonceptivos genéricos y de venta libre (con receta) sin ningún costo para las mujeres en el plan de fármacos recetados (Rx). Los productos anticonceptivos de venta libre no estarán cubiertos si no se presenta una receta.



Servicio de atención al cliente de CVS Caremark,
entrega en un local minorista/a domicilio
www.caremark.com | 800.378.0458

Farmacia especializada CVS
www.cvsspecialty.com | 866.846.3095

Programas CVS Caremark e información útil

Conocer su plan puede evitar confusiones y malentendidos al surtir sus fármacos recetados. Existen programas de manejo clínico para ayudarle a gestionar sus necesidades de fármacos recetados.

Los programas siguientes incluyen los detalles de la cobertura para ayudarle a tomar las decisiones correctas sobre sus medicamentos recetados.

¿Qué es una autorización previa (Prior Authorization, PA)? **Aprobación previa para determinados medicamentos antes de que los cubra su plan.**

Autorización previa significa que antes de que su plan cubra algún medicamento en particular, el médico o el médico prescriptor deberán demostrar que el medicamento es necesario o que usted ha cumplido con los requisitos de la autorización previa del medicamento. Se debe autorizar la cobertura de algunos medicamentos debido a que:

- » Sólo están aprobados o son eficaces para el tratamiento de afecciones específicas.
- » Existen alternativas de menor costo que son equivalentes desde el punto de vista clínico y funcionan de la misma manera.
- » Se pueden recetar para afecciones para las cuales no se ha establecido bien su seguridad y eficacia.
- » La PA se debe renovar anualmente o con mayor frecuencia, según sea necesario.

La PA garantiza que los medicamentos se utilicen de manera correcta y que los costos del plan de farmacia se mantengan bajo control. Si el médico le receta un medicamento que requiere una autorización previa, deberá comunicarse con CVS Caremark® para iniciar el proceso.

¿Qué opciones tengo si quiero utilizar una marca que no está en el listado o un producto no incluido?

Si el médico quiere que usted siga usando un medicamento de una marca que no esté en el listado o que no esté incluido, puede comunicarse a CVS Caremark para recibir una autorización previa (PA). Si se obtiene la PA, usted puede continuar surtiendo sus recetas de la manera habitual con el copago no preferencial.

Si no se obtiene la PA, tendrá que pagar el costo total de los medicamentos. El monto que usted pague no contará para ningún deducible ni ningún límite máximo de gastos directos que usted pudiera tener.

¿Cuáles son los límites de cantidad (Quantity Limits, QL)? **Límite en la cantidad de determinados medicamentos.**

Los límites de cantidad se basan en la cantidad de medicamentos que cubrirá el plan en un período determinado. Esto ayuda a asegurar la dosis segura y adecuada y permite que los miembros obtengan los mejores resultados de su tratamiento farmacológico, al tiempo que controla los costos de la atención médica. Por ejemplo, a una persona se le puede recetar que tome dos comprimidos de un medicamento por día o 60 comprimidos por mes. Si el plan tiene un límite de cantidad de 30 comprimidos por mes para ese medicamento, el médico o el médico prescriptor deberá comunicarse con CVS Caremark para obtener una autorización para una cantidad mayor.

¿En qué consiste el tratamiento escalonado (Step Therapy, ST)?

Se requiere una prueba con un medicamento de menor costo antes de que la cobertura se extienda a un medicamento de costo mayor.

El tratamiento escalonado promueve el uso seguro y rentable de un medicamento. En este programa, se requiere un enfoque de “escalones” para recibir la cobertura para determinados medicamentos de costo elevado. Esto significa que, para recibir la cobertura, es posible que primero deba usar un medicamento asequible y de eficacia comprobada antes de usar un medicamento de mayor costo, si fuera necesario. En el tratamiento escalonado, deberá usar medicamentos preferenciales como paso inicial de tratamiento antes de que la cobertura se extienda a determinados medicamentos no preferenciales. Esto disminuye el costo y le permite acceder a medicamentos no preferenciales.

¿Qué es una penalización por surtir un fármaco tal cual fue recetado (Dispense as Written, DAW)?

Penalización que se asigna por solicitar medicamentos de marca cuando hay un equivalente genérico disponible.

Si usted o el médico prescriptor solicitan un medicamento de marca cuando está disponible un equivalente genérico, usted pagará el copago correspondiente por el medicamento de marca más una penalización.

La penalización es la diferencia en el costo del plan entre el medicamento de marca comercial que se surtió y el medicamento genérico que estaba disponible y que le pudieron haber surtido en su lugar.

La diferencia de costo se considera una penalización por no haber usado el medicamento genérico. Para evitar esta penalización, usted debe haber recibido una autorización previa o tratamiento escalonado.

Programa de copagos PrudentRx

Para los participantes de la red del PPO únicamente, el programa de copagos PrudentRx permite obtener todos los medicamentos de especialidad sin costo alguno. Esto significa \$0 de gastos directos por cualquier medicamento en su lista de fármacos especializados cuando surta en CVS Specialty®. El programa PrudentRx negocia con los fabricantes para obtener ayuda con la tarjeta de copago y gestiona la inscripción y las renovaciones en nombre de usted. Incluso si no hay un programa de tarjeta de copago para el medicamento que usted requiere, no tendrá que pagar nada mientras esté inscrito en la red PPO y en el programa PrudentRx. La participación en el programa es voluntaria y, para facilitarla, a los miembros que actualmente usen medicamentos de especialidad se los inscribirá en automático en la red PPO y el programa PrudentRx.

Suministros y equipo para diabéticos cubiertos en el plan de atención médica

A continuación, se encuentra una lista de suministros para diabéticos y una indicación sobre si están cubiertos en el beneficio farmacéutico o el beneficio médico. Algunos de los fármacos mencionados pueden tener requisitos o límites adicionales, en función de su plan. Esta lista se proporciona para referencia y es posible que no incluya todo. Si tiene más preguntas, comuníquese con UMR o CVS a la información de contacto que se encuentra a continuación.

Servicios para miembros de UMR: [800.826.9781](tel:800.826.9781)

Servicios para miembros de CVS: [800.378.0458](tel:800.378.0458)

Categoría terapéutica	Cubierto por	Preferido
EQUIPO PARA DIABÉTICOS		
Control continuo de la glucosa en sangre	UMR (servicio médico)	<p>Los dispositivos de control continuo de la glucosa en sangre (<i>Continuous Blood Glucose Monitoring, CGM</i>), como Dexcom y FreeStyle Libre, están cubiertos en el plan de cobertura médica. Estos dispositivos de control estarán cubiertos en los niveles de beneficios que se muestran a continuación. También le proporcionamos una lista de centros y su información de contacto en donde puede comprar los dispositivos en la tarifa para servicios dentro de la red.</p> <p>Planes PPO y HDHP Coseguro de 20 % después del deducible (dentro de la red). Coseguro de 40 % después del deducible (fuera de la red).</p> <p>Nota importante: Se requiere una certificación previa para los DME cuyo precio de compra sea mayor de \$1,000. Comuníquese con UMR para obtener ayuda con cualquier pregunta adicional.</p>
Glucómetros de sangre	UMR (servicio médico)	<p>Los glucómetros de sangre están cubiertos en el plan de cobertura médica. Sin embargo, los glucómetros de la marca OneTouch están disponibles de manera gratuita de parte del fabricante en el "Programa de glucómetros gratuitos de CVS Caremark". Para obtenerlos, llame al equipo de glucómetros para diabéticos de servicios para miembros de CVS Caremark al 800.588.4456. También le proporcionamos una lista de centros y su información de contacto en donde puede comprar los dispositivos en la tarifa para servicios dentro de la red.</p> <p>Estos glucómetros estarán cubiertos en los niveles de beneficios correspondientes que se muestran a continuación.</p> <p>Planes PPO y HDHP Coseguro de 20 % después del deducible (dentro de la red). Coseguro de 40 % después del deducible (fuera de la red).</p> <p>Nota importante: Se requiere una certificación previa para los DME cuyo precio de compra sea mayor de \$1,000. Comuníquese con UMR para obtener ayuda con cualquier pregunta adicional.</p>

Instituciones de equipo para diabéticos		
Institución	Sitio web	Número de teléfono
Byram Healthcare Centers	www.byramhealthcare.com	877.902.9726
Minimed Distribution Corp	www.medtronicdiabetes.com/home	800.646.4633
Diabetes Store, Inc.	www.diabetesinonline.com	800.501.1556
North Coast Medical Supply que opera bajo el nombre comercial de Advanced Diabetes Supplies	www.northcoastmed.com	866.422.4866
Insulet Corporation	www.myomnipod.com	1.800.591.3455
Tandem Diabetes Care	www.tandemdiabetes.com	858.375.1473

Nota importante: El fabricante del sistema de administración de insulina OmniPod tomó la decisión de suministrar su nuevo producto, **OmniPod 5** mediante farmacias y no mediante los proveedores de distribución de equipo médico duradero (*Durable Medical Equipment, DME*). Si actualmente utiliza OmniPod 5, este producto estará cubierto en el plan de farmacia con CVS. Las demás bombas de insulina son DME y están cubiertas en el plan de cobertura médica.

Programa de glucómetros gratuitos

Gracias al beneficio de farmacia, usted puede recibir un glucómetro gratis.

Pasos que se deben seguir:

1. Llame al equipo de glucómetros para diabéticos de servicios para miembros de CVS Caremark al **1.800.588.4456**.
2. Tenga su número de identificación de receta y el nombre y número telefónico de su médico cuando haga la llamada.

Categoría terapéutica	Cubierto por	Preferido	Excluido
SUMINISTROS Y MEDICAMENTOS PARA DIABÉTICOS			
Suministros para diabéticos (tiras reactivas, agujas, jeringas)	CVS (plan de recetas)	Aguja BD Ultrafine Jeringas de insulina BD Ultrafine Tiras/kits Accu-Chek Aviva Plus, tiras/kits Accu-Chek Compact Plus, tiras/kits Accu-Chek Guide, tiras/kits Accu-Chek SmartView, tiras/kits OneTouch Ultra, tiras/kits OneTouch Verio	Agujas: Todas las demás agujas que NO sean de la marca BD Ultrafine Jeringas: Todas las demás jeringas que NO sean de la marca BD Ultrafine Tiras/kits reactivos: Todas las demás tiras/kits reactivos que NO sean de la marca Accu-Chek o OneTouch
Biguanidas	CVS (plan de recetas)	Metformina, metformina de liberación prolongada (excepto genéricos de Fortamet y Glumetza)	Metformina de liberación prolongada (genéricos de Fortamet y Glumetza únicamente), Fortamet, Glumetza y Riomet
Inhibidores y combinaciones de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP4)	CVS (plan de recetas)	Januvia, Januvia con pioglitazona, Janumet, Janumet XR	Nesina, Onglyza, Tradjenta, Jentadueto, Jentadueto XR, Kazano, Kombiglyze XR, Oseni
Agonista del péptido similar a glucagón tipo 1 (Glucagon-Like Peptide- 1, GLP1)	CVS (plan de recetas)	Ozempic, Rybelsus, Trulicity, Victoza	Bydureon Bcise, Byetta
Insulinas (de acción corta, de acción prolongada, basales)	CVS (plan de recetas)	Novolin 70/30*, Novolin N*, Novolin R*, Basaglar, Levemir *Las formulaciones con otra marca o de marca propia que no estén cubiertas sin previa autorización por necesidad médica (es decir, Relion)	Humulin 70/30*, Humulin N*, Humulin R*, Lantus NOTA: Humulin R U-500 concentrado no estará sujeto a previa autorización y seguirá estando cubierto
Insulina de acción rápida	CVS (plan de recetas)	Fiasp, Novolog, Novolog Mix 70/30	Apidra, Humalog, Humalog Mix 75/25, Humalog Mix 50/50
Sensibilizadores de insulina	CVS (plan de recetas)	Pioglitazona	Actos
Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (Sodium-Glucose Cotransporter 2, SGLT2)	CVS (plan de recetas)	Farxiga, Jardiance	Invokana
Combinaciones de SGLT2 y biguanida	CVS (plan de recetas)	Synjardy, Synjardy XR, Xigduo XR	Invokamet, Invokamet XR
Combinaciones de SGLT2 y DPP4	CVS (plan de recetas)	Glyxambi	Qtern
Bombas de insulina desechables	CVS (plan de recetas)	Omnipod, V-Go	Todas las demás marcas que NO sean Omnipod y V-Go

Plan dental

Si usted y/o sus dependientes cuentan con cobertura del plan de atención médica de CRH Americas, se los inscribirá automáticamente en el plan dental y estarán cubiertos. Los beneficios del plan dental se proporcionan a través de Delta Dental.

Para ayudar a limitar los gastos directos, puede utilizar proveedores de la red siempre que sea posible. Los dentistas que están en la red han firmado un contrato para ofrecer sus servicios a un costo menor, por lo que se reducirá la cantidad que pagará por sus servicios.

Sin embargo, según este plan, puede consultar a un dentista fuera de la red y el plan pagará el mismo nivel de beneficio. Los gastos cubiertos fuera de la red están sujetos a límites razonables y habituales que no aplican cuando se recibe atención de un dentista de la red. Esto significa que los gastos directos pueden ser más altos cuando consulte a un dentista fuera de la red.

Cuando visite al dentista para un examen preventivo y una limpieza, el costo de las reclamaciones para estos procedimientos no se aplicará a su beneficio máximo anual de \$1,500.

GRUPO DE DISPOSICIONES DEL PLAN	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible	Persona: \$50 Familia: \$150	
Monto máximo anual	\$1,500 por persona, combinados dentro o fuera de la red	
SERVICIOS CUBIERTOS		
De diagnóstico y preventivos (limpiezas, flúor, selladores, exploraciones de rutina, radiografías)	100 % de la tarifa negociada	100 % de la tarifa razonable y habitual
Básicos (endodoncia, periodoncia, cirugía bucal, anestesia general)	80 % de la tarifa negociada	80 % de la tarifa razonable y habitual
Mayores (coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes, implantes)	50 % de la tarifa negociada	50 % de la tarifa razonable y habitual
Ortodoncia (dependiente menor de 19 años)	50 % de la tarifa negociada	50 % de la tarifa razonable y habitual
Límite vitalicio por ortodoncia (dependiente menor de 19)	\$1,500	\$1,500
Implantes	50 % de la tarifa negociada (después del deducible), sujeto a un monto máximo anual de \$1,500	
FRECUENCIAS DE LOS TRATAMIENTOS		
Exámenes, limpieza, cirugía periodontal/raspado de encías	2 por año calendario (dos veces en un período de 12 meses)	
Radiografías de mordida, fluoruro (hasta los 12 años)	1 por año calendario (una vez en un período de 12 meses)	
Mantenimiento periodontal	2 por año calendario (dos veces en un período de 12 meses)	
Radiografía de toda la boca	1 en 3 años calendario	
Selladores (hasta los 14 años)	Un tratamiento por diente en 3 años calendario	
Incrustaciones/recubrimientos, coronas, dentaduras, puentes	1 en 5 años calendario	



Delta Dental
www.deltadentalins.com
 800.521.2651

Plan óptico

Si usted y/o sus dependientes cuentan con cobertura del plan de atención médica de CRH Americas, se los inscribirá automáticamente en el plan óptico y estarán cubiertos. Los beneficios ópticos se proporcionan para fomentar que usted y sus dependientes acudan a que les revisen los ojos de manera habitual para corregir y prevenir problemas importantes en la visión.

Puede acceder a los beneficios ópticos a través de un proveedor de la red de EyeMed o de un especialista en atención óptica de su elección. No debe hacer trámites si usa un proveedor de la red; simplemente pague el copago y cualquier gasto que no esté cubierto. Si utiliza los servicios de un proveedor ajeno a la red, se le pedirá que pague todos los gastos en el momento en que se brinden los servicios y tendrá que presentar un reclamo para recibir el reembolso de los gastos cubiertos.

Servicios de atención óptica	Lo que paga en la red	Lo que paga fuera de la red
Examen con dilatación, según sea necesario	Copago de \$15	Un máximo de \$35
Obtención de imágenes de la retina	Un máximo de \$39	N/C
Armazones	Copago de \$0 por un pago de venta al público de \$110, 20 % del saldo si excede los \$110	Un máximo de \$60
LENTE DE PLÁSTICO ESTÁNDAR		
Monofocales	Copago de \$20	Un máximo de \$30
Bifocales	Copago de \$20	Un máximo de \$50
Trifocales	Copago de \$20	Un máximo de \$65
Lentes progresivos estándar	Copago de \$20	Un máximo de \$50
Lentes progresivos de calidad superior	Copago de \$20, 80 % del cargo menos un pago de venta al público de \$120	Un máximo de \$50
OPCIONES DE LENTE		
Tratamiento UV, tinte (sólido/degradado), recubrimiento a prueba de rayaduras de plástico estándar	\$15	N/C
Policarbonato estándar: Adultos y niños menores de 19 años	\$40	N/C
Recubrimiento antirreflejante estándar	\$45	N/C
Polarizados y otros complementos y servicios	20 % de descuento en el precio de venta al por menor	N/C
AJUSTE Y SEGUIMIENTO DE LENTES DE CONTACTO		
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto estándar	Un máximo de \$55	N/C
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto de calidad superior	10 % de descuento en el precio de venta al por menor	N/C
LENTE DE CONTACTO (el pago de venta al público para lentes de contacto incluye el copago de los materiales)		
Convencionales	Copago de \$20. Pago de venta al público de \$100, 15 % del saldo si excede los \$100	Un máximo de \$90
Desechables	Copago de \$20. Pago de venta al público de \$100 más saldo si excede los \$100	Un máximo de \$90
Necesarios desde el punto de vista médico	Copago de \$0, pago total	Un máximo de \$180
CORRECCIÓN DE LA VISTA CON LÁSER		
LASIK o PRK de U.S. Laser Network	15 % de descuento en el precio de venta al por menor o 5 % de descuento en precio de promoción	N/C
Gafas de seguridad con receta	20 % de descuento en el precio de venta al por menor	N/C
FRECUENCIA		
Examen	Una vez cada 12 meses	
Lentes o lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	
Armazón	Una vez cada 24 meses	




 EyeMed
www.eyemedvisioncare.com
 866.723.0513

Aportaciones del empleado para 2024

CRH Americas paga la mayor parte de los costos de sus beneficios. La cantidad que pague dependerá de las opciones de beneficios que elija. En CRH Americas, valoramos a nuestros empleados y comprendemos la importancia de proporcionar beneficios de alta calidad con tarifas asequibles. A continuación, se indican las tarifas de las aportaciones anuales y mensuales para cada uno de los planes y niveles:

Todas las aportaciones incluyen beneficios médicos, de recetas, dentales y ópticos

Aportaciones del empleado		
Nivel del empleado	Tarifa estándar del plan PPO	
	Tarifa anual	Tarifa mensual
Únicamente el empleado	\$2,040	\$170
Empleado más cónyuge	\$4,200	\$350
Empleado más hijos	\$3,660	\$305
Familia	\$5,880	\$490
Plan HDHP		
Nivel del empleado	Tarifa estándar	
	Tarifa anual	Tarifa mensual
Únicamente el empleado	\$1,128	\$94
Empleado más cónyuge	\$2,220	\$185
Empleado más hijos	\$1,944	\$162
Familia	\$2,940	\$245

NOTA: Las tarifas de las primas mencionadas anteriormente son anuales y mensuales tomadas antes de impuestos de la nómina. Las deducciones de la nómina pueden variar según la periodicidad de la nómina específica de su compañía y los créditos y recargos de deducciones que se apliquen (consulte a continuación). Sin embargo, debido a que estas primas se recaudan antes de impuestos, el IRS restringe los cambios en la inscripción a la inscripción abierta anual o dentro de los 60 días de un evento calificado.

Crédito de bienestar

El crédito de bienestar para una reducción de prima en 2024 se aplica solamente a los empleados y a sus cónyuges con cobertura que hayan completado la visita de bienestar requerida entre el 1.º de septiembre de 2022 y el 31 de agosto de 2023. Para ser apto para el crédito de bienestar para 2025, debe realizar las visitas de bienestar entre el 1.º de septiembre de 2023 y el 31 de agosto de 2024.

Si el empleado únicamente terminó la iniciativa para el bienestar, el crédito es de \$25 por mes.

Si tanto el empleado como su cónyuge cubierto completaron la iniciativa para el bienestar, el crédito es de \$50 por mes. El empleado está obligado a completar la iniciativa para que el (la) cónyuge pudiera recibir el crédito.

Recargo por cónyuge

La mayoría de las compañías ofrecen cobertura médica a sus empleados. Para administrar nuestros costos de manera más eficiente y para beneficio de nuestros empleados, alentamos a los cónyuges que trabajan a inscribirse en el plan de su compañía. Si su cónyuge es elegible para recibir la cobertura médica de su compañía, elige no inscribirse y posteriormente se inscribe en el plan de CRH Americas, usted tendrá que pagar un recargo por cónyuge de \$225 mensuales adicionales en el plan PPO o de \$175 por mes en el plan HDHP.

IMPORTANTE: Cada año durante la inscripción abierta o durante el período de inscripción inicial, se DEBE completar un formulario de renuncia al recargo por cónyuge, el cual no se transfiere de un año a otro.

Requisitos para no aplicar el recargo por cónyuge

- » El empleador del cónyuge no ofrece cobertura médica o su cónyuge no es elegible.
- » El cónyuge es un trabajador independiente y no tiene cobertura disponible.
- » El cónyuge no tiene un empleo.
- » El cónyuge trabaja en CRH Americas.
- » El cónyuge tiene cobertura de Medicare o de otro plan gubernamental y, adicionalmente, no cuenta con cobertura de un plan de su empleador.

Si alguna de las situaciones anteriores aplica a su caso, el recargo por cónyuge no le corresponde y debe completar un formulario de renuncia al recargo por cónyuge. Debe hacer esto en línea en www.benefitsolver.com o llamar a la línea de ayuda de beneficios de CRH Americas al **888.437.4866** durante el proceso de inscripción, cada año, para evitar la deducción del recargo por cónyuge.

Iniciativa para el bienestar

Plan de atención médica de CRH Americas

En un esfuerzo por fomentar la salud y el bienestar de nuestros empleados, CRH ofrecerá un crédito para el bienestar.

¿Quién es elegible?

Los empleados y sus cónyuges que están cubiertos en el plan de atención médica de CRH Americas son elegibles para participar en la iniciativa para el bienestar y deben realizarse una exploración física o una exploración física apropiada para la edad durante el período entre el 1.º de septiembre de 2023 y el 31 de agosto de 2024 para que se aplique la reducción de la prima en 2025.

Los empleados y cónyuges que sean elegibles y se hayan adherido al plan el 1.º de julio de 2024 o después de esta fecha y hasta el 31 de agosto de 2024 no tendrán que completar el examen de bienestar durante el ciclo actual para recibir la reducción de la prima en 2025.

Los empleados y cónyuges que completen o hayan completado la iniciativa pagarán \$25 por persona, hasta \$50 menos por mes en las contribuciones de empleados en 2024. El empleado **DEBE** completar la iniciativa para recibir el descuento en la prima para el cónyuge. Si el cónyuge con cobertura completa la iniciativa, pero el empleado no, no se otorgará la reducción de la prima.

¿Cómo se corrobora la iniciativa?

Nuestro proveedor de seguro médico corroborará que haya completado la exploración física.* Los empleados/cónyuges no tienen que proporcionarle información a CRH.

**La corroboración por parte del proveedor de seguro médico depende de que el proveedor aplique la codificación correcta.*

¿Debo esperar 12 meses entre las exploraciones físicas?

No, el plan de CRH Americas no tiene ninguna restricción sobre el tiempo que debe transcurrir entre las exploraciones físicas.

¿Puedo revisar que mi examen de bienestar se haya corroborado?

Sí, puede revisar su cuenta en www.benefitsolver.com.

- » Verá el Wellness Tracker (sistema de seguimiento de bienestar) en la página de inicio.
- » Haga clic en el botón "View" (ver) para revisar su información de bienestar.
- » Si completó su iniciativa para el bienestar, verá "Yes" (sí) en **Wellness Credit Employee** (empleado con crédito por bienestar).
- » Si su cónyuge completó su iniciativa para el bienestar, verá "Yes" marcado en **Wellness Credit Spouse** (cónyuge con crédito por bienestar).
- » Verá el monto total del crédito elegible como "Wellness Rollup" (acumulado de bienestar) ubicado en la parte superior del sistema de seguimiento.

Tenga en cuenta los retrasos en los envíos oportunos de las reclamaciones por parte de los proveedores. Si no ve su crédito inmediatamente después de su visita de bienestar, asegúrese de volver a revisar periódicamente para ver si se ha recibido la actualización.

Ejemplos de exploraciones físicas

Los ejemplos de exploraciones físicas de acuerdo con la edad incluyen:

- » Análisis de sangre: Nivel de colesterol total, tanto LDL como HDL.
- » Nivel de glucosa (para personas no diabéticas).
- » Nivel de A1c (para personas diabéticas).
- » Presión arterial.

O cualquiera de las siguientes pruebas de detección:

- » Mamografía.
- » Prueba de Papanicolaou.
- » Prueba de detección colorrectal.



Cuentas MyChoice (*MyChoice Accounts, MCA*)

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

El plan médico HDHP que ofrece CRH Americas cumple con determinados requisitos del IRS que les permiten a los empleados inscritos abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). Una HSA le permite hacer aportaciones con deducciones a la nómina antes de impuestos que puede usar posteriormente para cubrir los gastos calificados.

¿En qué consiste una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)?

Los fondos de esta cuenta pueden utilizarse para pagar los gastos directos de atención médica calificados para usted y sus dependientes elegibles.

Después de inscribirse en la HSA, ya sea que contribuya a la cuenta o no, CRH Americas contribuirá con una parte a la cuenta HSA. **Para recibir la parte del empleador, debe elegir la HSA con una elección de \$0 o mayor.** Las contribuciones combinadas del empleado y el empleador a la HSA no pueden exceder los límites anuales establecidos por el IRS.

Los fondos en la HSA pueden utilizarse hoy, transferirse hacia el año siguiente o invertirse para ayudar a pagar gastos calificados en el futuro.

¿Quién puede inscribirse/hacer aportaciones a una HSA?

Usted es elegible para abrir una HSA y/o hacer aportaciones en una HSA si:

- » Elige el plan de salud con deducibles altos (HDHP) calificado de CRH para el año 2024.
- » Su única cobertura es un HDHP.
 - » Si tiene cobertura del plan de su cónyuge y dicho plan no es un HDHP calificado, no puede hacer aportaciones en una HSA.
- » No cuenta con una FSA de atención médica tradicional a través de su cónyuge.
- » No cuenta con cobertura de Medicare (parte A o B), Tricare ni con beneficios de VA*.
- » No puede presentarse como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona (a menos que sea su cónyuge).

*Los veteranos con una calificación de discapacidad del 10 % o más que reciben atención hospitalaria o servicios médicos de Veterans Administration ahora son elegibles para hacer aportaciones a una HSA.

¿Cómo me inscribo?

Después de haberse inscrito en el HDHP en BenefitSolver, puede inscribirse en la cuenta de ahorros para gastos médicos. Tendrá que responder algunas preguntas en línea para asegurarse de que sea elegible para abrir una HSA y/o hacer aportaciones a ella. Si es elegible y así lo elige, la cuenta se abrirá automáticamente en el banco depositario, UMB Bank.

Cuando se abra su HSA, puede haber ocasiones en las que tenga que verificar su identidad.

Al igual que ocurre con cualquier otro requisito bancario, los empleados deberán cumplir con el **programa de identificación de clientes (Customer Identification Program, CIP)** para la verificación de la identidad. Las instituciones financieras deben cumplir con el CIP para obtener y verificar información específica de los clientes según la Ley Patriota de los Estados Unidos (*United States Patriot Act*) de 2003. Los datos incluyen el nombre, la fecha de nacimiento, el SSN y el domicilio de residencia (no puede ser un apartado postal). En la mayoría de las inscripciones, esta información se transfiere sin problemas. Sin embargo, si algún dato resulta contradictorio, el empleado deberá verificarlo. Debe completar este proceso para hacer o recibir aportaciones a una HSA.

¿Puedo inscribirme en una HSA y en una cuenta de gastos flexibles (FSA)?

Si tiene una FSA de atención médica tradicional, no puede abrir una HSA y/o hacer aportaciones en una HSA. Sin embargo, puede elegir tener una FSA compatible con una HSA y seguir siendo elegible para abrir una HSA y/o hacer aportaciones en una. En una FSA compatible con una HSA, los fondos de su FSA podrán usarse únicamente para gastos dentales y/u ópticos hasta que haya alcanzado su deducible anual (año calendario) por servicios médicos. Una vez que haya alcanzado el deducible, puede presentar la documentación adecuada y después usar la FSA para cubrir gastos médicos y/o de fármacos recetados.

Nivel de inscripción	Monto máximo anual 2024 de conformidad con el IRS (CRH Americas más aportaciones de miembros)	Aportación anual de CRH Americas	Aportación anual del miembro
Únicamente el empleado	\$4,150	\$500	Mínimo: \$0 Máximo: \$3,650
Empleado más hijo	\$8,300	\$750	Mínimo: \$0 Máximo: \$7,550
Empleado más cónyuge	\$8,300	\$750	Mínimo: \$0 Máximo: \$7,550
Empleado más hijos o empleado más familia	\$8,300	\$1,000	Mínimo: \$0 Máximo: \$7,300

Aportaciones adicionales: Si para el 31 de diciembre de 2024 usted tiene 55 años de edad o más, puede aportar \$1,000 adicionales por año.

El **monto máximo anual** está sujeto a los cambios que disponga el IRS cada año.

¿Cuándo estarán disponibles para mí los fondos de mi HSA?

A diferencia de una FSA, el monto total elegido no estará a su disposición el 1.º de enero. En lugar de esto, el saldo de la cuenta crece durante el año según las deducciones a la nómina y/o las aportaciones de CRH. Usted sólo podrá retirar fondos para pagar los gastos calificados con base en el saldo real de la cuenta.

¿Puedo cambiar mi aportación a la HSA durante el año?

Sí, puede aumentar o disminuir su aportación a la HSA en cualquier momento durante el año, siempre y cuando no exceda el monto máximo de aportación anual total.

¿En qué puedo usar los fondos de la HSA?

Puede usar los fondos que acumule para pagar los gastos calificados por el IRS, como:

- » Gastos médicos y de fármacos recetados.
- » Servicios dentales.
- » Servicios ópticos.
- » Medicamentos de venta libre con receta por escrito del médico.
- » Determinado equipo médico.
- » Primas de seguro médico a largo y a corto plazo.
- » Primas COBRA.
- » Primas de seguro de Medicare y primas de un programa médico para pensionados que pague el empleador (una vez que cumpla 65 años).

¿Cómo puedo acceder a mis fondos de la HSA para cubrir gastos calificados?

Cuando se inscriba en el HDHP y abra una HSA, recibirá una tarjeta de cuentas MyChoice que puede usar como lo considere adecuado para los gastos calificados. De este modo, puede elegir usar los fondos o acumular el saldo en su HSA para ahorrar para gastos imprevistos o incluso para el retiro.

Si tiene una cuenta HSA de un empleador anterior, puede transferir los fondos a la HSA de CRH; para ello, comuníquese con su proveedor de cuenta HSA.

¿Cuáles son las opciones de inversión?

Sus opciones de inversión incluyen opciones de inversión estándar, que van desde opciones de inversión de riesgo alto, moderado o bajo para maximizar sus ahorros.

Las cuentas MyChoice se han asociado con UMB Bank (un banco con garantía de FDIC) para que sea el depositario de su HSA.

Podrá acceder a una cuenta integrada y manejo de inversiones en www.benefitsolver.com.

- » No es necesario inscribirse en ningún servicio adicional ni acceder a otro sitio para poder invertir.
- » Fondos mutuos sin comisiones por transacción.
- » Capacidades automáticas de asignación de fondos.
- » Acceso a estados de cuenta y formularios de impuestos las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿Hay comisiones administrativas relacionadas con una HSA?

Si decide invertir sus fondos, que deberá comenzar a invertir de inmediato, se deducirá directamente del saldo de su cuenta una comisión mensual por administración de \$2.50 que cobra UMB Bank.

Cuando comience a invertir el dinero en la HSA, no pagará impuestos por las ganancias. Los intereses y los ingresos por inversión que se generen a partir del saldo de su HSA también están libres de impuestos, lo que le permite generar un saldo libre de impuestos.



Cuentas de gastos flexibles

Cuenta de gastos flexibles para atención médica		Cuenta de gastos flexibles para atención médica compatible con una HSA
Requisitos de elegibilidad	Puede utilizar esta cuenta para los gastos elegibles que incluyen gastos médicos, dentales u ópticos que no estén cubiertos por el seguro que usted o sus dependientes presenten. <ul style="list-style-type: none"> • Debe estar inscrito en el plan de cobertura médica PPO. 	Puede utilizar esta cuenta para los gastos dentales u ópticos elegibles que no estén cubiertos por el seguro que usted o sus dependientes presenten. <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier persona que no esté inscrita en un plan de cobertura médica PPO.
¿En qué podría usar esta cuenta?	Deducibles, copagos y coseguro para gastos médicos, dentales, ópticos o de fármacos recetados. Cualquier gasto autorizado por el IRS.	Deducibles, copagos y coseguro de gastos dentales u ópticos. Cualquier gasto elegible por el IRS.
¿Cuál es el monto máximo que puedo depositar en esta cuenta?	Elección mínima: \$250 Elección máxima: \$3,050	Elección mínima: \$250 Elección máxima: \$3,050
¿Cómo me inscribo?	Puede completar la inscripción en benefitsolver.com , recibirá una tarjeta de débito por correo postal cuando haya finalizado la inscripción. No puede cambiar sus elecciones de inscripción hasta el siguiente período de inscripción o si presenta un evento calificado. Debe volver a elegir la cobertura FSA cada año, la inscripción no se transfiere de un año a otro.	
¿Cuándo están disponibles los fondos?	CRH Americas transfiere la cantidad total de la contribución por anticipado en la cuenta y está disponible para su uso de manera inmediata. Sin embargo, las contribuciones se deducen en pagos iguales de cada cheque de pago a lo largo del año. El monto que aporte a la cuenta se deduce antes de impuestos y no se grava cuando lo utiliza para gastos elegibles.	
¿Qué sucede si no utilizo el dinero durante el año?	La FSA de atención médica le permitirá transferir automáticamente hasta \$610 de cualquier saldo restante al final del año 2024 para usarlo en 2025. El importe traspasado de \$610 no afectará al límite de \$3,050 para las aportaciones de 2025. No es necesario apresurarse y gastar los dólares que se traspasaron: no hay ninguna fecha límite en 2025 para gastar la cantidad traspasada. El saldo mínimo requerido para el traspaso es de \$10 para los participantes que no se inscriban en la cuenta de gastos flexibles de atención médica durante el siguiente año del plan.	
¿Cuándo necesito presentar la documentación?	El IRS requiere que las cuentas MyChoice verifiquen cada compra. Para esto, aprobamos las transacciones que realice con la tarjeta en el punto de venta y pagamos al proveedor. Sin embargo, algunas veces el proveedor no está registrado en el sistema de codificación de comerciantes o no podemos validar el servicio o el artículo que usted ha adquirido con la información que recibimos. Por ejemplo, si el consultorio del dentista no especificó qué servicio le brindó, necesitaríamos documentación para asegurarnos de que es un gasto elegible. El blanqueamiento dental no es un gasto elegible, por ejemplo. Sólo en caso de que necesite presentar documentación, asegúrese de guardar todos sus recibos de compras y el documento de explicaciones de beneficios que reciba de la compañía de seguros. Los cinco tipos distintos de documentación que puede utilizar para presentar son los siguientes: Un documento de explicación de beneficios (EOB) que recibió de la compañía de seguro. Un recibo detallado que muestre los artículos o servicios que recibió del vendedor o proveedor. Una factura de un proveedor. No presente cheques cancelados o estados de cuenta bancarios porque por lo general no brindan suficiente información. Además, no puede presentar sus propias notas como documentación.	

Justificación de transacciones realizadas con la tarjeta:

Todas las compras realizadas con la tarjeta de gastos médicos se deben verificar en el transcurso de 90 días a partir de la fecha de la transacción, de conformidad con las normativas del IRS.

Las cuentas MyChoice le notificarán si la transacción no se puede verificar en automático, junto con instrucciones sobre qué hacer.



www.benefitsolver.com
888.437.4866

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado diurno de dependientes

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado diurno de dependientes	
Requisitos de elegibilidad	<p>La FSA para el cuidado diurno de dependientes está disponible para los empleados que quieran apartar dólares antes de impuestos para pagar los gastos del cuidado diurno de dependientes elegibles. Los dependientes elegibles se definen como niños menores de 13 años que se describen como dependientes en su declaración federal de impuestos sobre la renta o un cónyuge o dependiente con discapacidad de 13 años o más que sea física o mentalmente incapaz de cuidarse solo. Se requiere un certificado de discapacidad. Para ser elegible para participar en esta cuenta, debe cumplir con uno de los criterios de aptitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted y su cónyuge trabajan. • Es soltero y es jefe del hogar. • Su cónyuge tiene una discapacidad o es estudiante de tiempo completo.
¿En qué podría usar esta cuenta?	<p>Los gastos elegibles incluyen la supervisión directa de los dependientes y los gastos por servicios del hogar. La mayoría de los servicios de supervisión directa tiene cobertura, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención en un centro de atención para dependientes. Si el centro brinda servicios de atención para más de seis personas, el centro debe cumplir con las leyes y normativas locales vigentes. • Cuidado diurno de dependientes que brinde una persona en su casa o la del cuidador. • Cuidado diurno de dependientes en una institución educativa.
¿Cuál es el monto máximo que puedo depositar en esta cuenta?	<p>Elección mínima: \$250 Elecciones máximas: \$5,000 si es soltero. \$5,000 si es casado y presentan una declaración conjunta. \$2,500 si es casado y presentan una declaración por separado.</p>
¿Cómo me inscribo?	<p>Puede completar la inscripción en benefitsolver.com, recibirá una tarjeta de débito por correo postal cuando haya finalizado la inscripción. No puede cambiar sus elecciones de inscripción hasta el siguiente período de inscripción o si presenta un evento calificado. Debe volver a elegir la cobertura FSA cada año, la inscripción no se transfiere de un año a otro.</p>
¿Cuándo están disponibles los fondos?	<p>La cantidad de la contribución está disponible a medida que sale de su cheque de pago en cada período de pago, por lo que el monto total de la contribución no está disponible al inicio del año o cuando inicia la cobertura.</p>
¿Qué sucede si no utilizo el dinero durante el año?	<p>Usted tiene un período de gracia hasta el 15 de marzo del siguiente año en el que puede cubrir sus gastos con los fondos de la FSA del año anterior. Tendrá hasta el 31 de marzo (incluido el período de gracia) para solicitar el reembolso de los gastos elegibles. Se perderán los fondos que queden en su FSA para el cuidado diurno de dependientes después del 31 de marzo que pudieran haberse usado para gastos elegibles en los que haya incurrido durante el año anterior, según lo solicite el IRS.</p>

NOTA: Presente reclamaciones de manera manual de enero a marzo para los gastos del año anterior. Debe presentar la documentación de apoyo para respaldar las reclamaciones del año anterior.

Evaluaciones de no discriminación

Debido a que sus aportaciones en la FSA se deducen de su cheque de pago antes de impuestos, CRH Americas debe evaluar nuestras FSA de atención médica y para el cuidado diurno de dependientes a fin de asegurarse de que no discriminen a favor de personas que son empleados muy bien remunerados o que de otra manera son empleados clave en nuestra organización. En caso de que los planes no aprueben la evaluación, CRH Americas se reserva el derecho de modificar su aportación a mediados de año para que los planes se encuentren de nuevo en una situación de aprobación. Para obtener más información, consulte la descripción resumida de su plan de FSA.



www.benefitsolver.com
888.437.4866

Seguro de vida

Beneficios básicos del seguro de vida y AD&D para el empleado

A través de Unum, usted cuenta con beneficios básicos del seguro de vida y por muerte y pérdida de extremidades accidental (*Accidental Death and Dismemberment, AD&D*) sin costo alguno. Usted recibe una cobertura equivalente al pago de base anual redondeado al millar más cercano por una cantidad máxima de \$500,000.

El seguro por muerte y pérdida de extremidades accidental (AD&D) ofrece beneficios adicionales para sus familiares y/o beneficiarios si su muerte se debe a un accidente. La cobertura por AD&D también ofrece una parte de los beneficios si pierde una extremidad, la vista, la capacidad auditiva o el habla como resultado directo de un accidente. Asegúrese de mantener actualizada la información de sus beneficiarios. Puede acceder al documento resumido del plan básico y opcional en la página de inicio principal de Benefitsolver.

Nota: Los montos que excedan \$50,000 se gravarán como ingresos imputados.

Seguro de vida opcional para empleados

Usted puede mejorar sus beneficios del seguro de vida básico si adquiere un seguro de vida adicional para usted mismo. Sus aportaciones se pagarán después de impuestos según las reglas del IRS. Usted puede adquirir un seguro de vida opcional en incrementos de \$10,000 por hasta 10 veces sus ingresos anuales sin exceder \$2,000,000. Las tarifas mensuales por \$1,000 de la cobertura del seguro de vida opcional se indican en la tabla que se muestra en esta página. Deberá presentar evidencia de asegurabilidad.

Emisión de garantía

Empleado nuevo: Usted tiene derecho a una cobertura máxima de \$300,000 y los cónyuges a una cobertura de hasta \$50,000 sin evidencia de asegurabilidad (*Evidence of insurability, EOI*).

Inscripción abierta: Durante la inscripción abierta anual, los empleados elegibles de tiempo completo pueden elegir o aumentar una cobertura de \$10,000 sin evidencia de asegurabilidad.

La inscripción está disponible todo el año; sin embargo, la inscripción fuera de su período de inscripción inicial como empleado nuevo se considera ingreso tardío y está sujeta a EOI.

Seguro de vida opcional para cónyuges

Usted tiene la oportunidad de adquirir un seguro de vida para su cónyuge en incrementos de \$10,000 por un monto máximo de \$250,000. Deberá presentar evidencia de asegurabilidad.

Las tarifas se basan en la edad y en si consume tabaco o no. Las tarifas dependen de la edad del empleado y del cónyuge de manera independiente.

Seguro de vida opcional para dependientes

Usted tiene la oportunidad de adquirir un seguro de vida para sus hijos dependientes (desde el nacimiento hasta que cumplan 26 años). Puede elegir un monto fijo de cobertura de \$10,000. El costo por cubrir a los dependientes es de \$1.32 por mes y cubre el costo de todos sus hijos dependientes sin importar la cantidad de hijos que tenga. No es necesario presentar evidencia de asegurabilidad.

Nota: No es necesario contar con cobertura de seguro de vida opcional para el empleado para poder adquirir un seguro de vida opcional para su cónyuge/dependiente (aplican restricciones).

Tarifas mensuales por cobertura de \$1,000

Edad cumplida	No fumador	Fumador
Menos de 25 años	\$0.051	\$0.062
De 25 a 29	\$0.062	\$0.071
De 30 a 34	\$0.082	\$0.095
De 35 a 39	\$0.093	\$0.107
De 40 a 44	\$0.103	\$0.119
De 45 a 49	\$0.154	\$0.187
De 50 a 54	\$0.237	\$0.286
De 55 a 59	\$0.442	\$0.559
De 60 a 64	\$0.679	\$0.893
De 65 a 69*	\$1.307	\$1.788
De 70 a 74*	\$2.119	\$2.900
Más de 75	\$2.119	\$2.900

*El monto de la cobertura se limitará a los 70 años o más.

Debe ser un empleado activo después de la fecha de entrada en vigor para que la cobertura o cualquier incremento en esta se aplique. No se lo considerará como empleado activo si tiene un permiso de ausencia laboral debido a una discapacidad o compensación para el trabajador en la fecha de entrada en vigor de la cobertura. La única excepción a este requisito es si se encuentra en una suspensión temporal.

Información adicional

Si abandona CRH Americas, tendrá la opción de trasladar o modificar su seguro de vida o el de sus dependientes, lo que significa que puede seguir adquiriendo el seguro siempre y cuando usted mismo pague las primas. Tiene únicamente 90 días a partir de la fecha de finalización para cambiar el plan. Comuníquese con Unum para obtener más información. Los hijos dependientes que cumplan 26 años durante el año del plan contarán con la cobertura del plan del seguro de vida opcional para dependientes hasta el final del año calendario en el que cumplan los 26 años.



www.unum.com
866.215.1720

Cálculo del costo del seguro de vida opcional

	Monto cubierto		Cantidad de 1,000		Prima		Costo mensual
Usted		÷ 1,000 =		x		=	\$
Cónyuge		÷ 1,000 =		x		=	\$
Hijos		÷ 1,000 =		x		=	\$

Información adicional sobre el plan de seguro de vida opcional

La cobertura se basa en los ingresos anuales

Se usan los ingresos anuales del empleado al 1.º de octubre de cada año para calcular las tarifas y determinar la cobertura para el siguiente año del plan a partir del 1.º de enero. Pueden realizarse ajustes si tiene un aumento de salario del 15 % o más.

Reducción de beneficios para las personas de 70 y 75 años de edad

Cuando un empleado cumpla 70 o 75 años, los beneficios se reducirán y la elección actual se congelará en un 65 % y 50 %, respectivamente. Esta reducción se aplica a la cobertura del seguro básico de vida y del seguro de vida opcional para los empleados, así como a la cobertura del seguro de vida opcional para los cónyuges. Cuando el cónyuge de un empleado cumpla 70 o 75 años, los beneficios se reducirán y la elección anual se congelará en un 65 % y 50 %, respectivamente. La prima total que el empleado paga por el seguro de vida opcional se reflejará en la reducción de los beneficios. La edad y los niveles de beneficios se determinarán en enero de cada año para las tarifas y la cobertura para el año del plan a partir del 1.º de enero.

Si el empleado/cónyuge cumple 70 o 75 años de edad después del 1.º de enero, su tarifa y cobertura no cambiarán sino hasta el siguiente año del plan.



Planes de discapacidad a corto y a largo plazo

Unum administra los planes de discapacidad a corto y a largo plazo de CRH Americas. Estos planes se ofrecen a todos los empleados elegibles de tiempo completo. El período de espera para la elegibilidad es el primer día del mes después de 60 días de empleo activo continuo.

Unum tiene un equipo especializado de representantes altamente capacitados que dominan la gestión de reclamaciones por discapacidad y están familiarizados con el plan de CRH Americas. Unum se compromete a brindar un excelente servicio al cliente y a facilitar la presentación de reclamaciones por teléfono o en línea.

¿Tiene alguna pregunta?	Discapacidad a corto plazo (<i>Short-Term Disability, STD</i>)	Discapacidad a largo plazo (<i>Long-Term Disability, LTD</i>)
¿Quién paga la cobertura?	CRH Americas	CRH Americas
¿En qué consiste el beneficio?	60 % de los ingresos semanales hasta \$2,000 (sujeto a impuestos)	60 % de los ingresos mensuales hasta \$10,000
¿Cómo se calculan mis beneficios?	<ul style="list-style-type: none"> • Para los empleados asalariados, el cálculo del beneficio se determina a partir de los ingresos mensuales brutos en vigor a partir del 1.º de octubre del año anterior. • Para los empleados que trabajan por hora, el cálculo del beneficio se determina multiplicando la tarifa de pago por hora en vigor a partir del 1.º de octubre del año anterior por 2,080 horas y dividiendo el resultado entre 12 meses. • Para los empleados que trabajan por comisión, se toman en cuenta los ingresos mensuales brutos del empleador en vigor a partir del 1.º de octubre del año calendario anterior a la fecha de inicio de la discapacidad. Para calcularlo, se suma el salario base anual (si corresponde) en vigor a partir del 1.º de octubre y los ingresos realmente percibidos de las comisiones durante el período del 1.º de octubre al 30 de septiembre del año calendario anterior y se divide el resultado entre 12 meses. 	
Período de eliminación	7 días por enfermedad y lesiones	26 semanas
¿Con qué frecuencia recibiré mis ingresos por discapacidad?	Una vez por semana	Una vez por mes
¿Cómo puedo presentar una reclamación por discapacidad?	Por teléfono al 866.215.1720 o en línea en www.unum.com	Por teléfono al 866.215.1720 o en línea en www.unum.com . Si recibe beneficios para el STD, la reclamación se transferirá en automático a la LTD. Si recibe una compensación para trabajadores, tendrá que iniciar una reclamación de LTD si se ha ausentado 90 días y se prevé que la discapacidad continúe.
¿Debo comunicarme con mi administrador local de Recursos Humanos/Beneficios para coordinar mi permiso de ausencia?	Sí, ya que usted también podría ser elegible para recibir los beneficios de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (<i>Family and Medical Leave Act, FMLA</i>).	Sí, para que pueda saber si habrá algún cambio en sus beneficios de salud y otros beneficios relacionados cuando comience a recibir los beneficios de LTD.
¿Cómo se maneja el proceso de la FMLA?	Unum y su administrador local de Recursos Humanos/Beneficios se encargarán del proceso para coordinar su ausencia.	Es posible que no se aplique la FMLA una vez que comience a recibir los beneficios de LTD, pero, si aún puede obtener un permiso de ausencia en virtud de esa ley, tendrá que comunicarse con Unum y con el administrador local de Recursos Humanos/Beneficios para coordinar su permiso de ausencia.
¿Se compensarán mis beneficios por discapacidad con los beneficios por discapacidad que otorga el estado?	Sí, el beneficio que recibe por discapacidad que otorga el estado puede compensarse con el monto de STD.	Sí, el beneficio que recibe por discapacidad que otorga el estado puede compensarse con el monto de LTD.

En www.benefitsolver.com encontrará una hoja informativa sobre los planes de discapacidad a corto y a largo plazo y un resumen del proceso de reclamación por teléfono.

Si cuenta con la representación de un sindicato, es posible que sea elegible para recibir este beneficio o que no lo sea. La elegibilidad para recibir este plan depende de su convenio laboral colectivo específico.



Unum
www.unum.com
 866.215.1720

Plan de jubilación 401(k) de CRH Americas

Disposiciones del plan	
Inscripción automática	Los empleados nuevos están sujetos a una inscripción automática con una tasa por aplazamiento del 5 % en la fecha de elegibilidad a menos que decidan no participar. Los empleados recibirán un aviso sobre la inscripción automática 30 días antes de la fecha de vigencia.
Elegibilidad	<p>Aportación diferida por parte del empleado: Primer día del mes después de 90 días de empleo.</p> <p>Aportación de contrapartida por parte del empleador: Primer día del mes después de cumplir todos los requisitos de elegibilidad. Un año de empleo a partir de la fecha de contratación.</p> <p>Aportación por concepto de reparto de utilidades por parte del empleador: Primer día del mes después de cumplir todos los requisitos de elegibilidad. Un año de empleo elegible a partir de la fecha de contratación; 1,000 horas de empleo durante el año del plan y contratación el último día del año del plan.</p>
Aportación del empleado	Usted puede aportar montos porcentuales totales del 1 al 75 % en una cuenta tradicional antes de impuestos y en una cuenta Roth después de impuestos, sujeto a los límites máximos del IRS.
Aportación del empleador	<p>Aportación de contrapartida: CRH Americas hará una aportación por el monto total del primer 5 % que usted aporte.</p> <p>Sin ajuste de nivelación: El plan de CRH ajusta la nivelación de la aportación de contrapartida del empleador para el plan 401(k). La aportación de contrapartida se ajusta con las aportaciones que haga el empleado por período de paga. Si el límite anual se alcanza en el transcurso del año, la aportación de contrapartida se suspenderá.</p> <p>Aportación por concepto de reparto de utilidades: CRH Americas puede aportar un porcentaje de la compensación que usted es elegible para recibir, según su propio criterio.</p>
Adquisición de derechos	
Aportación diferida por parte del empleado	Inmediata
Aportación de contrapartida por parte del empleador	Inmediata
Reparto de utilidades por parte del empleador	20 % por año de empleo acreditado; 100 % después de cinco años de empleo
Administrada por	Fidelity Investments 800.835.5095 www.401k.com

Algunos grupos, incluidos los sindicatos, pueden tener un cronograma de aportaciones diferente o posiblemente no sean elegibles para las aportaciones por concepto de reparto de utilidades y aportaciones de contrapartida por parte del empleador. Comuníquese con el representante local de RR.HH./Beneficios si tiene alguna pregunta sobre las aportaciones por concepto de reparto de utilidades y de contrapartida.



Aspectos importantes del plan 401(k)

El objetivo de este resumen es proporcionarle información general sobre los beneficios de jubilación que le brinda CRH Americas. Para obtener información adicional sobre el plan 401(k) (el plan) de CRH Americas, visite Fidelity NetBenefits® en www.401k.com o llame al **800.835.5095**. Tenga en cuenta que algunos grupos, incluidos los sindicatos, pueden tener requisitos de elegibilidad o cronogramas de aportaciones distintos. Es posible que quiera consultar a su representante local de RR. HH. para obtener información específica sobre el plan.

¿Quién es elegible?

Su elegibilidad para participar en el plan depende de la fecha en la que un empleador participante lo contrató por primera vez, su situación en un grupo de empleados con cobertura del plan y los tipos de aportaciones correspondientes. Usted será elegible para participar en el plan a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que cumpla 18 años y reúna 90 días de empleo con su empleador. Usted será elegible para las aportaciones patronales adheridas al plan de refugio tributario y las aportaciones obligatorias (como reparto de utilidades), en la medida de lo permitido, el primer día del mes siguiente a la fecha en que cumpla 18 años y complete un año de empleo (por lo general, 1,000 horas durante el período de 12 meses que comienza desde la fecha de contratación con su empleador o una compañía relacionada). Para recibir la asignación de aportaciones obligatorias para un año del plan, debe haber completado un año de empleo elegible, ser empleado de un empleador participante o una compañía relacionada el último día del año del plan (31 de diciembre) y haber reunido por lo menos 1,000 horas de empleo durante el año del plan. También puede ser elegible para las aportaciones obligatorias si, durante el año del plan, se jubila, fallece o sufre una discapacidad. Usted no será elegible para las aportaciones patronales adheridas al plan de refugio tributario y las aportaciones obligatorias si está sujeto a un contrato colectivo de trabajo en el que no se estipula que deba recibir tales aportaciones. Es posible que los términos y condiciones de ese contrato colectivo al que usted está sujeto rijan otras disposiciones y limitaciones del plan.

Inscripción automática

Si usted es un empleado que se vuelve elegible el 1.º de enero de 2022 o después (cuando la política entró en vigor), no está sujeto a un contrato colectivo de trabajo (o está sujeto a un contrato colectivo en el que se prevé la inscripción automática) y no tomó una decisión específica respecto al tipo de aportaciones que haría (o que no haría) al plan, quedará inscrito automáticamente el primer día del mes calendario siguiente al día en que haya cumplido 18 años de edad y reunido 90 días de empleo con un empleador participante. **Del pago que realice, se retendrá el 5 % de su compensación del plan y se depositará en forma de aportaciones al plan 401(k).** A menos que elija opciones de inversión, las aportaciones automáticas al plan 401(k) se invertirán en el fondo alternativo de inversión predeterminado del plan calificado. Este porcentaje seguirá siendo el mismo entre un año del plan y otro, a menos que usted lo cambie.

Recuerde que tiene derecho a cancelar la inscripción automática. Si quiere aumentar o disminuir sus aportaciones al plan 401(k), invertir en un fondo de inversión diferente o no hacer aportaciones al plan, puede comunicar su decisión a la línea de beneficios de jubilación de Fidelity al **800.835.5095** o en la página de internet de Fidelity NetBenefits® en www.401k.com.

¿Cómo accedo y me inscribo en el plan?

Puede acceder a su cuenta en línea a través de Fidelity NetBenefits® en www.401k.com o llamar al Centro de Beneficios de Fidelity al **800.835.5095** para hablar con un representante o usar el sistema automatizado de respuesta de voz, prácticamente las 24 horas del día, los 7 días de la semana e inscribirse en el plan.

¿En qué fecha mi inscripción entra en vigor?

Su inscripción entra en vigor una vez que elija un porcentaje de aplazamiento, lo que da inicio a la deducción de sus aportaciones a partir de su pago. Por lo general, estas deducciones salariales comienzan a partir del próximo período de pago después de que recibamos su información de inscripción o tan pronto como sea posible desde el punto de vista administrativo.

¿Cómo puedo designar a mi beneficiario?

Si aún no ha seleccionado a sus beneficiarios o si ha habido un cambio de vida importante, como un matrimonio, un divorcio, el nacimiento de un hijo o la muerte de un familiar, es hora de que analice quiénes serán sus beneficiarios. El servicio en línea para beneficiarios de Fidelity, disponible a través de Fidelity NetBenefits®, ofrece un proceso sencillo y práctico que sólo toma unos cuantos minutos. Simplemente inicie sesión en NetBenefits® desde www.401k.com y haga clic en “Beneficiaries” (beneficiarios) en la sección “About You” (información sobre usted) en “Your Profile” (perfil personal). Si no tiene acceso a internet o si prefiere presentar la información sobre su beneficiario en un formulario impreso, comuníquese al **800.835.5095**. Los beneficiarios que haya designado no se transferirán de su plan anterior.

¿Qué cantidad puedo aportar?

CRH Americas le ofrece la oportunidad de realizar una aportación a una cuenta tradicional antes de impuestos al plan 401(k) y/o una aportación a una cuenta Roth después de impuestos al plan 401(k). A través de la deducción automática a la nómina, usted puede aportar entre el 1 y el 75 % (en incrementos del 1 %) del pago elegible antes y/o después de impuestos, hasta por los límites anuales en dólares del IRS. Las aportaciones anuales adicionales que realice al plan (la suma de sus aportaciones personales y las de la compañía) no pueden exceder el 100 % del pago que usted haga o \$69,000 para 2024 (la cantidad que sea menor). Además, cada año usted puede aumentar automáticamente sus aportaciones a su plan de ahorros de jubilación a través del Programa de aumento anual, hasta por el 75 % del pago. Para inscribirse, inicie sesión en Fidelity NetBenefits® desde www.401k.com haga clic en “Payroll Deductions” (deducciones a la nómina) o llame al Centro de Beneficios de Fidelity al **800.835.5095**. Es posible que los empleados que se determine que reciben compensaciones elevadas estén sujetos a restricciones adicionales.



¿Cuáles son los límites máximos de aportaciones anuales del IRS?

Para 2024, el límite de aportaciones antes de impuestos y/o después de impuestos del IRS es de \$23,000 para los participantes menores de 50 años. Para 2024, el límite de aportaciones adicionales antes y/o después de impuestos es de \$7,500 adicionales para los participantes de 50 años o más, o de \$30,500 en total.

¿Qué aportación “adicional” puedo hacer?

- » Siempre y cuando haya cumplido o vaya a cumplir 50 años durante el año del plan y haya hecho la aportación máxima del plan o la aportación antes y/o después de impuestos de \$23,000 que estipula el IRS, el porcentaje de aplazamiento puede seguir difiriéndose hasta el límite de recuperación anual de \$30,500. Estas aportaciones se clasificarán en automático como aportaciones adicionales. No es necesario que elija el monto de la aportación de recuperación por separado. Las aportaciones adicionales se deducen a través de la nómina, de la misma manera que las aportaciones normales.

¿La compañía realiza una aportación de contrapartida a mi cuenta?

CRH ayuda a que sus ahorros de jubilación crezcan al igualar las aportaciones que usted hace. CRH igualará el 100 % de cada dólar que usted aporte por el primer 5 % del pago que usted difiera en su plan. En general, los empleados deben haber trabajado durante 12 meses a partir de la fecha de contratación para cumplir con los criterios de elegibilidad iniciales para recibir las aportaciones de contrapartida, las cuales comenzarán a partir del primer día del mes siguiente a la determinación de la elegibilidad. Si usted está sujeto a un contrato colectivo, la aportación de contrapartida que le corresponde se definirá en el contrato colectivo específico.

¿La compañía realizará aportaciones por concepto de reparto de utilidades?

CRH puede hacer una aportación anual a su cuenta por concepto de reparto de utilidades. En términos generales, para que un empleado sea elegible para recibir utilidades, debe haber completado un año de empleo elegible a partir de la fecha de contratación, haber reunido 1,000 horas de empleo durante el año del plan y estar empleado el último día del año del plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta aportación por concepto de reparto de utilidades, comuníquese con el Departamento local de Recursos Humanos. Si usted está sujeto a un contrato colectivo de trabajo, la aportación por concepto de reparto de utilidades que le corresponde se definirá en el contrato colectivo específico.

Compensación del plan

Las aportaciones que se hacen al plan se basan en la compensación del plan. La “compensación del plan” elegible para las aportaciones para el plan 401(k) consta de todos los salarios que usted recibe como empleado elegible por los servicios prestados, tal como se informa en el formulario

W-2, sin incluir reembolsos y otros gastos subsidiados, beneficios complementarios, gastos de mudanza, compensaciones diferidas, beneficios de bienestar y bonos. La compensación del plan no incluye indemnización por despido. La compensación del plan incluye cualquier monto que se habría incluido en su compensación si no hubiera recibido un trato fiscal especial debido a que se difirió dentro del plan, un plan de reembolso de gastos médicos, un plan de atención para dependientes, o bien, los reembolsos para gastos de transporte o estacionamiento que cumplan con los requisitos correspondientes. Las normas fiscales limitan el monto de la compensación que se debe considerar como compensación del plan cada año (\$345,000 para 2024).

¿Cuándo adquiriré los derechos que me corresponden?

En todo momento tiene el 100 % del derecho adquirido de sus aportaciones antes y/o después de impuestos, aportaciones de reinversión y cualquier ganancia asociada. Usted también tendrá el 100 % del derecho adquirido de cualquier aportación de contrapartida que la compañía haga a su cuenta después del 1.º de enero de 2013 y de cualquier ganancia asociada. Asimismo, recibirá cualquier aportación por concepto de reparto de utilidades que la compañía haga a su cuenta y cualquier ganancia asociada de acuerdo con el cronograma siguiente:

Años de empleo	Porcentaje de derecho adquirido
1	20 %
2	40 %
3	60 %
4	80 %
5	100 %

¿Cuáles son las opciones de inversión que tengo?

Para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de inversión, el plan le ofrece una variedad de opciones. Puede seleccionar la combinación de opciones de inversión que se adapte mejor a sus objetivos, plazo y tolerancia al riesgo. Las opciones de inversión disponibles a través del plan incluyen fondos conservadores, moderadamente conservadores y agresivos. El plan también incluye opciones de inversión en acciones de la compañía y en una cuenta de corretaje autogestionada. En la página de Fidelity NetBenefits® está disponible una descripción completa de las opciones de inversión del plan y de cómo funcionan, así como herramientas de planificación para ayudarlo a elegir una combinación adecuada.

¿Cómo sé si el dinero que tengo será suficiente para mi jubilación?

Las herramientas de planificación de Fidelity están diseñadas para ayudarlo a administrar sus bienes cuando planifique su jubilación. Sólo tiene que iniciar sesión en Fidelity NetBenefits® desde www.401k.com para acceder a estas herramientas.

¿Puedo tomar un préstamo de mi cuenta?

Aunque el objetivo de su cuenta del plan es que la utilice en el futuro, puede tomar dinero prestado de ella por cualquier motivo. Por lo general, el plan permite tomar prestado hasta el

50 % del saldo de su cuenta antes y/o después de impuestos y del saldo de su cuenta de reinversión. El monto mínimo del préstamo es de \$1,000, y este no puede exceder \$50,000 o el 50 % del saldo de su cuenta antes y/o después de impuestos y de reinversión. Posteriormente, deberá devolver el dinero a su cuenta, más intereses, a través de deducciones a la nómina después de impuestos. El saldo de cualquier préstamo que haya quedado pendiente de pago de los 12 meses anteriores puede reducir el monto que usted puede pedir prestado. Sólo puede tener un préstamo pendiente de pago a la vez. El costo de solicitud de un préstamo es de \$50 y deberá cubrir una cuota de mantenimiento trimestral de \$6.25. Las tarifas de solicitud y mantenimiento se deducirán directamente de su cuenta del plan. Si usted no paga su préstamo (según los términos originales del préstamo), este se considerará “incumplido” y se tratará como si fuera una repartición sujeta al pago del impuesto sobre la renta y posiblemente a un recargo por retiro anticipado del 10 %. Los préstamos incumplidos también pueden afectar a su elegibilidad para solicitar préstamos adicionales. Asegúrese de entender las pautas del plan antes de solicitar un préstamo de su cuenta del plan. Para obtener más información o solicitar un préstamo, inicie sesión en www.401k.com o llame al Centro de Beneficios de Fidelity al [800.835.5095](tel:800.835.5095).

¿Puedo hacer retiros de mi cuenta?

Por lo general, los retiros del plan están permitidos cuando usted finalice su relación laboral, se jubile, cumpla 59 años y 6 meses de edad, sufra una discapacidad permanente o tenga dificultades económicas graves según lo definido en el plan. La parte gravable de su retiro que es elegible para reinvertirse en una cuenta individual de jubilación (IRA, por su sigla en inglés) o en el plan de jubilación de otro empleador está sujeta a una retención fiscal obligatoria del 20 % del impuesto sobre la renta, a menos que se transfiera directamente a una IRA o al plan de otro empleador (Es posible que deba más o menos cuando declare sus impuestos sobre la renta). Si usted tiene menos de 59 años y 6 meses de edad, la parte gravable de su retiro también está sujeta a un recargo por retiro anticipado del 10 %, a menos que usted califique para una excepción a esta regla. Para obtener más información y/o solicitar un retiro, inicie sesión en Fidelity NetBenefits® en www.401k.com o llame al Centro de Beneficios de Fidelity al [800.835.5095](tel:800.835.5095). El documento del plan y las leyes y normativas fiscales vigentes regirán en caso de discrepancia. Asegúrese de entender las consecuencias fiscales y las reglas de su plan para las reparticiones antes de iniciar una repartición. Es posible que quiera consultar a su asesor fiscal sobre su situación. Cuando usted abandone la compañía, puede retirar las aportaciones y cualquier ganancia asociada o, si el saldo de la cuenta con derecho adquirido es mayor a \$5,000, puede dejar las aportaciones y cualquier ganancia asociada en el plan. Después de que abandone la compañía, si el saldo de la cuenta con derecho adquirido es igual o inferior a \$1,000, se pondrá a su disposición en automático. Si el saldo de su cuenta es mayor a \$1,000, pero menor a \$5,000, su cuenta se transferirá a una cuenta individual de jubilación (IRA) de Fidelity.

¿Cuándo recibiré mi estado de cuenta?

Los estados de cuenta trimestrales están disponibles en línea. Después de iniciar sesión por primera vez en NetBenefits, los participantes deberán otorgar su consentimiento para el envío en línea. Los participantes que se nieguen a dar su consentimiento seguirán recibiendo el

estado de cuenta impreso. Todos los demás participantes (que no hayan iniciado sesión en NetBenefits) recibirán por defecto el estado de cuenta por correo electrónico. Los participantes tienen la opción de volver a solicitar el formato impreso en cualquier momento a través de Fidelity NetBenefits® en www.401k.com o si llama al Centro de Beneficios de Fidelity al [800.835.5095](tel:800.835.5095). A los participantes que reciban el estado de cuenta en línea (ya sea por defecto o porque así lo decidieron) cada año se les enviará por correo postal un aviso de disponibilidad de estado de cuenta (*Notice of Statement Availability, NOSA*).

Comisiones y gastos administrativos del plan

Las comisiones administrativas del plan pueden incluir tarifas legales, contables, fideicomisarios, de mantenimiento de registros y demás tarifas y gastos administrativos asociadas con el mantenimiento del plan. Las comisiones administrativas que el participante deberá cubrir por un monto anual de \$14 (\$3.50 por trimestre) se deducirán de cada cuenta trimestralmente. Esta tarifa puede estar sujeta a cambios periódicos. Si tiene preguntas o desea hablar con un representante de servicio de Fidelity, llame al [800.835.5095](tel:800.835.5095).

¿Dónde puedo encontrar información sobre intercambios y otras características del plan?

Una vez que se inscriba, recibirá un mensaje de bienvenida con detalles sobre la gestión de su cuenta. También puede obtener información sobre préstamos, intercambios y otros temas, en línea a través de Fidelity NetBenefits® desde www.401k.com. En particular, puede acceder a herramientas de simuladores de préstamos que ilustran el posible impacto de un préstamo en el crecimiento a largo plazo de su cuenta. También encontrará un simulador de retiros, que muestra el monto de impuestos federales sobre la renta y los recargos por retiro anticipado que podría pagar, junto con el monto de las ganancias que podría perder si realiza un retiro. Asimismo, puede obtener más información sobre préstamos, retiros y otras características del plan, si llama al Centro de Beneficios de Fidelity al [800.835.5095](tel:800.835.5095) para hablar con un representante o usar el sistema automatizado de respuesta de voz, prácticamente las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cuáles son mis derechos con respecto al voto por poder en un fondo de inversión colectiva?

Como participante del plan, usted puede votar, concursar en licitaciones y ejercer otros derechos similares en fondos de inversión colectiva en los que usted realiza inversiones a través del plan. Los materiales relacionados con el ejercicio de estos derechos se le enviarán cuando tenga lugar una reunión de apoderados, una oferta de licitación o la oportunidad de ejercer derechos similares en relación con los fondos de inversión colectiva habidos en su cuenta.

¿Cómo obtengo información sobre las opciones de inversión y sobre mi cuenta?

La compañía designó a Fidelity para que proporcione información adicional sobre las opciones de inversión disponibles a través del plan. Además, puede solicitar un estado de cuenta por teléfono al [800.835.5095](tel:800.835.5095) o revisarlo en línea en Fidelity NetBenefits®.

Actualizado el 15 de noviembre de 2023

Cómo acceder a la cuenta 401k de Fidelity



CONFIGURE SU CUENTA 401K EN LÍNEA O LLAME POR TELÉFONO A FIDELITY

Acceda a su cuenta en línea a través de Fidelity NetBenefits en www.401k.com O, BIEN, llame al centro de beneficios de Fidelity al **800.835.5095** para hablar con un representante.



REVISE SU CUENTA

Revise sus estados de cuenta y el monto de las aportaciones e inversiones.

- » Inicie sesión en www.401k.com.
- » Haga clic en Quick Links (enlaces rápidos) y seleccione Summary (resumen).



ACTUALICE LA INFORMACIÓN SOBRE SUS BENEFICIARIOS

Cerciórese de que la configuración de sus beneficiarios sea la deseada, en especial si no ha revisado este apartado en un tiempo.

Siga estos pasos:

- » Inicie sesión
- » Haga clic en Profile (perfil).
- » Seleccione Beneficiaries (beneficiarios) y siga las instrucciones.



APROVECHE LOS RECURSOS EDUCATIVOS

Acuda a un taller en línea: Obtenga información sobre distintos temas.

Cree un plan para su futuro: Diseñe y planifique sus objetivos financieros con el simulador de objetivos financieros del centro de planificación y orientación en Netbenefits.fidelity.com/planningcenter.

Avisos legales obligatorios

Aviso anual obligatorio sobre la Ley de Derechos de la Mujer sobre Salud y Cáncer

La Ley de Derechos de la Mujer sobre Salud y Cáncer (*Women's Health and Cancer Rights Act*) exige que los planes de salud grupales proporcionen cobertura para las mastectomías de cirugía reconstructiva y las prótesis posteriores a las mastectomías. Todos los planes médicos brindan esta cobertura.

Si recibe beneficios para una mastectomía necesaria desde el punto de vista médico y si elige la reconstrucción mamaria después de la mastectomía, también tendrá cobertura para lo siguiente:

- » Reconstrucción de la mama en la que se llevó a cabo la mastectomía.
- » Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico.
- » Prótesis.
- » El tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía incluido el linfedema.

Aviso de derechos especiales de inscripción según la HIPAA

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la inscripción para usted y/o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que cuenta con la cobertura de otro seguro médico o plan de salud grupal, en el futuro usted puede inscribirse y/o a sus dependientes en este plan si usted o ellos pierden la elegibilidad para recibir esa otra cobertura o si el empleador deja de hacer aportaciones para su cobertura o la de sus dependientes. Para ser elegible para esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que la otra cobertura finalice o después de que el empleador deje de hacer aportaciones a esa otra cobertura.

Dependiente nuevo debido a un matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción

Si tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción, usted puede inscribirse a sí mismo y/o a sus dependientes. Para ser elegible para esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la asignación para adopción.

Terminación de la cobertura de Medicaid o SCHIP o elegibilidad para recibir asistencia para pago de primas de Medicaid o SCHIP

Si usted o su dependiente es elegible, pero no está inscrito para recibir la cobertura, es posible que pueda inscribirse y/o a su dependiente si alguno de los eventos siguientes ocurre: (1) usted o su dependiente cuenta con cobertura de un plan de Medicaid o de un plan estatal de seguro de salud infantil (*State child health insurance plan*, SCHIP) y la cobertura del plan llega a su fin como resultado de la pérdida de la elegibilidad, o (2) usted o su dependiente se vuelve elegible para recibir asistencia para pago de primas de Medicaid o SCHIP. Para ser elegible para esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que usted o su dependiente se haya vuelto elegible para recibir asistencia para pago de primas o después de que su cobertura o la de su dependiente de Medicaid o SCHIP haya llegado a su fin.

Aviso de privacidad según la HIPAA

Aviso sobre prácticas de privacidad

En este aviso se describe cómo puede usarse y entregarse la información médica sobre usted y cómo puede acceder a ella según lo dispuesto para los planes de salud que están sujetos a la HIPAA. Revísela con atención.

Nombre del plan de salud: Plan de atención médica de CRH Americas (el "plan")

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) de 1996, en su forma modificada, exige

que determinados planes de salud informen a los participantes y beneficiarios del plan sobre sus políticas y prácticas para proteger la confidencialidad de la información sobre su salud (título 45 del Código de Normativas Federales, partes 160 y 164). Cuando la HIPAA se aplica a un plan de salud patrocinado por el empleador, el objetivo de este documento es cumplir con el requisito de notificación que establece la HIPAA para toda la información sobre la salud que el plan genere, transmita, reciba o conserve. Las normativas prevalecerán sobre cualquier discrepancia que surja entre ellas y la información contenida en este aviso.

En virtud del plan se pueden generar, transmitir, recibir y mantener registros que contengan información sobre su salud con el fin de administrar el plan y brindarle beneficios de atención médica. En este aviso se describe la política de privacidad de la información médica del plan para los **beneficios de atención médica, dentales, ópticos, de cuenta de reembolso de gastos de la salud y de cuenta de gastos flexibles**. En el aviso se estipulan las maneras en las que el plan puede usar y entregar información sobre su salud y se describen sus derechos y las obligaciones del plan respecto al uso y a la entrega de la información sobre su salud. No aborda las políticas ni las prácticas de los proveedores de atención médica respecto a la información sobre la salud.

Nuestro compromiso con la privacidad de la información sobre la salud

La política y las prácticas de privacidad del plan protegen la información sobre la salud que permite la identificación individual, conocida como información protegida sobre la salud (*Protected Health Information*, PHI). La PHI es cualquier información que (a) identifica a un individuo (es decir, que contiene su nombre u otros datos que permitan distinguirlo); (b) se genere, transmita o mantenga en virtud del plan, ya sea en forma oral, escrita o electrónica, y (c) se relacione con (i) su salud o estado físico o mental anterior, actual o futuro, (ii) la prestación de servicios de atención médica para usted o (iii) el pago anterior, actual o futuro de la prestación de servicios de atención médica para usted. Su PHI no se utilizará ni dará a conocer sin su autorización por

escrito, excepto según se describa en este aviso o según lo permitan las leyes.

Obligaciones de privacidad del plan

La ley exige que el plan: (a) se asegure de que la información sobre la salud que lo identifica se mantenga privada; (b) le entregue este aviso sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad que tiene el plan respecto a su PHI, y (c) cumpla con los términos del aviso actualmente vigente.

De qué manera puede el plan usar y entregar la información sobre su salud

A continuación, se mencionan las diferentes maneras en que el plan puede usar y entregar su PHI sin su autorización por escrito:

Para brindarle tratamiento. El plan puede usar o entregar su PHI en relación con su tratamiento médico. Por ejemplo, si usted no puede proporcionar sus antecedentes médicos debido a un accidente, el plan puede informar al médico de la sala de urgencias sobre los tipos de fármacos recetados que usa actualmente.

Para realizar un pago. El plan puede usar y entregar su PHI en relación con la obtención o la gestión del pago de la atención médica que recibe. Esto incluye, entre otros aspectos, la determinación de la cobertura y la administración de tareas como facturación, gestión de reclamaciones, subrogación, reembolsos del plan, revisión por necesidad médico y de la idoneidad de la atención, revisión de usos y autorizaciones previas. Por ejemplo, el plan puede recibir y guardar información sobre una cirugía que se le haya realizado a fin de permitir que el plan procese una reclamación hospitalaria por el reembolso de gastos quirúrgicos en los que usted haya incurrido.

Para llevar a cabo trámites de atención médica. El plan puede usar y entregar su PHI en relación con la administración de la atención médica que recibe en virtud del plan. Por ejemplo, el plan puede utilizar su PHI para el manejo de casos o para realizar estudios basados en poblaciones diseñados para reducir los costos de la atención médica. Asimismo, el plan puede utilizar o entregar su PHI para llevar a cabo trámites de atención médica, incluidos, entre otros, la evaluación y mejoría de la calidad, revisión de habilidades o capacidades de profesionales de atención médica, actividades relacionadas con la generación o renovación de contratos de seguro y

demás actividades administrativas necesarias para operar el plan.

Para el patrocinador del plan. El plan puede entregar su PHI a CRH Americas en determinadas circunstancias. En primer lugar, puede entregar información sobre la inscripción a CRH Americas. En segundo lugar, puede entregar información resumida sobre la salud a CRH Americas para que este pueda obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o finalizar el plan. En tercer lugar, el plan puede revelar PHI a CRH Americas para llevar a cabo las funciones administrativas del plan y CRH Americas no seguirá utilizando ni entregando dicha PHI excepto según lo permitan o exijan los documentos del plan y las leyes descritas en la sección De qué manera el plan puede usar y entregar la información sobre su salud.

A continuación, se mencionan las diferentes maneras en que el plan puede usar y entregar su PHI sin su autorización por escrito:

Para brindarle tratamiento. El plan puede usar o entregar su PHI en relación con su tratamiento médico. Por ejemplo, si usted no puede proporcionar sus antecedentes médicos debido a un accidente, el plan puede informar al médico de la sala de urgencias sobre los tipos de fármacos recetados que usa actualmente.

Para realizar un pago. El plan puede usar y entregar su PHI en relación con la obtención o la gestión del pago de la atención médica que recibe. Esto incluye, entre otros aspectos, la determinación de la cobertura y la administración de tareas como facturación, gestión de reclamaciones, subrogación, reembolsos del plan, revisión por necesidad médico y de la idoneidad de la atención, revisión de usos y autorizaciones previas. Por ejemplo, el plan puede recibir y guardar información sobre una cirugía que se le haya realizado a fin de permitir que el plan procese una reclamación hospitalaria por el reembolso de gastos quirúrgicos en los que usted haya incurrido.

Para llevar a cabo trámites de atención médica. El plan puede usar y entregar su PHI en relación con la administración de la atención médica que recibe en virtud del plan. Por ejemplo, el plan puede utilizar su PHI para el manejo de casos o para realizar estudios basados en poblaciones diseñados para reducir los costos de la atención médica. Asimismo, el plan puede utilizar o entregar su PHI para llevar a cabo trámites de atención médica, incluidos, entre otros, la evaluación y mejoría de la calidad,

revisión de habilidades o capacidades de profesionales de atención médica, actividades relacionadas con la generación o renovación de contratos de seguro y demás actividades administrativas necesarias para operar el plan.

Para el patrocinador del plan. El plan puede entregar su PHI a CRH Americas en determinadas circunstancias. En primer lugar, puede entregar información sobre la inscripción a CRH Americas. En segundo lugar, puede entregar información resumida sobre la salud a CRH Americas para que este pueda obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o finalizar el plan. En tercer lugar, el plan puede revelar PHI a CRH Americas para llevar a cabo las funciones administrativas del plan, y CRH Americas no seguirá utilizando ni entregando dicha PHI excepto según lo permitan o exijan los documentos del plan y las leyes. Sólo los empleados involucrados en la administración del plan tendrán acceso a su PHI para llevar a cabo sus funciones administrativas, incluidas (entre otras) la inscripción, deducciones a la nómina, la evaluación de posibles aseguradoras o proveedores de servicios nuevos del plan, ayuda para los participantes en disputas y dudas sobre reclamaciones y la coordinación de la continuación de la cobertura continua conforme a la Ley COBRA.

Demandas y disputas. Si usted se involucra en una demanda u otra acción legal, el plan puede entregar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, una orden de arresto, una solicitud de descubrimiento u otro proceso legal debido, pero, si la parte solicitante no es el tribunal, esta debe haber hecho el intento de buena fe de informarle sobre el procedimiento y permitirle plantear una objeción u obtener una orden para proteger la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. El plan puede entregar su PHI cuando un funcionario encargado del cumplimiento de la ley lo exija o lo permita, por ejemplo, para identificar o localizar a un sospechoso, un testigo material o una persona desaparecida, o para denunciar un delito, la ubicación o las víctimas del crimen, o la identidad, la descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Compensación para trabajadores. El plan puede entregar su PHI en la medida en que lo autoricen las leyes de compensación para trabajadores y en la medida necesaria para cumplir con estas leyes y otros programas similares establecidos por la ley.

Militares y veteranos. Si usted es integrante o se convierte en integrante de las fuerzas armadas de los EE. UU., el plan puede revelar información médica sobre usted según lo consideren necesario las autoridades de comando militar.

Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad. El plan puede usar y entregar su PHI cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad públicas o de otra persona.

Riesgos de salud pública. El plan puede revelar información sobre su salud para realizar actividades de salud pública. Estas actividades incluyen la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades; la comunicación de nacimientos y defunciones; la comunicación de casos de abuso o maltrato infantil; la comunicación de reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos o para notificar a las personas sobre productos retirados del mercado.

Actividades de supervisión de la salud. El plan puede entregar su PHI a una agencia de supervisión de la salud con fines de auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud y los programas gubernamentales.

Investigaciones. En algunas circunstancias, el plan puede usar y entregar su PHI con fines de investigación médica (sujetos a la aprobación de los comités de revisión de la privacidad institucionales o privados y a otras condiciones determinadas).

Seguridad nacional, actividades de inteligencia y servicios de protección. El plan puede entregar su PHI a funcionarios federales autorizados: 1) para realizar actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley y 2) para permitirles proteger a los integrantes del gobierno de los EE. UU. o a los jefes de estado extranjeros (únicamente en cumplimiento con las leyes de los EE. UU.), o llevar a cabo investigaciones especiales.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos, el plan puede dar a conocer información médica a organismos que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos con el fin de facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Para funcionarios forenses, médicos forenses y responsables de funerarias.

El plan puede entregar su PHI a un funcionario forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a un difunto o determinar la causa de la muerte. El plan también puede entregar su PHI a una persona responsable de una funeraria, según sea necesario, para que pueda cumplir con sus deberes.

Otros usos y entregas de información sobre la salud

Un plan debe obtener su autorización por escrito para usar o entregar notas de psicoterapia, para usar la PHI con fines de comercialización o para venderla. Sin embargo, no se considera que los siguientes tipos de comunicaciones se utilicen con fines de comercialización: (I) Alternativas de tratamiento (el plan puede utilizar y entregar su PHI para informarle de posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan interesarle

o (ii) beneficios y servicios relacionados con la salud (el plan puede utilizar y entregar su PHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle).

Los planes (excluidos los planes de atención a largo plazo) tienen prohibido usar o entregar la PHI de índole genético con fines de contratación de seguros.

Los demás usos y entregas de información sobre la salud que no cubra este aviso o las leyes que se aplican al plan se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Si autoriza que el plan use o entregue su PHI, usted puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento. Si lo hace, el plan dejará de utilizar o entregar su PHI por los motivos mencionados en la autorización por escrito. Sin embargo, el plan no revocará ningún uso o entrega que se haya realizado en virtud de la autorización antes de que el administrador del plan recibiera el aviso por escrito en el que se revoca la autorización.

Cantidad mínima necesaria

El plan hará los esfuerzos razonables para no usar, entregar ni solicitar más PHI de la mínima necesaria para alcanzar el objetivo previsto de uso, entrega o solicitud. Sin embargo, la cantidad "mínima necesaria" no se aplicará a determinadas entregas de su PHI para usted.

Sus derechos relacionados con la información sobre su salud

Sus derechos con respecto a la información sobre la salud que el plan mantiene sobre usted son los siguientes:

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene el derecho a revisar y recibir una copia de su PHI que se utiliza para tomar decisiones sobre su tratamiento o el pago de la atención que recibe. En el caso de la PHI a la que tiene derecho a acceder, usted puede recibirla en formato electrónico si se puede reproducir fácilmente en ese formato, así como pedirle al plan que envíe una copia de su PHI a una entidad o persona que usted designe, siempre y cuando la designación sea clara, evidente y concreta. Para inspeccionar y copiar información sobre la salud que conserve el plan, envíe su solicitud por escrito al encargado de temas de privacidad. El plan puede cobrar una cuota por el costo de copiado, envío postal u otros suministros asociados con su solicitud. En algunos casos, el plan puede rechazar su solicitud para revisar y copiar su PHI. Por lo general, si se le niega el acceso a información sobre la salud, puede solicitar una revisión de la negativa.

Derecho a realizar correcciones.

Si considera que la PHI sobre usted que el plan tiene es incorrecta o está incompleta, puede pedir que la corrijan. Tiene derecho a solicitar una corrección siempre y cuando el plan siga conservando la información o esta se siga guardando para los fines del plan. Para solicitar una corrección, envíe una solicitud detallada por escrito al encargado de temas de privacidad. Debe incluir los motivos que justifiquen su solicitud. Si se rechaza su solicitud, el plan le dará una explicación del motivo de la negativa. El plan puede rechazar su solicitud si usted pide que corrijan información sobre la salud que (i) sea exacta y esté completa, (ii) no haya sido generada por el plan, a menos que la persona o la entidad que la haya generado ya no esté disponible para hacer la corrección, (iii) no sea parte de la información sobre la salud que guarde el plan o que se haya guardado para el plan o (IV) no sea información que se le permitiría inspeccionar y copiar. Si el plan rechaza su solicitud de corrección, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con el plan y cualquier entrega futura de la información en disputa incluirá su declaración de desacuerdo.

Derecho a recibir un informe de entregas.

Tiene derecho a solicitar una "justificación de determinadas entregas". Esta es una lista de los tipos de entregas de PHI que el plan ha hecho a otras personas o entidades, excepto por (i) las necesarias para brindar

tratamiento, realizar pagos o proporcionar atención médica; (ii) las entregas dirigidas a usted; (iii) las entregas dirigidas a sus amigos o familiares en su presencia o debido a una urgencia; (iv) las entregas hechas con fines de seguridad nacional, o (v) las entregas accidentales de otras entregas que de otro modo están permitidas. Para solicitar una justificación de entregas, envíe su solicitud por escrito al encargado de temas de privacidad. Su solicitud debe indicar un período que no puede exceder los seis años antes de la fecha de solicitud de la justificación ni comenzar más de seis años antes de la fecha de la solicitud. La solicitud debe indicar el formato en el que quiere recibir la justificación (por ejemplo, impreso o electrónico). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Las listas adicionales estarán sujetas a un cargo razonable.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que el plan limite la PHI sobre usted que el plan utiliza o revela para brindarle tratamiento, realizar pagos o proporcionarle atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la PHI sobre usted que el plan revela a una persona que esté involucrada en la atención que usted recibe o con el pago de esta (como un familiar o amigo). Por ejemplo, podría pedir que el plan no use ni entregue información sobre una cirugía que se le haya realizado. Para solicitar restricciones, envíe su solicitud por escrito al encargado de temas de privacidad. Debe indicar: 1) la información que quiere limitar, 2) si quiere limitar el uso, la entrega o ambas actividades del plan, y 3) a quién quiere que se apliquen los límites (por ejemplo, su cónyuge). Nota: El plan no está obligado a aceptar su solicitud.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que el plan se comunique con usted en relación con su PHI de cierta manera o en un lugar determinado en caso de que usted corriera algún peligro si se usara el medio habitual de comunicación. Por ejemplo, puede pedir que el plan le envíe formularios de explicación de los beneficios (EOB) en relación con sus reclamaciones de beneficios a la dirección que usted indique. Para solicitar mensajes confidenciales, envíe su solicitud por escrito al encargado de temas de privacidad. El plan hará todo lo posible para admitir todas las solicitudes razonables siempre y cuando usted proporcione información que haga notar que la entrega total o parcial de su PHI podría ponerlo en peligro. No está obligado a mencionar el motivo específico por el que

crea que la entrega de su PHI podría ponerlo en peligro. Su solicitud debe especificar cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted.

Derecho a rechazar las comunicaciones sobre recaudación de fondos. Aunque el plan no tiene la intención de participar en actividades de recaudación de fondos, si intentan comunicarse con usted para recaudar fondos, usted tiene derecho a negarse a recibir dichas comunicaciones.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede escribirle al encargado de temas de privacidad para solicitar una copia por escrito de este aviso en cualquier momento. Este aviso también se publicará en el sitio web del patrocinador del plan.

Derecho a recibir notificaciones sobre una violación de PHI no protegida. Tiene derecho a recibir un aviso en caso de que se produzca una violación de su PHI no protegida (es decir, si su PHI se entregara en contra de lo que estipula la HIPAA y hubiera una probabilidad no tan baja de que la PHI esté en peligro). Si a partir de la evaluación de riesgos del plan se determina que se produjo una violación, se le notificará a la mayor brevedad posible y a más tardar 60 días después de la detección de la violación. La notificación incluirá información sobre lo que sucedió y lo que se puede hacer para mitigar cualquier daño.

Nota sobre los representantes personales

Usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal autorizado, quien tendrá que presentar pruebas de su autoridad para actuar en su nombre antes de que se le otorgue acceso a su PHI o se le permita actuar en su representación. Las pruebas de dicha autoridad pueden ser las siguientes:

- » Un poder notarial para asuntos médicos, certificado por un notario público.
- » Una orden judicial de designación de la persona como tutor o persona encargada de la custodia de la persona.
- » Una designación de un representante personal.
- » Ser el padre o la madre de un menor de edad.

El plan se reserva el derecho a negar el acceso a su PHI a un representante personal si el plan considera razonablemente que (1) usted ha sido o puede ser víctima de violencia, abuso o maltrato familiar por parte de esa persona; (2) tratar a esa persona como si fuera su

representante personal podría ponerlo en peligro a usted o (3) tratar a esa persona como si fuera su representante personal no es lo mejor para usted. Esto también se aplica a los representantes personales de menores de edad.

Cambios a este aviso

El plan se reserva el derecho de modificar los términos de este aviso de prácticas de privacidad y de las políticas de privacidad del plan de vez en cuando. Si el plan hace algún cambio, se compromete a (i) publicar el aviso modificado en el sitio de internet de los beneficios del patrocinador y a difundir la versión modificada de este aviso o información sobre el cambio en cuestión a las personas afectadas en el siguiente correo anual que se envíe a los participantes o a (ii) entregar este aviso modificado o información sobre el cambio en cuestión y sobre cómo obtener el aviso modificado en el transcurso de los 60 días de la modificación en cuestión a las personas afectadas que no tengan acceso al sitio web de los beneficios.

Quejas

Si considera que los derechos de privacidad que le han sido otorgados en virtud de esta política han sido violados, puede enviar una queja por escrito al encargado de temas de privacidad a la dirección que se indica a continuación. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., así como enviar una descripción detallada del asunto a la oficina regional de derechos civiles. La descripción debe mencionar a la entidad cubierta (el plan) y la acción (u omisión) que considera que no cumple con la HIPAA. Debe enviar su queja dentro de los 180 días de haberse enterado o en los que debió haberse enterado del asunto, a menos que la Oficina de Derechos Civiles revoque esta fecha límite. Puede encontrar la dirección de su oficina regional en <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>. Nota: No sufrirá ningún castigo ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Información de contacto: Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el encargado de temas de privacidad en:

CRH Americas
A la atención de: Persona encargada de temas de privacidad según la HIPAA,
900 Ashwood Parkway
Atlanta, GA 30338

Actualizado y en vigor a partir del 23 de septiembre de 2023.

Aviso del mercado.

Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura de salud

PARTE A: Información general

Cuando las partes principales de la ley de atención médica entraron en vigor en 2014, surgió una modalidad nueva de adquirir seguros médicos: el mercado de seguros médicos. Este aviso brinda información básica sobre el mercado y la cobertura médica basada en empleo que ofrece su empleador con el fin de ayudarlo a medida que evalúa las opciones para usted y su familia.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que cumpla con sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece “un solo lugar donde comprar” para encontrar y comparar sus opciones de seguro médico privado. Además, puede tener derecho a un tipo nuevo de crédito fiscal que reduzca la prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico mediante el mercado inició en octubre de 2013 para las coberturas que entraron en vigor el 1.º de enero de 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el mercado?

Es posible que sea apto para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si el empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumpla con determinados estándares. Los ahorros en la prima para los que sea elegible dependen de su ingreso familiar.

¿La cobertura médica del empleador afecta a la elegibilidad para obtener ahorros en las primas en el mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica por parte de su empleador que cumpla con determinados criterios, no será elegible para obtener un crédito fiscal mediante el mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, usted puede tener derecho a recibir un crédito fiscal que disminuya su prima mensual o una reducción en determinados costos compartidos si su empleador no le ofrece una cobertura o si la cobertura que ofrece no cumple con ciertos estándares. Si el costo de un plan por parte de su empleador que debiera cubrirlo (y que no cubre a ningún otro familiar) es superior al 9.5 % de su ingreso familiar anual o si la cobertura que brinda el empleador no cumple con el criterio de “valor mínimo” que establece la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede tener derecho a recibir un crédito fiscal. Si adquiere un plan de salud a través del mercado en vez de aceptar la cobertura médica que ofrece su empleador, entonces es posible que pierda la aportación del empleador (si la hay) a la cobertura que ofrece el empleador. Además, esta aportación del empleador, así como su aportación como empleado a la cobertura que ofrece el empleador, a menudo se excluye de sus ingresos para fines fiscales estatales y federales. Sus pagos de cobertura a través del mercado se hacen después de impuestos.¹

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, revise la descripción resumida del plan o comuníquese con la línea de ayuda de beneficios de CRH Americas al **888.437.4866**.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, lo que incluye su elegibilidad para recibir cobertura por medio del mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, que incluye una solicitud en línea para obtener una cobertura de seguro médico e información de contacto de un mercado de seguros médicos en la zona donde vive.

¹Un plan de salud auspiciado por el empleador cumple con el criterio de “valor mínimo” si la parte del total de los costos de los beneficios permitidos que cubre el plan no es menor al 60 % de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica que ofrezca su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información se enumera de tal manera que corresponda a los campos de la solicitud del mercado.

CRH Americas, Inc.		95-3298140	
900 Ashwood Parkway, Suite 600		888.437.4866	
Atlanta	GA	30338	
Línea de ayuda de beneficios de CRH Americas			
888.437.4866			

A continuación, se presenta información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

» Como empleador, le ofrecemos un plan de salud a:

Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

Los empleados de tiempo completo y no sindicalizados de CRH (o empleados sindicalizados con derecho a recibir estos beneficios de conformidad con un convenio laboral colectivo) pueden participar en los programas de beneficios de la compañía. Si participa en un plan pagado por un sindicato, deberá comunicarse con el representante sindical para obtener información específica sobre el plan y la elegibilidad.

» En relación con los dependientes:

Sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Su cónyuge legal, sus hijos de un máximo de 26 años de edad, los hijastros que dependen económicamente de usted y/o que viven como usted en una relación de padre/hijo, los niños asignados a su hogar para adopción o para quienes usted sea su tutor legal o a los que deba brindar cobertura, así como los dependientes menores de 19 años que tengan una discapacidad total y permanente.

No ofrecemos cobertura.

Si se marca esta opción, esta cobertura cumple con el monto mínimo estándar y el costo de la cobertura debe ser asequible en función de los ingresos del empleado.

**Aun cuando el empleador pretenda que la cobertura sea asequible, es posible que usted sea elegible para conseguir un descuento sobre la prima en el mercado. En el mercado se usarán sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento sobre la prima. Si, por ejemplo, sus ingresos varían de una semana a otra (porque tal vez es un empleado que trabaja por horas o por comisión), si se emplea a mediados del año o tiene otras pérdidas de ingresos, es posible que aún califique para un descuento sobre la prima.

Si decide adquirir una cobertura en el mercado, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para guiarse en el proceso. A continuación, se presenta la información sobre el empleador que deberá ingresar cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para determinar si puede conseguir un crédito fiscal para disminuir sus primas mensuales.

Apoyo del pago de la prima de Medicaid y del Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP)

Si usted o sus hijos tienen derecho a Medicaid o a CHIP y usted tiene derecho a una cobertura médica de parte de su empleador, el estado donde vive puede contar con un programa de apoyo del pago de la prima que puede ayudarlo a pagar la cobertura con fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o su hijo no tienen derecho a Medicaid ni a CHIP, no tendrá derecho a estos programas de apoyo del pago de la prima, pero puede comprar una cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o en CHIP y vive en un estado que se menciona en la lista siguiente, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si se tiene disponible el apoyo del pago de la prima.

Si usted o sus dependientes **no** están inscritos actualmente en Medicaid o en CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **877.KIDS.NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlo. Si tiene derecho, pregúntele a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan pagado por el empleador.

Si usted o sus dependientes tienen derecho a recibir apoyo del pago de la prima de Medicaid o CHIP, además de tener derecho al plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan del empleador si usted aún no está inscrito. A esto se le conoce como una oportunidad "de inscripción especial" y usted **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días después de que se determine que es elegible para recibir apoyo para el pago de la prima**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **866.444.EBSA (3272)**.

Si vive en alguno de los siguientes estados, puede que tenga derecho a recibir apoyo para el pago de la prima del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está vigente desde el lunes, 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA: Medicaid
http://myalhipp.com 855.692.5447
ALASKA: Medicaid
Programa de pago de primas de seguro médico de AK http://myakhipp.com/ 866.251.4861 CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS: Medicaid
http://myarhipp.com 855.MyARHIPP (855.692.7447)
CALIFORNIA: Medicaid
Programa de pago de primas de seguro médico (<i>Health Insurance Premium Payment, HIPP</i>) http://dhcs.ca.gov/hipp 916.445.8322 Fax: 916.440.5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO: Medicaid y CHIP
Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) https://www.healthfirstcolorado.com Centro de contacto para miembros: 800.221.3943 relevo estatal de llamadas 711 Child Health Plan Plus (CHP+) https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio a clientes: 800.359.1991 relevo estatal de llamadas 711 Programa de compra de seguro médico (<i>Health Insurance Buy-In Program, HIBI</i>) https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio a clientes de HIBI: 855.692.6442
FLORIDA: Medicaid
www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html 877.357.3268
GEORGIA: Medicaid
Sitio web de HIPP de GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp 678.564.1162, presione 1 Sitio web de CHIPRA de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra 678.564.1162, presione 2

INDIANA: Medicaid
Plan Healthy Indiana para adultos de entre 19 y 64 años de edad de bajos ingresos http://www.in.gov/fssa/hip/ 877.438.4479 Todos los demás planes de Medicaid https://www.in.gov/medicaid/ 800.457.4584
IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)
Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members 800.338.8366 Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki 800.257.8563 HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp 888.346.9562
KANSAS: Medicaid
https://www.kancare.ks.gov/ 800.792.4884 Teléfono de HIPP: 800.967.4660
KENTUCKY: Medicaid
Programa de pago de primas de seguro médico integrado de Kentucky (<i>Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP</i>): https://chfs.ky.gov/agencias/dms/member/Pages/kihipp.aspx 855.459.6328 KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx 877.524.4718 Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencias/dms
LUISIANA: Medicaid
www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp 888.342.6207 (línea de ayuda de Medicaid) o 855.618.5488 (LaHIPP)
MAINE: Medicaid
Inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US 800.442.6003 TTY: relevo estatal de llamadas de Maine 711 Prima de seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofia/applications-forms 800-977-6740 TTY: relevo estatal de llamadas de Maine 711
MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP
https://www.mass.gov/masshealth/pa 800.862.4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspreassistance@accenture.com
MINNESOTA: Medicaid

https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp 800.657.3739	https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx 800.692.7462 Sitio web de CHIP: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx Teléfono de CHIP: 800.986.KIDS (5437)
MISURI: Medicaid	RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP
http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm 573.751.2005	http://www.eohhs.ri.gov 855.697.4347 o 401.462.0311 (Línea directa de Rite Share)
MONTANA: Medicaid	CAROLINA DEL SUR: Medicaid
http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP 800.694.3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	http://www.scdhhs.gov 888.549.0820
NEBRASKA: Medicaid	DAKOTA DEL SUR: Medicaid
http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 855.632.7633 Lincoln: 402.473.7000 Omaha: 402.595.1178	http://dss.sd.gov 888.828.0059
NEVADA: Medicaid	TEXAS: Medicaid
http://dhcnp.nv.gov 800.992.0900	http://gethiptexas.com 800.440.0493
NUEVO HAMPSHIRE: Medicaid	UTAH: Medicaid y CHIP
https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program 603.271.5218 Número gratuito para el programa HIPP: 800.852.3345, extensión 5218	Medicaid: https://medicaid.utah.gov CHIP: http://health.utah.gov/chip 877.543.7669
NUEVA JERSEY: Medicaid y CHIP	VERMONT: Medicaid
Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid 609.631.2392 CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html 800.701.0710	Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont 800.250.8427
NUEVA YORK: Medicaid	VIRGINIA: Medicaid y CHIP
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ 800.541.2831	https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid y Chip: 800.432.5924
CAROLINA DEL NORTE: Medicaid	WASHINGTON: Medicaid
https://dma.ncdhhs.gov 919.855.4100	https://www.hca.wa.gov/ 800.562.3022
DAKOTA DEL NORTE: Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL: Medicaid
https://www.hhs.nd.gov/healthcare 844.854.4825	https://dhr.wv.gov/bms/ o http://mywvhpp.com/ Medicaid: 304.558.1700 Número telefónico gratuito del CHIP: 855.MyWVHIPP (855.699.8447)
OKLAHOMA: Medicaid y CHIP	WISCONSIN: Medicaid y CHIP
http://www.insureoklahoma.org 888.365.3742	https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm 800.362.3002
OREGON: Medicaid	WYOMING: Medicaid
http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx 800.699.9075	https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ 800.251.1269
PENSILVANIA: Medicaid y CHIP	

Para saber si algún otro estado ha agregado un programa de apoyo al pago de la prima después del 31 de julio de 2023 o si desea obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, comuníquese con:

Departamento del Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado
www.dol.gov/agencies/ebsa
866.444.EBSA (3272)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del
Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos
www.cms.hhs.gov
877.267.2323, opción 4 del menú, extensión 61565

Número de control emitido por la OMB 1210-0137 (vence el 31 de enero de 2026)

Notificación importante de CRH Americas, Inc. sobre su cobertura de fármacos de venta con receta y Medicare

Lea este aviso con atención y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de fármacos de venta con receta de CRH Americas, Inc. y la cobertura de fármacos de venta con receta disponible para personas con Medicare. También explica las opciones que tiene con la cobertura de fármacos recetados de Medicare y puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no. Al final de este aviso hay información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de fármacos recetados.

1. En 2006, la cobertura de fármacos recetados de Medicare se puso a disposición de todas las personas con Medicare a través de los planes de fármacos recetados de Medicare y los planes Medicare Advantage que ofrecen cobertura de fármacos recetados. Todos los planes de fármacos recetados de Medicare proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. CRH Americas, Inc. ha determinado que se tiene previsto que la cobertura de fármacos de venta con receta ofrecida por el plan de atención médica de CRH Americas pague, en general para todos los participantes del plan, el equivalente al monto de la cobertura estándar de fármacos de venta con receta de Medicare y se considera una cobertura acreditable.

Dado que la cobertura existente es en promedio tan buena como la cobertura estándar de Medicare para fármacos recetados, puede conservar esta cobertura y no pagar nada adicional si más adelante decide inscribirse en la cobertura de Medicare para fármacos recetados.

Las personas pueden unirse a un plan de Medicare de fármacos recetados cuando se vuelvan elegibles por primera vez para recibir Medicare y cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Existe la posibilidad de que los empleados que cancelen una cobertura del

empleador/sindicato tengan derecho a un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de Medicare de fármacos recetados. Debe comparar su cobertura actual, lo que incluye los medicamentos que cubre la cobertura, con la cobertura y el costo de los planes que ofrece la cobertura de fármacos recetados de Medicare en la zona donde vive. Si decide afiliarse a un plan de Medicare de fármacos de venta con receta y cancela su cobertura de CRH Americas, Inc., tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre lo que sucede con la cobertura si se inscribe en un plan de Medicare de fármacos recetados.

También debe saber que, si abandona o pierde su cobertura con CRH Americas, Inc. y no se afilia a un plan de Medicare de fármacos de venta con receta después de que su cobertura actual finalice, es posible que tenga que pagar más (una penalización) para afiliarse posteriormente a un plan de Medicare de fármacos de venta con receta. Si pasan 63 días o más y no tiene una cobertura para fármacos recetados que sea tan buena como la de Medicare, su prima mensual subirá por lo menos 1 % por cada mes que no tenga esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura, su prima siempre será por lo menos 19 % más alta que la que paguen muchas otras personas. Usted deberá pagar esta prima más alta el tiempo que tenga la cobertura de Medicare de fármacos recetados. Además, tendrá que esperar hasta el siguiente mes de noviembre para afiliarse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de fármacos recetados:

Comuníquese con la oficina de la división para obtener más información. Recibirá este aviso una vez por año y en otros momentos en el futuro como antes del siguiente período en el que pueda inscribirse en una cobertura de Medicare de fármacos de venta con receta y si esta cobertura de CRH Americas, Inc. cambia. También puede pedir una copia.

Para obtener más información sobre sus opciones con la cobertura de fármacos recetados de Medicare:

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de fármacos de venta con receta en el manual “Medicare &

You” (Medicare y usted). Medicare le enviará una copia del manual por correo postal cada año. El área encargada de los planes de fármacos recetados de Medicare también puede comunicarse directamente con usted.

Para obtener más información sobre los planes de fármacos recetados de Medicare:

- » Visite www.medicare.gov.
- » Llame a su programa estatal de asistencia para seguro médico (consulte el número de teléfono en su copia del manual “Medicare & You”) para obtener ayuda personalizada.
- » Llame al **800.MEDICARE (800.633.4227)**. Los usuarios de teléfono para personas con discapacidad auditiva (TTY) deben llamar al **877.486.2048**.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, está disponible una ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare de fármacos recetados. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en la Administración de Seguro Social (*Social Security Administration*, SSA) en línea en www.socialsecurity.gov o puede llamar al **800.772.1213** (teléfono para personas con discapacidad auditiva [TTY] **800.325.0778**).

Recuerde: Conserve este aviso. Si se inscribe en uno de los planes nuevos aprobados por Medicare, que ofrecen cobertura de fármacos recetados, deberá proporcionar una copia de esta notificación cuando se afilie para demostrar que no debe pagar un monto de prima más alto.

Fecha: 1 de octubre de 2023
Nombre de la entidad/del remitente: CRH Americas, Inc.
Contacto: Plan de atención médica de CRH Americas
Dirección: 900 Ashwood Parkway
 Atlanta, GA 30338

NOTA: EN ESTE AVISO SE DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU COBERTURA MÉDICA GRUPAL SEGUIRÁ VIGENTE DESPUÉS DE QUE OCURRAN DETERMINADOS EVENTOS CALIFICADOS. LÉALO CON ATENCIÓN. EL OBJETIVO DE ESTA CARTA ES ÚNICAMENTE INFORMARLE SOBRE SUS DERECHOS. NO ES UNA CARTA DE DESPIDO Y NO TIENE QUE TOMAR NINGUNA ACCIÓN.

Introducción

Es importante que todas las personas que tengan cobertura (empleado, cónyuge e hijos dependientes) se tomen el tiempo necesario para leer este aviso con atención y que se familiaricen con el contenido. Usted recibe esta notificación debido a que recientemente obtuvo cobertura en el plan de salud grupal del empleador. Este aviso contiene información importante sobre su derecho de continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del plan. Por lo general, esta notificación explica la continuación de la cobertura conforme a la Ley COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué necesita hacer para proteger el derecho a recibirla. Una ley federal llamada Ley de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*, COBRA) de 1985 creó el derecho a la continuación de cobertura que se rige por esta ley. La continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA puede ser válida para usted cuando pierda su cobertura médica grupal. Además, puede estar disponible para otros integrantes de su familia que estén cubiertos en el plan cuando pierdan su cobertura médica grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el plan y la ley federal, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con el administrador del plan.

¿Qué es la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA?

La continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA significa seguir con la cobertura del plan cuando esta terminaría debido a un evento conocido como "evento calificado". Los eventos calificados específicos se mencionan posteriormente en este aviso. Después de un evento calificado, debe ofrecerse la continuación de cobertura según la Ley COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden volverse beneficiarios calificados

si se pierde la cobertura del plan debido al evento calificado.

Según el plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA deberán pagarla.

Si usted es un empleado, será un beneficiario calificado si pierde la cobertura del plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- » Se redujeron sus horas de empleo.
- » Su empleo finaliza por algún motivo distinto a faltas de conducta graves de su parte.

Si usted es el cónyuge de un empleado, será un beneficiario calificado si pierde la cobertura del plan debido a alguno de los siguientes eventos calificados:

- » Muerte de su cónyuge.
- » Se redujeron las horas de empleo de su cónyuge.
- » El empleo de su cónyuge finaliza por algún motivo distinto a faltas de conducta graves de su parte.
- » Su cónyuge se inscribe en los beneficios de Medicare (en la parte A, parte B o en ambas).
- » Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura del plan debido alguno de los siguientes eventos calificados:

- » Muerte del padre empleado.
- » Reducción de las horas de empleo del padre empleado.
- » El empleo del padre empleado finaliza por algún motivo distinto a faltas de conducta graves por su parte.
- » El padre empleado se inscribe en Medicare (en la parte A, parte B o en ambas).
- » Los padres se divorcian o se separan legalmente.
- » El hijo deja de tener derecho a la cobertura en el plan como "hijo dependiente".

Si el plan brinda cobertura de atención médica a un empleado jubilado, sucederá lo siguiente: En ocasiones, llenar un

procedimiento de declaración de bancarrota conforme al Título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un evento calificado. Si se llena un procedimiento de declaración de bancarrota con respecto a su empleador y dicha bancarrota causa la pérdida de la cobertura del plan de cualquier empleado retirado, este se convertirá en un beneficiario calificado en relación con la bancarrota. El cónyuge del empleado retirado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también serán beneficiarios calificados si la bancarrota causa la pérdida de la cobertura del plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura conforme a la Ley COBRA?

El plan ofrecerá la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que se haya notificado el evento calificado al administrador del plan. Cuando el evento calificado sea la finalización del empleo, la reducción del horario laboral, la muerte del empleado, el inicio de un procedimiento de bancarrota con respecto al empleador en el caso de la cobertura médica de un empleado retirado o la obtención del derecho a beneficios de Medicare (en la parte A, parte B o en ambas) por parte del empleado, el empleador deberá comunicarle al administrador del plan el evento calificado.

Usted debe informar algunos eventos calificados

Para los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que un hijo dependiente pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del plan en un transcurso de 60 días después del evento calificado. Comuníquese con su empleador y/o con el administrador de la Ley COBRA para conocer el procedimiento de este aviso, lo que incluye obtener una descripción de cualquier información o documentación requerida.

¿Cómo se proporciona la cobertura conforme a la Ley COBRA?

Cuando el administrador del plan reciba el aviso del evento calificado, se le ofrecerá la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA en nombre de sus hijos. La continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA es una continuación temporal de la cobertura. Cuando el evento calificado sea la muerte del empleado, la obtención de derecho a beneficios de Medicare (en la parte A, parte B o en ambas), el divorcio o la separación legal o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente como tal, la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA durará un máximo de 36 meses. Cuando el evento calificado sea la finalización del empleo, la reducción del horario laboral del empleado, la obtención de derecho a beneficios de Medicare por parte del empleado menos de 18 meses antes del evento calificado, la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA para los beneficiarios calificados distintos al empleado durará hasta 36 meses después de la fecha de la obtención de derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto obtiene derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en la que su empleo finalice, la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA para su cónyuge y sus hijos puede durar un máximo de 36 meses después de la fecha en la que obtuvo derecho a Medicare, lo que equivale a 28 meses después de la fecha del evento calificado (36 meses menos 8 meses).

De lo contrario, cuando el evento calificado sea la finalización del empleo o la reducción del horario laboral del empleado, la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA por lo general durará únicamente un total de 18 meses

como máximo. Existen dos formas en las que este período de 18 meses de la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA puede extenderse.

Extensión del periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura debido a una discapacidad

Si la administración de seguro social determina que usted o un familiar cubierto en el plan tiene una discapacidad y usted se lo comunica al administrador del plan de manera oportuna, usted y toda su familia tendrán derecho a recibir hasta 11 meses más de la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA, lo que hará un total máximo de 29 meses. La discapacidad tuvo que haber iniciado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA y debe durar al menos hasta la finalización del periodo de 18 meses de la continuación de cobertura. Comuníquese con su empleador y/o con el administrador de la Ley COBRA para conocer el procedimiento de esta notificación, lo que incluye obtener una descripción de cualquier información o documentación requerida.

Extensión del periodo de 18 meses de la continuación de cobertura debido a un segundo evento calificado

Si su familia tiene otro evento calificado mientras recibe la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA de 18 meses, el cónyuge y los hijos dependientes de la familia pueden recibir hasta 18 meses más de la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA, para que sea de un máximo de 36 meses si se le informa de manera adecuada al plan sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciban la continuación de cobertura si el empleado o el ex empleado fallece, obtiene derecho a beneficios de Medicare (en la parte A, parte B o en ambas), se divorcia o se separa legalmente o si el hijo dependiente pierde derecho en el plan como hijo dependiente, pero solo si no hubiera ocurrido el primer evento calificado que hubiera ocasionado que el

cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura del plan.

Si tiene preguntas

Las preguntas sobre su plan o sus derechos a la continuación de cobertura conforme a la Ley COBRA deben enviarse al administrador de la Ley COBRA. Para obtener más información sobre sus derechos con respecto a la Ley ERISA, incluida la Ley COBRA,

la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro Médico (HIPAA) y demás leyes que rigen los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (*Employee Benefits Security Administration*, EBSA) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos que se encuentre en la zona donde usted vive o visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa (las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA se encuentran disponibles en el sitio web de EBSA).

Mantenga a su empleador informado de los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al administrador de la Ley COBRA sobre cualquier cambio en la dirección de sus familiares. Además, debe conservar una copia de cualquier aviso que envíe al administrador de la Ley COBRA para sus registros.

Información de contacto del plan

Si no comprende alguna parte de este aviso resumido o si tiene preguntas sobre la información o sobre sus obligaciones, comuníquese con nosotros por teléfono al **888.437.4866** o envíe una solicitud por escrito a:

Businessolver

A la atención de: Administrador de la Ley COBRA

P.O. Box 310512

Des Moines, IA 50331-0512

Aclaraciones importantes sobre los beneficios de conformidad con ERISA

Estimados participantes de los planes de beneficios de salud y bienestar de CRH Americas, Inc.:

Como participante de los planes de beneficios de salud y bienestar y 401(k) de CRH Americas, Inc., usted tiene derecho a recibir determinada información sobre nuestros beneficios, según lo exige la Ley de Seguridad de Ingresos para los Empleados Jubilados (*Employee Retirement Income Security Act*, ERISA) de 1974. CRH Americas, Inc. tiene la intención de enviarle esta información por medios electrónicos. Se adjuntan los documentos siguientes:

- » **Descripciones resumidas de los planes: Planes de salud y bienestar.**
- » **Descripción resumida del plan: Plan 401(k) de CRH Americas.**
- » **Resúmenes de modificación del material.**
- » **Resúmenes de beneficios y cobertura.**
- » **Informe anual resumido: Planes de salud y bienestar.**
- » **Informe anual resumido: Plan 401(k) de CRH Americas.**
- » **Notificación inicial de la Ley COBRA.**
- » **Avisos anuales.**
- » **Aviso del mercado.**

Para acceder a estos documentos, visite nuestro sitio web de beneficios en www.benefitsolver.com e inicie sesión con su nombre de usuario y contraseña. Si tiene preguntas sobre cómo registrarse en el sitio o cómo iniciar sesión, comuníquese a la **línea de ayuda de beneficios de CRH Americas al 888.437.4866**.

Puede encontrar los documentos que se mencionaron arriba en **Benefit Library (biblioteca de beneficios) en la sección de avisos legales**.

Si no puede acceder a estos documentos a través del sitio web, comuníquese a la **línea de ayuda de beneficios de CRH Americas**, envíe un correo postal a **1025 Ashworth Road, Suite 101, West Des Moines, IA 50265** o llame por teléfono al **888.437.4866**.

NOTA: Si cualquiera de estos requisitos o métodos de entrega cambia de manera que genere el riesgo significativo de que usted ya no pueda acceder a los documentos transmitidos por medios electrónicos o guardarlos, le enviaremos un aviso y una solicitud para que nos proporcione un consentimiento nuevo.

Usted tiene derecho a recibir sin costo alguno una versión impresa de cualquier documento transmitido por medios electrónicos. Comuníquese a la **línea de ayuda de beneficios de CRH Americas**, envíe un correo postal a **1025 Ashworth Road, Suite 101, West Des Moines, IA 50265** o llame por teléfono al **888.437.4866** para obtener una copia impresa.

Usted puede retirar este consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá enviar un aviso por escrito a la **línea de ayuda de beneficios de CRH Americas** por correo postal en **1025 Ashworth Road, Suite 101, West Des Moines, IA 50265** con el asunto "Retiro de consentimiento para entrega electrónica". Incluya su nombre completo, dirección y número de teléfono en el escrito.

Para obtener información sobre la inscripción anual en el plan de salud en español, comuníquese con el departamento local de recursos humanos/beneficios.

Notas

Este resumen de beneficios fue elaborado por



Gallagher

Seguros | Gestión de riesgos | Consultoría