



Beneficios para todos los lugares donde vive, trabaja y se divierte

Nombre del empleado: _____

Fecha de entrada en vigor del beneficio: _____

Fecha límite de inscripción: _____

Para conocer las instrucciones para la inscripción, consulte la página 3

Guía de beneficios para empleados para 2025



Contenido



Escanee el código QR para ver nuestro video sobre la inscripción de beneficios.

Cómo inscribirse en sus beneficios	03	Regenexx	25
Descripción general de los beneficios	04	Farmacia	26 a 28
Información de contacto de proveedores	05	Suministros y equipo para personas diabéticas	29 y 30
¿Qué novedades hay para 2025?	06	Plan dental	31
Elegibilidad para recibir beneficios	07 a 09	Plan óptico	32
Eventos calificados	10	Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)	33 y 34
Pautas de verificación de dependientes	11	Inicio de sesión en el portal de la FSA/HSA	35
Cómo inscribirse	12	Cuentas de gastos flexibles (FSA) de atención médica	36
Salud y bienestar		Cuenta de gastos flexibles para el cuidado diurno (DCFSA) de dependientes	37
¿A dónde acudir para recibir atención médica?	13	Programa de ayuda al empleado (EAP)	38
Aportaciones del empleado para 2025	14	Seguro de vida y AD&D	39 y 40
Iniciativa para el bienestar	15	Discapacidad	41
Planes de cobertura médica	16	Retiro	
Descripción de los términos de seguro médico	17	Plan para el retiro 401(k)	42 a 46
Resúmenes médicos	18 y 19	Avisos legales obligatorios	47
¿Cuál es el mejor plan para usted?	20 a 22		
Recursos de UMR	23		
Atención médica virtual	24		

Para miembros sindicalizados: Si forma parte de una organización de empleados representada por un sindicato, es posible que sea elegible o no para recibir todos los planes de CRH Americas o parte de ellos. Su elegibilidad y participación en todos los planes de CRH Americas o en parte de ellos depende de su convenio laboral sindical específico.

Cómo inscribirse en sus beneficios

1 Inicie sesión en línea

Visite www.benefitsolver.com. Si es la primera vez que ingresa, utilice la clave de la compañía que distingue entre mayúsculas y minúsculas (**OLDCASTLE**) para establecer el registro. Si ya ha accedido antes, pero olvidó su información de inicio de sesión, haga clic en el enlace *Forgot your username or password?* (¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?) para restablecer esa información.

2 Configure la aplicación MyChoice

Escanee el código QR a la derecha para el sistema operativo de su dispositivo (iOS para Apple o Android). Escriba su número de teléfono con el código de área para recibir un enlace mediante mensaje de texto que descargará la aplicación móvil directamente en su teléfono. Utilice el código de acceso de 6 dígitos para activar la aplicación móvil. Responda las preguntas de seguridad y proporcione la autenticación de múltiples factores.



3 Comience la inscripción

- **En línea:** Haga clic en el botón Start Here (inicie aquí) para revisar su información personal y añadir o editar cualquier dependiente. Use los botones Next (siguiente) y Back (anterior) para revisar sus opciones.
- **Mediante la aplicación:** New Tasks (tareas nuevas) le notificará cuando se encuentre disponible la oportunidad de inscripción. Haga clic en el botón Start Enrollment (iniciar inscripción) para ingresar y revisar su información personal y agregar o editar cualquier dependiente al que quiera otorgar cobertura.

4 Tome decisiones sobre su inscripción

Si le gustaría recibir ayuda para decidir qué beneficios elegir, pruebe la **plataforma de recomendaciones MyChoice**. Responda algunas preguntas para recibir una recomendación de beneficios confidencial y personalizada. Elija o rechace cada opción de cobertura y seleccione a los integrantes de su familia a quienes quiera otorgar cobertura. Proporcione el nombre legal, el número de seguro social y la fecha de nacimiento de cada dependiente. Se le pedirá que entregue documentación de respaldo para comprobar su relación con cada dependiente.

5 Revise y finalice sus elecciones

Asegúrese de que su información personal, sus elecciones, dependientes y beneficiarios sean correctos. Después, apruebe sus elecciones. Para finalizar, haga clic en *I Agree* (acepto). Una vez que complete la inscripción, recibirá un número de confirmación y podrá imprimir su resumen de beneficios para sus registros. Regrese al panel de control después de inscribirse para revisar cualquier tarea adicional que deba completar.

¿Tiene alguna pregunta?

- Llame al **888-437-4866** de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST.
- **Horario extendido para la inscripción abierta:**
De lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m. CST.
Sábados de 8 a. m. a 2 p. m. CST.
- Visite www.benefitsolver.com. Utilice la clave de la compañía: **OLDCASTLE**

Se debe llevar a cabo una acción para inscribirse, cambiar la cobertura o renunciar a ella.

Descripción general de los beneficios

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.

Una prima cubre la atención médica

Nos enorgullece ofrecerle un paquete de atención médica para usted y su familia que reúne la cobertura médica, farmacéutica, dental, óptica y el programa de ayuda al empleado (*Employee Assistance Program, EAP*) en una sola prima. Elija entre un plan PPO y un plan HSA con la red UMR UnitedHealthcare Choice Plus.

Teladoc para la atención médica en cualquier lugar y en cualquier momento

Los miembros del plan de cobertura médica pueden ver a un médico en un videochat en su computadora o dispositivo móvil. Los miembros del plan PPO pagan un copago de \$10 y los miembros del plan HSA pagan un deducible/coseguro.

Programa de ayuda al empleado (EAP)

Los empleados y sus familiares pueden acceder a servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que incluyen asesoramiento presencial, bienestar emocional, servicios legales y financieros, recuperación de identificación y recursos para el cuidado de niños/personas de edad avanzada.

Cuentas de gastos para ahorrar dinero

CRH Americas ofrece la cuenta de ahorros para gastos médicos, así como las cuentas de gastos flexibles de atención médica y para el cuidado diurno de dependientes, que le permiten pagar gastos elegibles con dólares libres de impuestos.

Protección de ingresos del seguro de vida y discapacidad

En caso de que sufra una lesión, enfermedad o algo peor, ofrecemos protección económica para usted y su familia a través de la cobertura del seguro básico de vida/AD&D y de discapacidad pagada por la compañía. Puede adquirir una cobertura de seguro de vida adicional para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes. Además, es posible que se apliquen otros programas de permiso estatales y/o pagos de la compañía por tiempo no trabajado.

Ahorro para el futuro con su plan 401(k)

Ahorre dinero para el futuro aportando a una cuenta de retiro mediante aportaciones tradicionales antes de impuestos o aportaciones a una cuenta Roth después de impuestos. CRH Americas ofrece una aportación de contrapartida de hasta el 5 %.



Información de contacto de los proveedores

Puede comunicarse con cualquiera de los proveedores de beneficios de CRH Americas si tiene preguntas específicas de los planes.

Tipo de beneficio	Proveedor	Se brinda asistencia para
Inscripción y elegibilidad 	BenefitSolver 888-437-4866 www.benefitsolver.com Código de la compañía: OLDCASTLE	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Inscripción de beneficios ❖ Verificar la elegibilidad y la cobertura ❖ Obtener apoyo o resolver dudas sobre la ley COBRA
HealthEquity 	HealthEquity 866-346-5800 www.my.healthequity.com www.learn.healthequity.com/crh	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cuentas de gastos de HealthEquity: <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta de ahorros para gastos médicos (<i>Health Savings Account</i>, HSA) • FSA de atención médica • FSA de atención médica compatible con una HSA • FSA para el cuidado de dependientes (<i>Dependent Care FSA</i>, DCFSA)
Servicio médico 	UMR N.º de póliza: 76-416276 800-826-9781 (general) 800-207-3172 (dedicado) www.umar.com	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Obtener tarjetas de identificación médica y para recetas combinadas ❖ Localizar un proveedor de atención médica ❖ Certificación/autorización previa ❖ Coordinación de los beneficios ❖ Detalles y problemas de las reclamaciones de gastos médicos ❖ Declaración de explicación de beneficios (<i>Explanation of Benefits</i>, EOB)
Fármacos recetados 	CVS Caremark N.º de póliza: 364149 800-378-0458 www.caremark.com	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Obtener una tarjeta de identificación combinada con tarjeta médica ❖ Encontrar una farmacia ❖ Obtener un listado de fármacos recetados ❖ Reabastecimiento al menudeo para 90 días ❖ Recibir un servicio de entrega a domicilio (pedido por correo postal) ❖ Fármacos de especialidad de CVS <ul style="list-style-type: none"> • 866-846-3095/www.cvsspecialty.com
Servicio dental 	Delta Dental N.º de póliza: 16112 800-521-2651 www.deltadentalins.com	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tarjetas de identificación para servicios dentales ❖ Localizar un proveedor de atención dental ❖ Detalles de la cobertura dental y estado de las reclamaciones ❖ Ayuda con problemas con las reclamaciones de gastos dentales
Servicio óptico 	EyeMed N.º de póliza: 9801226/9800996 866-723-0513 www.eyemedvisioncare.com	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tarjetas de identificación para servicios ópticos ❖ Localizar un proveedor de atención óptica ❖ Detalles de la cobertura óptica y estado de las reclamaciones
Atención médica virtual 	Teladoc 1-800-835-2362 www.teladoc.com	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atención médica primaria, dermatológica 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
Reclamaciones del seguro de vida/discapacidad/permiso 	UNUM N.º de póliza: 952620 Vida y AD&D N.º de póliza: 468683 001 STD N.º de póliza: 469768 001 LTD 866-215-1720 www.unum.com	<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 intermitentes según la FMLA durante un permiso de ausencia ❖ Solicitar documentos sobre portabilidad/conversión: <ul style="list-style-type: none"> • 866-220-8460
Programa de ayuda al empleado (EAP) 	Optum N.º de póliza: 2134598 Código de la compañía: CRH 866-248-4096 www.liveandworkwell.com/en/public	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Derivaciones confidenciales para distintos servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento presencial • Programa para dejar de fumar • Salud mental • Servicios financieros y legales • Recuperación de identificación
Plan para la jubilación: 401k 	Fidelity N.º de póliza 20822 800-835-5095 www.401k.com	<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



Bienvenido

CRH ofrece una variedad de opciones de beneficios para que puede elegir el tipo de cobertura, la protección y las inversiones que funcionan para usted y su familia.

- Beneficios de atención médica de CRH Americas: Médicos, farmacéuticos, dentales y ópticos.
- Cuentas de gastos libres de impuestos: Gastos flexibles (FSA) para la salud y gastos flexibles para el cuidado de dependientes (DCFSA).
- Seguro de vida y por discapacidad.
- Ahorros para el retiro 401(k).

Tómese un tiempo para leer sobre las opciones que tiene. **Las elecciones que haga estarán vigentes durante el año del plan de beneficios**, así que asegúrese de que las decisiones que tome en la inscripción inicial y la inscripción abierta anual funcionarán para usted y su familia durante todo el año (y/o durante los meses elegibles de cobertura restantes del año del plan). ¡Gracias por formar parte del equipo de CRH Americas!

¿Qué novedades hay para 2025?

Cambios en el seguro médico (cobertura médica, farmacéutica, dental Y óptica integrada):

- **NO habrá aumento de las primas** en 2025 para los empleados.
- A partir de ahora, el plan de salud con deducibles altos se conocerá como “plan HSA”.
- Debido a los requisitos del IRS, los deducibles para servicios dentro de la red del plan HSA aumentarán \$100 para los \$3,300/persona y \$200 para los \$6,600/familia.

Cambio de proveedor para las cuentas del cliente (FSA y HSA):

- HealthEquity reemplazará la administración de cuentas MyChoice a partir del 1.º de enero de 2025.
- El CIP se volverá a procesar en HealthEquity (verifique que el nombre, la fecha de nacimiento y el SSN sean correctos en Benefitsolver).
- A los participantes con HSA se les ofrecerá una transferencia masiva de los saldos de la HSA de UMB a HealthEquity sin costo durante la inscripción abierta anual. Debe completar el consentimiento electrónico a más tardar el 30 de diciembre de 2024.

Elegibilidad para recibir beneficios

Usted es elegible para recibir los beneficios de CRH Americas si es un empleado activo y cumple con las siguientes condiciones:

- Tiene un horario regular de tiempo completo y trabaja en promedio 30 horas por semana.
- Trabaja y genera ingresos en los EE. UU.
- Es un empleado no sindicalizado o un empleado sindicalizado que es elegible para recibir los beneficios de conformidad con un contrato colectivo de trabajo.

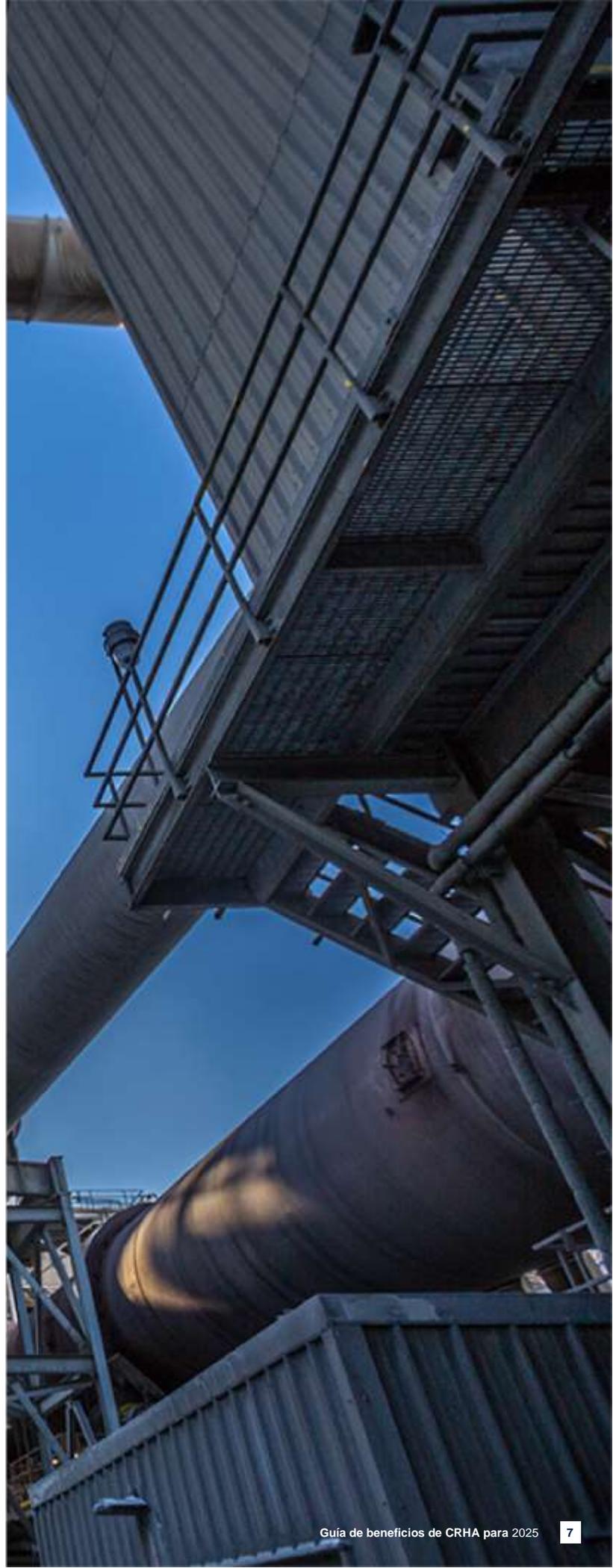
Puede agregar dependientes elegibles a su plan de CRH Americas. Los dependientes elegibles son:

- Su cónyuge legal.
- Hijos, hijastros, hijos adoptivos o cualquier otro niño del que usted sea tutor legal hasta el final del mes en que cumpla 26 años.
- Dependientes con discapacidad total y permanente antes de los 19 años de edad; esto está sujeto a verificación.

Las parejas de hecho y las uniones libres no son elegibles para la cobertura del plan.

Los cónyuges/dependientes elegibles que trabajen para CRH Americas pueden inscribirse como participantes en su propio plan separado o recibir cobertura como dependientes inscritos (cónyuge o hijo) del otro, pero no ambos.

Consulte la [página de verificación de dependientes](#) de esta guía para obtener información adicional.



Cómo inscribirse en sus beneficios

Inscripción para empleados nuevos

Como empleado nuevo, usted es elegible para inscribirse el primer día del mes después de 60 días de trabajo continuo. Una vez que haya finalizado su período de inscripción, **NO** podrá inscribirse a menos que tenga un evento calificado o hasta la próxima inscripción abierta anual.

Inscripción abierta anual

Cada año desde mediados de octubre hasta mediados de noviembre, puede añadir, eliminar o hacer cambios en sus elecciones de beneficios para el siguiente año del plan.

Inscripción abierta anual 2025

Fechas de inscripción: Del 14 de octubre al 5 de noviembre de 2024

Inicio de los beneficios: 1.º de enero de 2025

Inscripción abierta anual 2026

Fechas de inscripción: Del 13 de octubre al 4 de noviembre de 2025

Inicio de los beneficios: 1.º de enero de 2026

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN ABIERTA:

DEBE inscribirse en un plan de atención médica o renunciar a la cobertura.

Puede elegir entre el **plan PPO** o el **plan HSA**

(ambos planes de atención médica incluyen cobertura médica, farmacéutica, dental y óptica).



Interrupciones del empleo

CRH Americas es una empresa grande de materiales de construcción que consta de varias divisiones y compañías (Oldcastle APG, Oldcastle Infrastructure, Americas Materials, Americas Cement y sus compañías relacionadas). Es posible que el período de inscripción de beneficios se acelere para los empleados recontratados y transferidos, lo que dependerá de la interrupción del empleo con la compañía. Comuníquese a Recursos Humanos si anteriormente ha trabajado para una compañía de CRH Americas.

Cuándo termina la cobertura

Si ya no es elegible para recibir los beneficios o deja de trabajar en CRH Americas, la cobertura finalizará el último día del mes en que cambie su clasificación y/o termine su empleo.

Si es recontratado, transferido o regresa a trabajar después de una interrupción del empleo...		
30 días o menos	Sus elecciones se restablecerán sin cese de la cobertura.	Si no se cumple con la elegibilidad inicial y hay una interrupción del empleo, el tiempo transcurrido desde la fecha de contratación inicial se considerará para su elegibilidad.
De 31 a 180 días	Es elegible para la cobertura el día 1 del mes siguiente a su recontratación.	Debe inscribirse para obtener cobertura.
Más de 180 días	Es elegible para la cobertura el día 1 del mes después de 60 días de trabajo.	



Visite
HealthCare.gov para
ver una lista completa
de los eventos
calificados.

Eventos calificados

Determinados planes de beneficios permiten cambios limitados durante el año del plan, incluida la cobertura médica, dental y óptica, el seguro de vida opcional y las cuentas de gastos flexibles. Para estos beneficios, puede cambiar sus elecciones durante el año del plan si hay un cambio en su situación familiar. Esto se llama evento calificado e incluye, entre otros aspectos, lo siguiente:

- 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.

Cobertura para recién nacidos

Los recién nacidos están cubiertos durante los primeros 30 días después del nacimiento, pero NO se agregan al plan de manera automática. Debe inscribir a los recién nacidos dentro de los 60 días posteriores al nacimiento o su hijo no recibirá cobertura.

Cambios en las elecciones

Debe notificar a Benefitsolver cualquier evento calificado tan pronto como sea posible, pero a más tardar 60 días después de la fecha del evento. **Si la notificación de un evento calificado no se realiza dentro de los 60 días posteriores a la fecha del evento, no podrá realizar ningún cambio hasta la próxima inscripción abierta anual.**

Visite www.benefitsolver.com o llame a la línea de ayuda de beneficios de CRH Americas al **888-437-4866** para realizar el cambio y proporcionar la documentación solicitada. Para agregar un dependiente, es posible que se deba realizar una verificación de dependientes.

La interrupción de la cobertura para un dependiente puede convertirse en un evento calificado que le permita recibir cobertura conforme a la ley COBRA.

Divorcio

Una vez que haya concluido un divorcio, su excónyuge (y los hijastros relacionados) ya no serán dependientes elegibles. Los dependientes no elegibles no pueden conservar la cobertura del plan de salud pagado por el empleador de CRH Americas. Se requiere que un empleador ofrezca cobertura conforme a la ley COBRA a un excónyuge, pero únicamente si se le notifica a Businessolver dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que el divorcio haya concluido. Si no se notifica adecuadamente a Businessolver, no se le ofrecerá la cobertura conforme a la ley COBRA al excónyuge. En caso de que al empleado se le exija a través del acta de divorcio o de algún documento judicial que proporcione cobertura de seguro médico a su excónyuge, el empleado debe actuar para proporcionar dicha cobertura, pero esto no obliga al empleador a mantener al excónyuge dentro del plan de salud pagado por el empleador.

Pautas de verificación de dependientes

Es de suma importancia que sólo inscriba a sus 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 anual), se le pedirá que entregue documentación para verificar la elegibilidad de su dependiente. En caso de que no entregue la documentación correcta, 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 requerida antes de la fecha límite. 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 de un acta de nacimiento o de un registro de nacimiento del hospital en el que se muestre su nombre o el nombre de su cónyuge inscrito como padre/madre del niño **Y** que esté firmado por un administrador del hospital o por un médico adscrito.
- 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 usted.
- Certificado de adopción o formulario asignación judicial de tutela firmado y/o sellado por un miembro del tribunal.
- Cuando agregue un dependiente, debe tener disponible su número de seguro social y fecha de nacimiento.

Solicitud de número de seguro social del dependiente

Tenemos que presentar una declaración informativa ante el IRS, que identifica a los empleados y a sus dependientes a los que les proporcionamos cobertura esencial mínima (*Minimum Essential Coverage*, MEC). Esta información confirmará ante el IRS 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. Durante su proceso de inscripción, se le pedirá que agregue el número de seguro social de su dependiente.

Entrega de documentación

- Es necesario presentar los documentos a tiempo.
- La verificación se DEBE entregar antes de la fecha límite o sus dependientes NO tendrán cobertura.
- No envíe documentos originales, ya que no se devolverán.

Escaneo y transferencia

La documentación escaneada y transferida se procesa de manera más eficiente.

- Inicie sesión en www.benefitsolver.com.
- Si olvidó su contraseña, seleccione el enlace Trouble Logging In (tengo problemas para iniciar sesión). 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 seleccionando la opción "upload document" (subir documento).

Correo electrónico

dv@businessolver.com

Fax

877-769-8799

Correo postal

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

Regístrese en Benefitsolver antes de inscribirse

Cuando se inscriba en línea, encontrará mucha información sobre los beneficios en el Centro de Referencia y los días que quedan para inscribirse se mostrarán en la parte superior de la página de inicio. Comience registrándose en Benefitsolver con uno de estos métodos:



1

Visite www.benefitsolver.com y utilice el código de la compañía (**OLDCASTLE**) para registrarse y crear su nombre de usuario y contraseña.

2

Descargue la **aplicación MyChoice** visitando directamente Google Play o la tienda de Apple y utilice el código de la compañía (**OLDCASTLE**) para registrarse.



3

Llame a Benefitsolver al **888-437-4866** y hable con los servicios para miembros. **Tome en cuenta que las llamadas se graban.**



¿Tiene alguna pregunta?

Llame al **888-437-4866** de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST o visite www.benefitsolver.com y use la clave de la compañía (**OLDCASTLE**).

Horario extendido para la inscripción abierta: De lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m. y sábados de 8 a. m. a 2 p. m. CST.

Se debe llevar a cabo una acción para inscribirse, cambiar la cobertura o interrumpirla.

Revise y elija sus opciones

- **Herramienta de apoyo para la toma de decisiones:** Responda algunas preguntas sencillas para recibir una recomendación de beneficios confidencial y personalizada y luego podrá inscribirse.
- **Explore por su cuenta:** Use los botones Next y Back para revisar y elegir sus opciones. Revise los documentos del plan y utilice las herramientas Compare (comparar) y Plan (plan) para visualizar los detalles y los costos de las opciones disponibles para usted. Elija o rechace la cobertura para cada elección y seleccione a los familiares a quienes quiera otorgar cobertura.
- **Reúna información sobre sus dependientes:** 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 dependiente. Se le pedirá que entregue documentación para comprobar su relación con cada dependiente.
- **Revise y finalice sus elecciones:** Asegúrese de que su información personal, sus elecciones, dependientes y beneficiarios sean correctos. Después, apruebe sus opciones. Para finalizar, haga clic en I Agree. Cuando se complete su inscripción, recibirá un número de confirmación y podrá revisar su resumen de beneficios.
- **Después de que se inscriba:** Regrese al panel de control para asegurarse de que no se requieran tareas adicionales para finalizar su inscripción.

Salud y bienestar

Los beneficios de CRH Americas lo ayudan a mantener su salud médica, dental y óptica. Nuestros planes de cobertura médica lo protegen económicamente, para lo cual limitan los costos directos por la atención médica necesaria debido a una enfermedad o lesión. **CRH Americas paga la mayor parte de los costos de sus beneficios.** También tiene la oportunidad de obtener valiosas reducciones en las aportaciones de nómina al participar en nuestra iniciativa para el bienestar.

Más allá de su salud física, queremos que esté saludable en todos los aspectos de su vida. A medida que se prepara para la inscripción inicial o la inscripción abierta anual, le recomendamos que revise esta guía de beneficios para aprovechar al máximo todo lo que se le ofrece como empleado de CRH Americas.



¿A dónde acudir para recibir atención médica?

Cuando no se siente bien, es difícil decidir a dónde acudir para recibir ayuda. ¿Debería solicitar una consulta virtual, llamar a su médico de atención primaria (*Primary Care Physician, PCP*), buscar atención de urgencia o visitar la sala de emergencias (*Emergency Room, ER*)?



Consultas virtuales disponibles mediante Teladoc

Teladoc Health le brinda acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a médicos certificados de los EE. UU. desde la comodidad de su teléfono por el monto del copago o coseguro sujeto al deducible. Visite [TeladocHealth.com](https://www.teladoc.com), llame al **800.835.2362** o descargue la aplicación.



Su médico de atención primaria (PCP)

Si considera que la afección que tiene no pone en peligro la vida, es posible que quiera programar una cita en persona con su PCP, quien puede brindarle un tratamiento que se base en el conocimiento de sus antecedentes médicos por el monto del copago o coseguro sujeto al deducible.



Si no puede esperar, considere la atención de urgencia

Los centros de atención de urgencia suelen estar abiertos por las noches, los fines de semana y los días festivos con horarios extendidos. Muchos ofrecen programación de citas en línea de manera fácil y rápida, además de opciones para presentarse sin cita o llamar con anticipación.

¿Cuándo es la elección adecuada ir a la ER?

Si su instinto le dice que la afección que tiene puede poner en peligro la vida, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Los síntomas que requieren atención inmediata incluyen, entre otros:

- Falta de aliento.
- Traumatismo grave o sangrado abundante.
- Dolor abdominal intenso.
- Sobredosis/intoxicaciones accidentales con fármacos.
- Dolor en el pecho.
- Síntomas de un accidente cerebrovascular (caída facial, debilidad o parálisis en el brazo/la pierna, dificultad para hablar).

Tenga en cuenta que la ER está diseñada para tratar a pacientes con afecciones críticas y lesiones que ponen en peligro la vida. El tiempo de espera promedio puede ser de cuatro a cinco horas (o más) si la afección que tiene no es grave.



Aportaciones del empleado para 2025

CRH Americas cubre la mayor parte de los costos de sus beneficios. La parte de la prima del empleado se basa en la elección del nivel de cobertura. A medida que el costo de la vida sigue aumentando, nuestros empleados enfrentan aumentos de los gastos de vivienda, transporte, alimentos, servicios públicos e impuestos. Los costos de la atención médica no son una excepción a esta tendencia. Sin embargo, CRH Americas reconoce que la carga de estos aumentos no debería pasarse a nuestros empleados. Mirando hacia 2025, nos complace anunciar que **no habrá aumento de su parte de las primas del seguro médico**. Esta es otra demostración de nuestro compromiso por valorar a nuestros empleados.

Aportaciones del empleado de CRH Americas		
Todas las aportaciones incluyen beneficios médicos, farmacéuticos, dentales y ópticos		
Plan PPO		
(Sin incluir el crédito de bienestar y el recargo por cónyuge)		
Cobertura para	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
Tarifas del plan HSA		
(Sin incluir el crédito de bienestar y el recargo por cónyuge)		
Cobertura para	Tarifa anual	Tarifa mensual

Las tarifas de las aportaciones mencionadas anteriormente son anuales y mensuales y se retienen de la nómina antes de impuestos. Las deducciones de la nómina pueden variar según la periodicidad de la nómina específica de su compañía y cualquier deducción, crédito y recargo que pueda aplicar, como el recargo por cónyuge o el crédito de bienestar. Debido a que estas aportaciones se recaudan antes de impuestos, el IRS restringe los cambios en la inscripción inicial o inscripción abierta anual o dentro de los 60 días de un evento calificado.

Recargo por cónyuge

Si su cónyuge es elegible para recibir la cobertura médica de su empleador o cuenta con la cobertura de otro plan calificado y luego se inscribe en el plan de salud de CRH Americas, usted será responsable de pagar el recargo por cónyuge de **\$225** por mes para el plan PPO o de **\$175** por mes para el plan HSA.

IMPORTANTE: Cada año durante la inscripción anual o durante su período de inscripción inicial, se DEBE completar un formulario de renuncia al recargo por cónyuge. La exención no se transfiere de un año a otro.

Exención del recargo por cónyuge

No estará sujeto al recargo por cónyuge si:

- El empleador de su cónyuge no ofrece cobertura médica o se determina que su cónyuge no es elegible.
- Su cónyuge es un trabajador independiente y no tiene cobertura disponible.
- Su cónyuge no tiene un empleo.
- Su cónyuge trabaja en CRH Americas.
- Su cónyuge tiene cobertura de Medicare o de otro plan gubernamental y no cuenta con cobertura de un plan de su empleador.

Si alguna de las situaciones anteriores aplica a su caso, entonces el recargo no le corresponde. Sin embargo, se debe completar una exención del recargo por cónyuge. Visite www.benefitsolver.com o llame 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

CRH Americas le ofrece un crédito de bienestar para ayudar a promover la salud y el bienestar. Usted y su cónyuge (si está inscrito en el plan de salud de CRH Americas) son elegibles para participar y recibir una reducción de \$25 por persona por mes en las primas del plan de salud (hasta \$50 por mes). Se debe completar una exploración física de acuerdo con la edad con su proveedor de la red para obtener el crédito de bienestar.

- Si completa la exploración física, pero su cónyuge cubierto no lo hace, el crédito será de \$25 por mes.
- Si tanto usted como su cónyuge cubierto completan la exploración física, el crédito es de \$50 por mes.
- Si su cónyuge completa la iniciativa, pero usted no, no se otorgará el crédito. Usted debe completar la exploración para que su cónyuge reciba el crédito de bienestar.

El médico determinará lo qué debe incluirse en la exploración física de acuerdo con la edad, por ejemplo:

- Análisis de sangre: Nivel de colesterol, tanto LDL como HDL.
- Nivel de glucosa (para personas no diabéticas).
- Nivel de A1c (para personas diabéticas).
- Presión arterial.
- Mamografía y prueba de Papanicolaou.
- Prueba de detección colorrectal.

UMR verificará la realización de las exploraciones físicas según las reclamaciones que presente el médico. Puede comprobar la verificación en su cuenta en www.benefitsolver.com.

- Inicie sesión y consulte 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 de bienestar).
- Si su cónyuge completó la iniciativa para el bienestar, verá Yes marcado en Wellness Credit Spouse (cónyuge con crédito de 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 poco después de su visita de bienestar, asegúrese de volver a revisar periódicamente para ver si se ha recibido la actualización.



Crédito de bienestar para 2025

El crédito de bienestar para reducir las primas del plan de salud en 2025 aplica para usted y su cónyuge cubierto si las exploraciones físicas se completaron entre el 1.º de septiembre de 2023 y el 31 de agosto de 2024.

Si usted y su cónyuge fueron agregados al plan de salud del 1.º de julio de 2024 al 31 de agosto de 2024, no será necesario que completen las exploraciones físicas para recibir la reducción en sus aportaciones en 2025.

Crédito de bienestar para 2026

El crédito de bienestar para reducir la prima del plan de cobertura médica en 2026 aplica para usted y su cónyuge cubierto si las exploraciones físicas se completaron entre el 1.º de septiembre de 2024 y el 31 de agosto de 2025.

Si usted y su cónyuge se inscriben en el plan de salud entre el 1.º de julio de 2025 y el 31 de agosto de 2025, no será necesario que completen la exploración física para recibir la reducción en sus aportaciones en 2026.

Planes de cobertura médica | UMR

Ofrecemos dos opciones de seguro médico con la red UnitedHealthcare Choice Plus para que pueda elegir la que mejor se adapte a sus necesidades de atención médica y su presupuesto.

- Plan PPO
- Plan HSA

Diferencias entre los planes de cobertura médica PPO y HSA

Los planes de salud con deducibles altos calificados tienen primas más bajas y deducibles más altos, pero le permiten ahorrar fondos antes de impuestos en una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) y usarlos para pagar gastos médicos elegibles. Un plan PPO ofrece deducibles más bajos, pero tiene primas más altas y copagos. Para elegir entre ellos, compare los costos y los beneficios de cada plan y estime sus necesidades y gastos de atención médica.

Cuándo se necesita una certificación previa

Los procedimientos que requieren una certificación previa incluyen (entre otros):

- Hospitalizaciones.
- Cirugías con hospitalización y ambulatorias.
- Equipo médico duradero.
- Trasplantes.
- Obtención de imágenes avanzadas para pacientes ambulatorios.

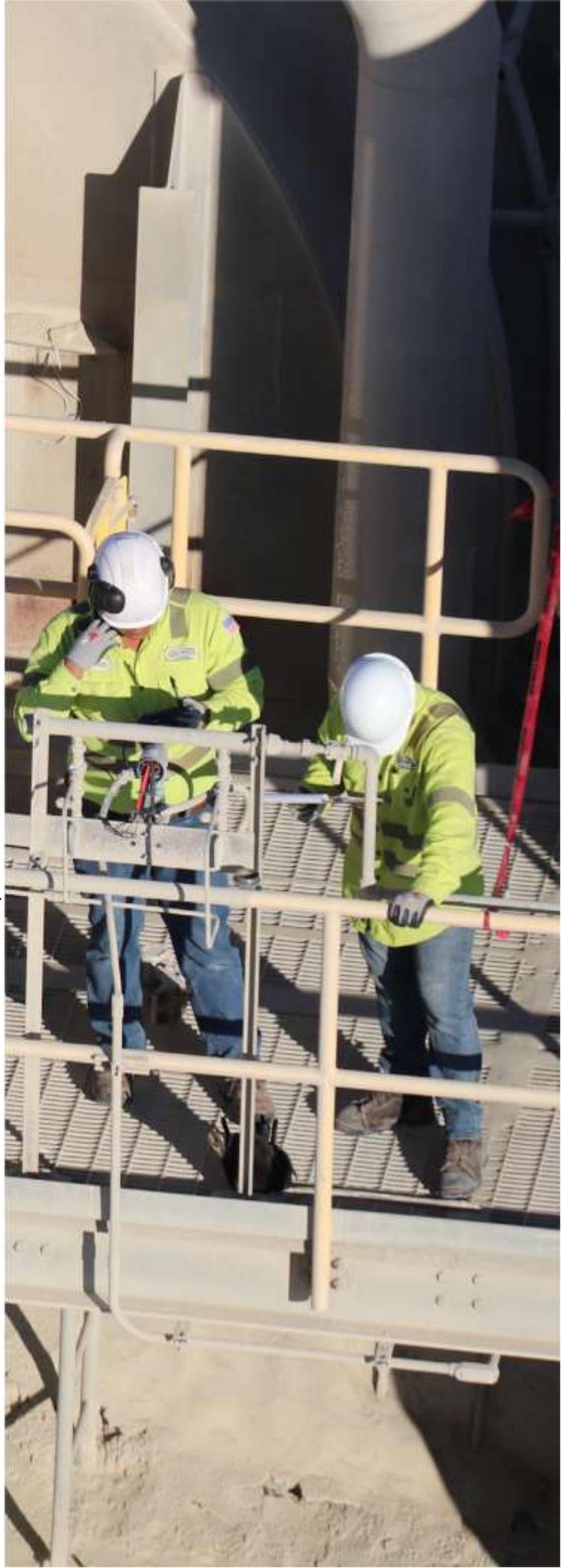
Puede consultar una lista completa de procedimientos en www.umar.com y en www.benefitsolver.com.

Para obtener la certificación previa para un procedimiento, llame al **800-207-3172**.

Servicios que el plan de cobertura médica de CRH Americas NO cubre

(Esta no es una lista completa. Consulte los documentos del plan para conocer otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica y complicaciones.
- Programas para adelgazar.
- Cirugía cosmética.
- Cirugía y servicios de reasignación de sexo.
- Maternidad de una hija dependiente.
- Prótesis auditiva (consulte el descuento disponible a través de EyeMed).
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Pedicura de rutina.



Descripción de los términos de seguro médico

- **Monto permitido:** 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 fuera de la red cobra más del monto permitido, es posible que usted tenga que pagar la diferencia.
- **Facturación del saldo:** Cuando un proveedor de atención médica fuera de la red cobra un precio más alto que la cantidad que su seguro acordó pagar y se le factura la diferencia.
- **Coseguro:** 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 plan 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. El plan de salud paga el resto del monto permitido.
- **Copago:** 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.
- **Deducible:** La cantidad que debe pagar primero de manera directa antes de que su plan de salud comience a pagar (excepto los copagos en el plan PPO). Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan no pagará nada hasta que usted haya alcanzado ese monto. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.
- **Vademécum:** 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 vademécum está sujeto a cambios en cualquier momento.
- **Dentro de la red:** Centros y proveedores que su plan de salud contrató para brindar servicios de atención médica.
- **Fuera de la red:** Centros y proveedores que su plan de salud no contrató para brindar servicios de atención médica.
- **Límite de gastos directos:** Monto máximo que deberá pagar durante la vigencia de una póliza, generalmente un año, antes de que su plan de salud comience a pagar el 100 % del monto permitido. Este límite nunca incluye las primas, los cargos de facturación del saldo, las penalizaciones por incumplimiento y la atención médica que el plan de salud no cubra.
- **Médico de atención primaria:** Médico que presta distintos servicios de atención médica para un paciente o que los coordina.
- **Atención de urgencia:** 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 emergencias.



Opciones del plan de cobertura médica

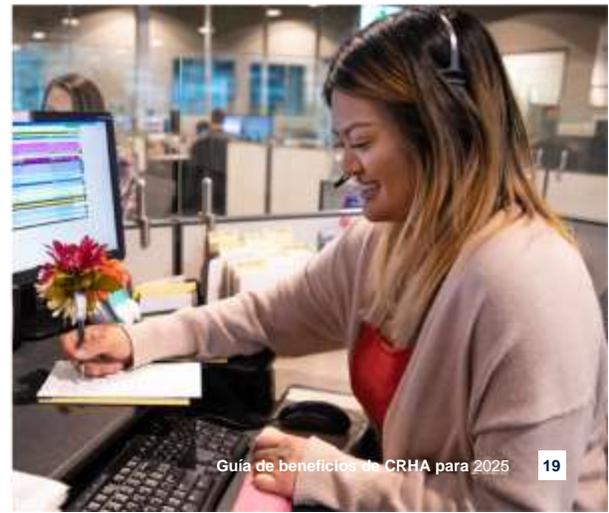
Opciones del plan de cobertura médica de CRH Americas				
Beneficios del plan	Plan PPO		Plan HSA	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario*	\$1,000 por persona; \$3,000 por familia	\$2,000 por persona; \$6,000 por familia	\$3,300 por persona; \$6,600 por familia	\$6,600 por persona; \$13,200 por familia
Monto máximo de gastos directos Por año calendario (incluye el deducible, los copagos y el coseguro)	\$6,000 por persona; \$12,000 por familia	Ilimitado	\$6,500 por persona; \$13,000 por familia	Ilimitado
Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) Aportación de CRH	N/C		Empleado: \$500; empleado más 1 persona: \$750; empleado más 2 personas o más: \$1,000; familia: \$1,000	
Límite vitalicio/participante	Ilimitado			
El coseguro se muestra como responsabilidad del miembro/del plan				
Servicios de hospitalización Penalización si no realiza la certificación previa	20 %/80 % Coseguro de \$250	40 %/60 % Coseguro de \$250	20 %/80 % Coseguro de \$250	40 %/60 % Coseguro de \$250
Sala de emergencias/tratamiento de emergencia (accidente y situación de emergencia 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				
Atención de urgencia	Copago de \$25			
Servicios que no sean una emergencia				
Cargos por uso de las instalaciones	20 %/80 %	40 %/60 %	40 %/60 %	40 %/60 %
Honorarios médicos				
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 (médico, terapeuta o psicólogo)	Copago de \$10	N/C	20 %/80 %	N/C
Servicios médico-quirúrgicos con hospitalización/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 cubierta			
Atención quiropráctica en consultorio 20 visitas por año calendario (combinadas dentro y fuera de la red)	Copago de \$25	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla Certificación previa requerida después de 18 visitas				

Deducible incorporado: Si tiene cobertura familiar, cada integrante debe alcanzar únicamente el deducible individual para que comiencen los beneficios/costos compartidos.

Opciones del plan de cobertura médica (continuación)

Opciones del plan de cobertura médica de CRH Americas				
Beneficios del plan	Plan PPO		Plan HSA	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de diagnóstico, de radiografías y de laboratorio				
Visita al consultorio	Copago de \$25 por PCP; copago de \$40 por especialista	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Ambulatorio o independiente	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 % Exento de deducible	No cubiertos	0 %/100 % Exento de deducible	No cubiertos
Ginecología/obstetricia e inmunizaciones	0 %/100 % Exento de deducible	40 %/60 %	0 %/100 % Exento de deducible	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 dentro o fuera de la red se toman en cuenta para cubrir ambos montos máximos	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Salud mental/dependencia de sustancias químicas				
Servicios de hospitalización Servicios hospitalarios (instalaciones) Servicios del médico	20 %/80 %	40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %
Servicios ambulatorios Visita al consultorio (no quirúrgica) Sala de tratamiento de emergencias/cargos por uso de las instalaciones Proveedor profesional	Copago de \$25 100 % después del copago de \$150 20 %/80 %	40 %/60 % 100 % después del copago de \$150 40 %/60 %	20 %/80 %	40 %/60 %

El 20 %/80 % significa que el empleado es responsable del 20 % y el plan cubre el 80 % restante una vez que se alcance el deducible.



¿Cuál es el mejor plan para usted? (Únicamente el empleado)

A continuación se presentan **ejemplos** de empleados **hipotéticos** y cómo difieren los costos 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 (muestra)						
Costo de servicios cubiertos (cantidad de servicios y costos estimados)	Uso bajo		Uso medio		Uso alto	
	Dentro de la red					
	PPO	HSA	PPO	HSA	PPO	HSA
[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 con un 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 con hospitalización: \$8,000	No se utilizó este servicio		No se utilizó este servicio		\$1,600 (coseguro del 20 %)	\$3,100 (\$1,875 aplicado al deducible más coseguro de \$1,225)
[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] Fármacos recetados no preferenciales (costo mensual): \$100	No se utilizó este servicio		\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (copago de \$100 durante 12 meses)	\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$600 (coseguro del 50 % durante 12 meses)
Costo de servicios cubiertos (pagos que realiza directamente a los proveedores)	\$35	\$192	\$1,875	\$2,392	\$3,515	\$5,130
+						
Aportación de nómina anual (inscrito en la cobertura para el empleado y el cónyuge, tarifa estándar)	\$2,040 (\$170/mes)	\$1,128 (\$94/mes)	\$2,040 (\$170/mes)	\$1,128 (\$94/mes)	\$2,040 (\$170/mes)	\$1,128 (\$94/mes)
=						
Costo de servicios cubiertos	\$35	\$192	\$1,875	\$2,392	\$3,515	\$5,130
Aportación de nómina anual	\$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	\$5,758

¿Cuál es el mejor plan para usted? (Empleado más cónyuge)

A continuación se presentan **ejemplos** de empleados **hipotéticos** y cómo difieren los costos 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 (muestra)						
Costo de servicios cubiertos (cantidad de servicios y costos estimados)	Uso bajo		Uso medio		Uso alto	
	Dentro de la red					
	PPO	HSA	PPO	HSA	PPO	HSA
[2] Visita 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] Visita de atención primaria: \$175 cada una (empleado más 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 con un 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 con 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)	\$4,100 (deducible de \$3,125 más coseguro de \$975)
[2] Medicamentos recetados genéricos (suministro para 10 días): \$17 (empleado más 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] Fármacos recetados no preferenciales (costo mensual): \$100 (cónyuge)	No se utilizó este servicio		\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (copago de \$100 durante 12 meses)	\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (\$100 durante 12 meses)
Costo de servicios cubiertos (pagos que realiza directamente a los proveedores)	\$120	\$834	\$2,000	\$3,284	\$4,400	\$7,372
+						
Aportación de nómina anual (inscrito en la cobertura para el empleado y el cónyuge, tarifa estándar)	\$4,200 (\$350/mes)	\$2,200 (\$185/mes)	\$4,200 (\$350/mes)	\$2,200 (\$185/mes)	\$4,200 (\$350/mes)	\$2,200 (\$185/mes)
=						
Costo de servicios cubiertos	\$120	\$834	\$2,000	\$3,284	\$4,400	\$7,372
Aportación de nómina anual	\$4,200	\$2,200	\$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	\$8,842

¿Cuál es el mejor plan para usted? (Familia)

A continuación se presentan **ejemplos** de empleados **hipotéticos** y cómo difieren los costos 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 (muestra)						
Costo de servicios cubiertos (cantidad de servicios y costos estimados)	Uso bajo		Uso medio		Uso alto	
	Dentro de la red					
	PPO	HSA	PPO	HSA	PPO	HSA
[2] Visita 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 %)
[3] Visita 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 con un 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 con 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)	\$4,100 (deducible de \$3,125 más coseguro de \$975)
[2] Medicamentos recetados genéricos (suministro para 10 días): \$17 (empleado más 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] Fármacos recetados no preferenciales (costo mensual): \$100 (cónyuge)	No se utilizó este servicio		\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$1,200 (copago de \$100 durante 12 meses)	\$840 (copago de \$70 durante 12 meses)	\$600 (coseguro del 50 % durante 12 meses)
Costo de servicios cubiertos (pagos que realiza directamente a los proveedores)	\$145	\$1,009	\$2,025	\$3,459	\$4,425	\$6,947
+						
Aportación de nómina anual (inscrito en la cobertura de empleado y cónyuge, tarifa estándar)	\$5,880 (\$490/mes)	\$2,940 (\$245/mes)	\$5,880 (\$490/mes)	\$2,940 (\$245/mes)	\$5,880 (\$490/mes)	\$2,940 (\$245/mes)
=						
Costo de servicios cubiertos	\$145	\$1,009	\$2,025	\$3,459	\$4,425	\$6,947
Aportación de nómina anual	\$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

¿Qué está disponible en UMR.com?

Encontrará todo lo que desea (y necesita) saber sobre sus beneficios médicos en www.ump.com o llamando al **800-207-3172**.

- Revise los beneficios y vea lo que está cubierto.
- Vea cuánto debe y cuánto ha pagado.
- Encuentre un médico en la red.
- Revise sus 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.

Cómo encontrar un proveedor de UMR

Elija entre los médicos y hospitales de calidad que forman parte de la red de su plan de cobertura médica. Visite www.ump.com. Seleccione la **red UnitedHealthcare Choice Plus** para encontrar proveedores disponibles. Siempre llame y confirme que un proveedor está en la red de UMR para obtener las mejores tarifas. Si utiliza un proveedor fuera de la red, considere negociar el precio antes de recibir el servicio para evitar la facturación del saldo.

NurseLine

NurseLine de UMR lo conectará 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** o chatee en vivo en línea:

- Inicie sesión en www.ump.com.
- Seleccione Health Center (centro de salud) en myMenu.
- Busque el enlace en la sección *I need to...* (necesito...).

Se pueden encontrar otros recursos en www.ump.com o llame al **800-207-3172**.

Si necesita ayuda para navegar por las reclamaciones médicas o para encontrar un proveedor, comuníquese con UMR al **800-207-3172.**

Programas de UMR CARE

A través de UMR CARE, puede acceder a personal de enfermería experimentado y dedicado que le ayudará a aprovechar al máximo los beneficios de su plan de salud. Estas personas trabajan con usted, los médicos y otros asesores médicos para conectarlo con los servicios que mejor satisfagan sus necesidades.

Algunos ejemplos de cuándo UMR CARE puede ayudarlo incluyen:

- Maternidad.
- Posparto.
- Utilización elevada de la ER.
- Fármacos de especialidad.
- Afecciones médicas de riesgo alto.

Maternity CARE

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

Emerging CARE

Brinda asistencia, apoyo y ayuda para evitar afecciones médicas de riesgo alto.

Puede acceder a todos los programas CARE en www.ump.com.



Aplicación móvil

Con sólo un toque, puede:

- Acceder a su tarjeta de identificación digital.
- Ver los detalles de su plan en cualquier momento.
- Averiguar si hay un copago para su siguiente cita.
- Chatear, llamar o enviar un mensaje al equipo de apoyo para miembros de UMR.

 Descárguela en **App Store**

 CONSÍGALA EN **Google Play**

Atención médica virtual | Teladoc Health

Tendrá acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a médicos certificados de los EE. UU. de Teladoc desde la comodidad de su teléfono.

Usted y un médico pueden hablar o verse en un videochat para responder preguntas, recibir un diagnóstico e incluso recetar algunos medicamentos para estas y otras afecciones comunes:

- Resfriados
- Estreñimiento
- Cortes que no necesitan puntos de sutura
- Dolor de oído o en los senos paranasales
- Erupciones
- Dolor tolerable

Tarifas de las visitas de Teladoc	
Plan PPO	Plan HSA
Copago de \$10 por médico, terapeuta o psicólogo	Deducible/coseguro

Configure su cuenta de Teladoc antes de que se enferme

Para acceder rápidamente a la atención virtual, descargue la aplicación de Teladoc. Luego, seleccione "Set up your account" (configure su cuenta). Proporcione información básica sobre usted para la verificación de la cobertura. Elija su nombre de usuario y contraseña y ¡listo!



Visite [TeladocHealth.com](https://www.TeladocHealth.com), llame al **800-835-2362** o descargue la aplicación.



Regenexx

Regenexx utiliza los agentes curativos naturales del cuerpo para evitar la necesidad de realizar hasta el 70 % de las cirugías ortopédicas programadas de:

- Columna vertebral
- Mano/muñeca/codo
- Rodilla
- Hombro
- Cadera
- Tobillo/pie

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 pasar por una cirugía invasiva ni una recuperación prolongada.

No se requiere certificación previa para estos procedimientos.

Si está inscrito en el plan PPO, deberá pagar el copago del especialista por las visitas al consultorio. Todos los demás servicios están sujetos al deducible y al coseguro correspondiente. Si está en el plan HSA, todos los servicios están sujetos al deducible antes de que se aplique el coseguro.

Para hablar con un servicio de enlace de pacientes de Regenexx de CRH, llame al **866-385-4959** o visite regenexxbenefits.com/crh para obtener más información sobre Regenexx y las alternativas a la cirugía ortopédica.

Averigüe si un procedimiento de Regenexx es adecuado para usted. Para registrarse para asistir a un seminario web, escanee el código QR para el registro o visite www.regenexxbenefits.com/webinar.



Farmacia | CVS Caremark

CVS Caremark ofrece nuestro plan de fármacos recetados, que se combina con el plan de cobertura médica. CVS Caremark cuenta con una red nacional de farmacias para su comodidad, que incluye tiendas minoristas CVS y la mayoría de las demás grandes cadenas y farmacias independientes.

Fármacos cubiertos en el plan

En el vademécum se indican todos los fármacos recetados, tanto genéricos como de marca, que están cubiertos en el plan. Refleja los fármacos que ofrecen el mayor valor en conjunto. Las listas se actualizan de manera trimestral, lo que puede dar lugar a que se excluya un fármaco de marca pese a que en la cobertura se incluye un equivalente genérico. Los fármacos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que un fármaco de marca.

El vademécum se llama CVS Caremark Standard Control Formulary with Advanced Control Specialty Formulary (vademécum de control estándar de CVS Caremark con vademécum de especialidad de control avanzado) y se puede encontrar en línea en www.caremark.com.



Beneficios de fármacos recetados de Caremark CVS				
Beneficio	PPO	HSA		
		Mínimo	Coseguro del miembro	Máximo
Monto máximo de gastos directos para fármacos recetados por año calendario	\$3,450 por persona; \$6,900 por familia	Consulte el deducible médico.		
Venta al menudeo				
Genérico	Copago de \$10	\$5 después del deducible	N/C	\$5 después del deducible
Marca preferencial	Copago de \$35	\$15 después del deducible	25 % después del deducible	\$50 después del deducible
Marca no preferencial	Copago de \$70	\$30 después del deducible	50 % después del deducible	\$125 después del deducible
Especialidad	Coseguro del 30 %	Sujeto a deducible médico/monto máximo de gastos directos		
Servicio por correo/venta al menudeo para 90 días				
Genérico	Copago de \$25	\$10 después del deducible	N/C	\$10 después del deducible
Marca preferencial	Copago de \$87.50	\$30 después del deducible	25 % después del deducible	\$100 después del deducible
Marca no preferencial	Copago de \$175	\$60 después del deducible	50 % después del deducible	\$250 después del deducible

Para obtener más información sobre la cobertura de fármacos recetados proporcionada en este plan, llame al **800-378-0458** o visite www.caremark.com.

Farmacia (continuación)

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

Si el médico quiere que usted siga usando un medicamento de una marca que no esté en el vademécum o que esté excluido, puede comunicarse con CVS Caremark para recibir una autorización previa (*prior authorization*, PA). Si se obtiene la PA, usted puede continuar surtiendo sus recetas de la manera habitual con el copago o coseguro 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 monto máximo de gastos directos que usted pudiera tener.

Reabastecimiento al menudeo para 90 días*

Los reabastecimientos para 90 días brindan ahorros en los medicamentos de mantenimiento a largo plazo para tratar la presión arterial alta, el nivel alto de colesterol, la diabetes y más.

Se requieren reabastecimientos del suministro para 90 días después de tres abastecimientos para 30 días de estos medicamentos. Puede obtener un suministro para 90 días en una amplia red de farmacias minoristas y a través de la entrega a domicilio. Si quisiera cancelar los reabastecimientos al menudeo para 90 días obligatorios, llame a CVS Caremark.

La entrega a domicilio ahorra tiempo y dinero*

Obtenga hasta un suministro para 3 meses de los medicamentos que usa regularmente cuando se inscriba en el servicio de farmacia por mensajería de CVS Caremark. Inicie sesión en www.caremark.com, utilice la aplicación CVS Caremark o llame a CVS Caremark al **800-378-0458**.

**Tenga en cuenta que actualmente existen leyes/normativas estatales específicas que podrían afectar a la forma en que recibe los medicamentos, así como al costo, lo que depende del estado donde reside. Estas leyes estatales se pueden aprobar/aplicar durante todo el año, por lo que esto podría ocurrir a mediados de año y no sólo el 1.º de enero.*

Si necesita ayuda con los fármacos de especialidad, llame al **866-846-3095** o visite www.cvsspecialty.com.

Farmacia especializada de CVS

Obtenga sus medicamentos de especialidad y un poco de asistencia clínica para afecciones complejas, incluido el cáncer, la artritis y otras afecciones, de la farmacia especializada de CVS.

Programa de copagos PrudentRx para miembros del plan PPO

- Si está en el plan PPO de CRH Americas, puede obtener sus medicamentos de especialidad cubiertos sin costo alguno. Esto significa \$0 de gastos directos por cualquier medicamento que esté en su lista de fármacos de especialidad cuando los surta a través de la farmacia especializada de CVS. El programa PrudentRx negocia con los fabricantes para obtener ayuda con el copago y gestiona la inscripción y las renovaciones de sus programas en nombre de usted. Incluso si un fabricante no ofrece ayuda con el copago para el medicamento que usted utiliza, no tendrá que pagar nada mientras esté inscrito en el plan PPO y en el programa PrudentRx.

Tarifas del plan HSA

- Si está en el plan HSA de CRH Americas, pagará el costo total del medicamento hasta que se alcance el deducible. También son válidos los cupones correspondientes después del deducible.

Iniciativa de salud de la mujer: Anticonceptivos

Se ofrecen anticonceptivos genéricos y de venta libre sin ningún costo para las mujeres en el plan de farmacia. Los productos anticonceptivos de venta libre no estarán cubiertos.

Encuentre una farmacia de CVS Caremark



Utilice la aplicación CVS Caremark o visite www.caremark.com. El número de ID de miembro se puede encontrar en la parte frontal de su tarjeta de identificación médica y para recetas combinada.



Descripción de la cobertura de fármacos recetados

¿Qué es la autorización previa para fármacos?

Autorización previa (PA) significa que el médico o médico prescriptor debe demostrar que el medicamento es necesario o que usted ha cumplido con los requisitos de la autorización previa antes de que el plan cubra un medicamento en particular.

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 autorización previa debe renovarse 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, para iniciar el proceso el médico deberá comunicarse con CVS Caremark.

¿Cuáles son los límites de cantidad (*Quantity Limits, QL*)?

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

¿En qué consiste la terapia escalonada (*Step Therapy, ST*)?

La terapia escalonada 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). 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*)?

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 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.



Suministros y equipo para personas diabéticas

Los fármacos y suministros para personas diabéticas están cubiertos en nuestros planes de cobertura médica o de fármacos recetados. Algunos de los fármacos mencionados pueden tener requisitos o límites adicionales, según el plan en el que esté inscrito.

La información de esta sección se proporciona como referencia y puede no incluir todos los datos necesarios. Si tiene más preguntas, comuníquese con la línea dedicada de UMR al **800-207-3172** o con los servicios para miembros de CVS al **800-378-0458**.

Instituciones de equipo para personas diabéticas

Byram Healthcare Centers
www.byramhealthcare.com
877-902-9726

Minimed Distribution Corp
www.medtronicdiabetes.com/home
800-646-4633

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
800-591-3455

Tandem Diabetes Care
www.tandemdiabetes.com
858-375-1473

Nota importante: El sistema de administración OmniPod 5 se suministra a través de farmacias en lugar de los proveedores de distribución de equipo médico duradero. Si utiliza OmniPod 5, este producto estará cubierto en el plan de farmacia con CVS. Otras bombas de insulina se consideran equipo médico duradero y están incluidas en el plan de cobertura médica de UMR.

Dispositivos de control y glucómetros incluidos en nuestro plan de cobertura médica de UMR*

Control continuo del nivel de glucosa en sangre

Los dispositivos de **control continuo del nivel de glucosa (Continuous Glucose Monitoring, CGM) en sangre**, como Dexcom y FreeStyle Libre, se incluyen en el plan de cobertura médica. Los dispositivos de control están cubiertos en ambos planes:

Planes PPO y de HSA**

- **Coseguro del 20 %** después del deducible (dentro de la red).
- **Coseguro del 40 %** después del deducible (fuera de la red).

Glucómetros

Los glucómetros están cubiertos en el plan de cobertura médica. Los glucómetros OneTouch están disponibles **sin costo** a través del programa de glucómetros gratuitos de CVS Caremark llamando al **800-588-4456**. Tenga a la mano su número de identificación de receta y el nombre y número de teléfono de su médico cuando haga la llamada. Otros dispositivos de control están cubiertos en ambos planes:

PPO y HSA**

- **Coseguro del 20 %** después del deducible (dentro de la red).
- **Coseguro del 40 %** después del deducible (fuera de la red).

**Consulte la lista de instituciones de equipo para diabéticos en las que puede adquirir estos dispositivos con la tarifa para servicios dentro de la red.*

***Nota importante: Se requiere una certificación previa para el equipo médico duradero cuyo precio de compra sea superior a \$1,000. Comuníquese con UMR si tiene preguntas adicionales.*



Suministros y equipo para personas diabéticas (continuación)

Suministros y medicamentos para personas diabéticas cubiertos en nuestro plan de farmacia de CVS		
Suministros y medicamentos	Marcas preferenciales de CVS	Excluido
Suministros para personas diabéticas (tiras reactivas, agujas, jeringas)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	<p>Agujas: Todas las demás agujas que NO sean de la marca BD Ultrafine</p> <p>Jeringas: Todas las demás jeringas que NO sean de la marca BD Ultrafine</p> <p>Tiras/kits reactivos: Todas las demás tiras/kits reactivos que NO sean de la marca Accu-Chek o OneTouch</p>
Biguanidas	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)	Januvia, Januvia con pioglitazona, Janumet, Janumet XR, saxagliptina, saxagliptina con metformina de liberación prolongada, Trijardy XR	Nesina, Onglyza, Tradjenta, Jentaduetto, Jentaduetto XR, Kazano, Kombiglyze XR, Oseni
Agonista del péptido similar al glucagón de tipo 1 (Glucagon-Like Peptide-1, GLP1)	Ozempic, Rybelsus, Trulicity, Victoza, Mounjaro	Bydureon Bcise, Byetta
Insulinas (de acción corta, de acción prolongada, basales)	Novolin 70/30*, Novolin N*, Novolin R*, Lantus, Toujeo, Tresiba *Las formulaciones con otra marca o de marca propia que no estén cubiertas sin autorización previa por necesidad médica (es decir, Relion).	Humulin 70/30*, Humulin N*, Humulin R*, Basaglar, Levemir NOTA: Humulin R U-500 concentrado no estará sujeto a autorización previa y seguirá estando cubierto.
Insulina de acción rápida	Fiasp, Novolog, Novolog Mix 70/30	Apidra, Humalog, Humalog Mix 75/25, Humalog Mix 50/50
Sensibilizadores de insulina y combinaciones	Pioglitazona, pioglitazona con metformina, pioglitazona con glimepirida	Actos
Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2)	Farxiga, Jardiance	Invokana
Combinaciones de SGLT2 y una biguanida	Synjardy, Synjardy XR, Xigduo XR	Invokamet, Invokamet XR
Combinaciones de SGLT2 y DPP4	Glyxambi	Qtern
Bombas de insulina desechables	Omnipod, V-Go	Todas las demás marcas que NO sean Omnipod y V-Go



Plan dental | Delta Dental

Si usted y/o sus dependientes están inscritos en el plan de salud de CRH Americas, entonces estarán inscritos automáticamente en el plan de Delta Dental. Puede visitar a cualquier dentista que desee, pero los dentistas dentro de la red tienen un contrato con Delta Dental para brindarle atención de alta calidad a un menor costo.

Si usa un dentista fuera de la red, el plan pagará el mismo nivel de beneficio, pero no se han celebrado contratos

para limitar las tarifas del proveedor. Usted deberá cubrir los cargos razonables y habituales (*Reasonable & Customary, R&C*) del proveedor que sean superiores al monto que Delta Dental haya aceptado pagar.

Si tiene preguntas sobre su cobertura dental, comuníquese con Delta Dental en www.deltadentalins.com o llame al **800-521-2651**.

Beneficios del plan de Delta Dental

Cuando visite al dentista para un examen preventivo y una limpieza, el costo de estos procedimientos no se aplicará a su beneficio máximo anual de \$1,500.		
Deducible	Persona: \$50; familia: \$150	
Monto máximo anual	\$1,500 por persona, combinados dentro o fuera de la red	
Servicios cubiertos	Dentro de la red	Fuera de la red
De diagnóstico y preventivos (limpiezas, flúor, selladores, radiografías de rutina)	0 %/100 %	0 %/100 % de la tarifa R&C
Básicos (endodoncia, periodoncia, cirugía bucal, anestesia general)	20 %/80 %	20 %/80 % de la tarifa R&C
Mayores (coronas, incrustaciones, recubrimientos, puentes, implantes)	50 %/50 %	50 %/50 %
Ortodoncia (dependiente menor de 19 años)	50 %/50 %	50 %/50 %
Límite vitalicio por ortodoncia (dependiente menor de 19 años)	Límite vitalicio de \$1,500	Límite vitalicio de \$1,500
Implantes	50 % de la tarifa negociada (después del deducible); monto máximo anual de \$1,500	

Frecuencia 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

R&C significa razonable y habitual

Plan óptico | EyeMed

Si usted y/o sus dependientes están inscritos en el plan de salud de CRH Americas, entonces usted y/o sus dependientes están inscritos automáticamente en el plan óptico de EyeMed y cuentan con su cobertura.

Puede visitar a 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 luego deberá presentar una reclamación para recibir el reembolso de los gastos cubiertos.

Si tiene preguntas sobre su cobertura óptica de EyeMed, visite www.eyemedvisioncare.com o llame al 866-723-0513.

Beneficios del plan óptico de EyeMed		
Servicio	Dentro de la red	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/pago de venta al público de \$110, 20 % del saldo si excede los \$110	Un máximo de \$60
Lentes de plástico estándar		
Monofocales Bifocales Trifocales Lentes progresivos estándar	Copago de \$20	Un máximo de \$30 Un máximo de \$50 Un máximo de \$65 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	
Polycarbonato estándar: Adultos y niños menores de 19 años	\$40	N/C
Recubrimiento antirreflejante estándar	\$45	
Polarizados y otros complementos y servicios	20 % de descuento en el precio de venta al por menor	
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto		
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 el saldo si excede los \$100	
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	
Frecuencia		
Exploración/anteojos o lentes de contacto		Una vez cada 12 meses
Armazones		Una vez cada 24 meses

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) | HealthEquity

Cuando está inscrito en el plan HSA y hace aportaciones con deducciones de la nómina antes de impuestos a una cuenta de ahorros para gastos médicos, puede usar los fondos para pagar gastos médicos, dentales y ópticos calificados para usted y sus dependientes elegibles. Los fondos en su HSA de HealthEquity se pueden usar hoy, se pueden ahorrar en su cuenta o se pueden invertir para ayudar a pagar gastos calificados en el futuro. Para obtener más información sobre las HSA, visite <https://learn.healthequity.com/crh>.

CRH Americas deposita dinero en su cuenta

Después de elegir la HSA durante la inscripción por \$0 o más y de configurar su cuenta, CRH Americas aportará fondos a su cuenta. Para recibir la parte del empleador, debe elegir la HSA con una elección de \$0 o mayor. Las aportaciones combinadas a la HSA, tanto suyas como de CRH Americas, no pueden exceder los límites establecidos por el IRS, los cuales cambian cada año.

Aportaciones a la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) para 2025			
Si su cobertura médica de CRH es para...	Aportación de CRH	Elección elegible del empleado	Máximo total permitido por el IRS
Únicamente el empleado	\$500	De \$0 a \$3,800	\$4,300
Empleado más cónyuge	\$750	De \$0 a \$7,800	\$8,550
Empleado más hijos	\$750	De \$0 a \$7,800	\$8,550
Familia	\$1,000	De \$0 a \$7,550	\$8,550

Aportaciones adicionales: Si para el 31 de diciembre de 2025 usted tiene 55 años de edad o más, puede aportar \$1,000 adicionales por año.

¿Es usted elegible para abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos?

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

- Se inscribe en el plan HSA de CRH Americas para 2025.
- Su única cobertura es un plan HSA.
- No cuenta con la cobertura de 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 se presenta como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona (a menos que sea su cónyuge).

Si tiene cobertura del plan de su cónyuge y dicho plan no es un plan de salud con deducibles altos calificado, no puede hacer aportaciones a una HSA.

**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 puede usar los fondos de la HSA?

Puede usar los fondos que acumule en su HSA 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 de COBRA.
- Primas de seguro de Medicare y primas de un programa médico para jubilados que pague el empleador (una vez que cumpla 65 años).

Programa de identificación de clientes (Customer Identification Program, CIP)

Una vez que abra su HSA, tendrá que cumplir con la verificación de la identidad del programa de identificación de clientes (CIP) para cumplir con la Ley Patriot de 2003 de los Estados Unidos. Las instituciones financieras están obligadas a obtener y verificar datos específicos del cliente, incluidos el nombre, la fecha de nacimiento y el número de seguro social. Deberá verificar cualquier información contradictoria para hacer o recibir aportaciones a una HSA.

Cuenta de ahorros para gastos médicos (continuación)

¿Puede inscribirse en una HSA y en una cuenta de gastos flexibles (*Flexible Spending Account, FSA*)?

Si está inscrito en una HSA, no puede abrir una FSA de atención médica ni hacer aportaciones a una. Sin embargo, puede inscribirse en la cuenta de gastos flexibles de atención compatible con una HSA, que se puede usar para pagar los gastos dentales y ópticos elegibles.

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

El monto total elegido no estará a su disposición el 1.º de enero. El saldo de su cuenta se acumula durante todo el año según las deducciones de 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.

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

Cuando se inscriba en el plan HSA y abra una HSA, recibirá una tarjeta de cuentas de HealthEquity que puede usar como lo considere adecuado para los gastos calificados. 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 HSA de un empleador anterior, puede transferir los fondos de la HSA de CRH comunicándose con HealthEquity. Cuando deje de trabajar en CRH, podrá acceder a su HSA a través de my.healthequity.com.

¿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. Podrá acceder a una cuenta integrada con manejo de inversiones en my.healthequity.com.

¿Hay comisiones administrativas relacionadas con una HSA?

CRH Americas cubre los gastos administrativos. Cuando comience a invertir el dinero en su 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.



Descubra más
maneras de fusionar la
salud con la riqueza.
Llame al **866-346-5800**
o visite
HealthEquity.com.

Inicio de sesión en el portal de la FSA/HSA | HealthEquity

Iniciar sesión en el portal de miembros es fácil. Sólo siga los pasos a continuación para acceder a su cuenta de HealthEquity.

1

Vaya a my.healthequity.com

En **“Are you a member logging in for the first time?”** (¿Es usted un miembro que inicia sesión por primera vez?), haga clic en **“Create username and password”** (crear nombre de usuario y contraseña).

2

Código de verificación

Se le pedirá que realice un paso de verificación ingresando el código en la pantalla.

3

Localice su cuenta

Ingrese la información solicitada en la pantalla **“Find your account”** (localice su cuenta).

4

Verifique su identidad

Ingrese la información solicitada en la pantalla **“Verify your identity”** (verifique su identidad).

5

Configure un inicio de sesión

Se le pedirá lo siguiente en la pantalla **“Set up your login”** (configure su inicio de sesión):

- Elija un nombre de usuario/inicio de sesión de por lo menos seis caracteres que incluya números y letras en la pantalla **“Set up your login”**.
- Elija una contraseña de por lo menos ocho caracteres que contenga una letra mayúscula, una letra minúscula y un número.

6

Ingrese un correo electrónico

En la pantalla **“Your email settings”** (configuración de su correo electrónico), ingrese su dirección de correo electrónico.

7

Acepte los términos del servicio

Marque la casilla para aceptar los términos del sitio web y guarde el acuerdo.



Cuentas de gastos flexibles (FSA) de atención médica

Las FSA de atención médica le permiten ahorrar y usar dólares libres de impuestos para pagar los gastos médicos, dentales u ópticos elegibles que no cubra el seguro. 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. Las cuentas de HealthEquity le notificarán si la transacción no se puede verificar en automático, junto con instrucciones sobre qué hacer. Para obtener más información sobre las FSA, visite <https://learn.healthequity.com/crh>.

- FSA de atención médica: Use esta FSA si **está** inscrito en el plan de cobertura médica PPO.
- FSA con fines limitados compatible con una HSA: Use esta FSA si **está** inscrito en el plan de cobertura médica HSA.

	FSA de atención médica	FSA con fines limitados compatible con una HSA
Elegibilidad Requisitos	<p>Puede utilizar esta cuenta para los gastos elegibles, incluidos los gastos médicos, dentales y ópticos que no estén cubiertos por el seguro y que tengan usted o sus dependientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Debe estar inscrito en el plan PPO. 	<p>Puede utilizar esta cuenta para los gastos dentales y ópticos elegibles que no estén cubiertos por el seguro y que tengan usted o sus dependientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Disponible para cualquier persona inscrita en un plan HSA.
¿En qué puedo usar esta cuenta?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deducibles, copagos y coseguro para gastos médicos, dentales, ópticos o de fármacos recetados. ■ Cualquier gasto autorizado por el IRS. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deducibles, copagos y coseguro para gastos dentales u ópticos. ■ Cualquier gasto autorizado por el IRS.
¿Cuál es el monto máximo que puedo depositar en esta cuenta?	<p>Elección mínima: \$250 Elección máxima: \$3,200</p>	<p>Elección mínima: \$250 Elección máxima: \$3,200</p>
¿Cómo me inscribo?	<p>La inscripción se puede realizar en www.benefitsolver.com. Recibirá una tarjeta de débito por correo postal una vez que se complete 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 de la FSA cada año; la inscripción no se transfiere de un año a otro.</p>	
¿Cuándo están disponibles los fondos?	<p>CRH Americas transfiere la cantidad total de la aportación por anticipado en la cuenta y está disponible para usarse de manera inmediata. Sin embargo, las aportaciones 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.</p>	
¿Qué sucede si no utilizo el dinero durante el año?	<p>La FSA de atención médica le permitirá transferir automáticamente hasta \$640 de cualquier saldo restante al final del año para usarlo en 2026. El importe traspasado de \$640 no afectará al límite de \$3,200 para las aportaciones de 2026. 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.</p>	
¿Cuándo necesito presentar la documentación?	<p>Las reclamaciones deben realizarse durante el año del plan, que va de enero a diciembre, y los recibos deben enviarse a más tardar el 31 de marzo. El IRS exige que HealthEquity verifiquen cada compra. Guarde todos los recibos de sus compras y los documentos de explicación de beneficios que reciba de UMR.</p> <p>Los distintos tipos de documentos que puede presentar para verificar una compra incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Un documento de explicación de beneficios (EOB) que reciba de su compañía de seguro. ■ Un recibo detallado que muestre los artículos o servicios que recibió del vendedor o proveedor. ■ Una factura del proveedor. <p>No presente cheques cancelados, estados de cuenta bancarios ni sus propias notas como documentación.</p>	

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado diurno (DCFSA) de dependientes

El dinero que aporta a la FSA para el cuidado diurno de dependientes se puede usar para el cuidado de niños dependientes menores de 13 años que vivan con usted y a quienes usted proporcione manutención de más del 50 % o de cualquier dependiente que viva con usted y que sea física o mentalmente incapaz de cuidarse solo. Para obtener más información sobre las DCFSA, visite <https://learn.healthequity.com/crh>.

El límite de aportación anual para la FSA para el cuidado diurno de dependientes es de \$5,000 si usted es soltero o si es casado y hace declaraciones federales de impuestos sobre la renta conjuntas o de \$2,500 si está casado y presenta declaraciones federales de impuestos sobre la renta separadas. Los gastos deben ser para un proveedor calificado de cuidado infantil (una persona que indique este ingreso en su declaración de impuestos) o para una guardería certificada.

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado diurno de dependientes	
Elegibilidad Requisitos	<p>Usted puede usar esta cuenta para apartar dólares antes de impuestos para pagar los gastos de cuidado diurno para los dependientes elegibles, que son los 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 están cubiertos, 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 Elección máxima: \$5,000 si es soltero. Elección máxima: \$5,000 si es casado y presentan una declaración conjunta. Elección máxima: \$2,500 si es casado y presentan una declaración separada. <i>*El límite puede ajustarse debido a las pruebas anuales.</i></p>
¿Cómo me inscribo?	<p>La inscripción se puede realizar en www.benefitsolver.com. Recibirá una tarjeta de débito por correo postal una vez que se complete la inscripción. No puede cambiar sus elecciones de inscripción hasta el siguiente período de inscripción abierta anual o si presenta un evento calificado. Debe volver a elegir la cobertura de la FSA cada año; la inscripción no se transfiere de un año a otro.</p>
¿Cuándo están disponibles los fondos?	<p>La cantidad de la aportación se deduce de su cheque de pago en cada período de pago, por lo que el monto total de la aportación 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 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 para los gastos elegibles que haya tenido durante el año anterior.</p>

Programa de ayuda al empleado (EAP) | Optum

Recursos gratuitos para el equilibrio entre la vida laboral y personal para contar con apoyo todos los días

Nos asociamos con Optum para ofrecerles a usted y a su familia **Live and Work Well**. Este programa es un centro de recursos confidencial sobre la salud mental, el equilibrio entre la vida laboral y personal y la asistencia para el empleado, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana **sin costo para usted**. Con la ayuda de especialistas en bienestar emocional que están disponibles por teléfono, podrá abordar diversas preocupaciones de la vida y fuentes de estrés, por ejemplo:

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

Talkspace

Comuníquese con un proveedor autorizado de EAP de la red las 24 horas del día, los 7 días de la semana; no es necesario tener una cita. Llame a Optum EAP para obtener un código de autorización.

Herramientas digitales de autocuidado

Visite www.liveandworkwell.com para acceder a un conjunto de herramientas y recursos digitales que lo ayudarán a controlar el estrés, la ansiedad y otras preocupaciones, todo desde un solo lugar.

Asesoramiento económico por parte de expertos

Reciba hasta 60 minutos de consulta gratuita (en incrementos de 30 minutos) con un asesor financiero con experiencia en cada tema económico y acceda a una amplia variedad de herramientas y bibliotecas jurídicas/financieras.



Escanee este código QR para ir directamente a Live and Work Well de Optum.

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 que las tarifas actuales de la firma después de la consulta inicial.

Comuníquese con los servicios de su EAP y de equilibrio entre la vida laboral y personal

Para comenzar a utilizar los servicios de Optum EAP, llame al **866-248-4096** o visite www.liveandworkwell.com e ingrese el código de acceso de la compañía: CRH. Los servicios web están disponibles en inglés y español.

Aplicación Calm

Calm puede ayudarlo a combatir el estrés, dormir bien y sentirse más presente en su vida. También puede usarla para desarrollar habilidades de superación y resiliencia para afrontar las incertidumbres de la vida. La aplicación Calm está disponible **sin costo para usted o su familia** como parte de sus beneficios.

Descargue la aplicación Calm SIN COSTO:

- 1 Vaya a **Profile** (perfil) en la parte inferior de la pantalla.
- 2 Haga clic en el icono **“Settings”** (configuración) en la esquina superior izquierda.
- 3 Seleccione **“Link Organization Subscription”** (vincular suscripción de organización).
- 4 Ingrese el nombre de la organización de la compañía: **“Optum EWS”**.
- 5 Ingrese el código de grupo de la organización: **“crh.”**

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

A través de Unum, usted cuenta con beneficios del **seguro básico de vida y de muerte accidental y pérdida de extremidades (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 de muerte accidental y pérdida de extremidades (AD&D) ofrece beneficios adicionales para su familia y/o beneficiarios si su muerte se debe a un accidente. La cobertura de AD&D también le proporciona una parte de los beneficios si pierde una extremidad, la vista, la audición o el habla como resultado directo de un accidente. Nota: El IRS tratará los beneficios por muerte que excedan los \$50,000 como ingresos imputados u ordinarios con fines fiscales.

Se usan sus ingresos anuales hasta el 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 cambio de salario del 15 % o más.

Para obtener más información sobre el seguro básico de vida y de AD&D, visite www.unum.com o llame al **866.215.1720**.

Seguro de vida opcional para empleados

Puede añadir el beneficio del seguro básico de vida si adquiere un seguro de vida adicional para usted mismo. Sus aportaciones se pagarán después de impuestos. Puede adquirir un seguro de vida opcional en incrementos de \$10,000 por hasta 10 veces sus ingresos anuales sin exceder \$2,000,000. Deberá presentar evidencia de asegurabilidad.

Aumentos en la cobertura

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 un empleado activo si tiene un permiso de ausencia como una discapacidad o compensación para trabajadores en la fecha de entrada en vigor de la cobertura. La única excepción a este requisito es si se encuentra en una suspensión temporal.



Visite
benefitsolver.com
para mantener
actualizada la
información de
sus beneficiarios.

Seguro básico de vida y de AD&D (continuación)

Emisión de garantía

- **Empleado nuevo:** Usted es elegible para una cobertura máxima de \$300,000 y los cónyuges son elegibles para una cobertura máxima \$50,000 sin evidencia de asegurabilidad (*Evidence of Insurability, EOI*).
- **Inscripción abierta anual:** 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 un ingreso tardío y está sujeta a EOI.

Seguro de vida de UNUM Tarifas mensuales por \$1,000 de cobertura		
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.

Seguro de vida opcional para empleados

Puede añadir el beneficio del seguro básico de vida si adquiere un seguro de vida adicional para usted mismo. Sus aportaciones se pagarán después de impuestos. Puede adquirir un seguro de vida opcional en incrementos de \$10,000 por hasta 10 veces sus ingresos anuales sin exceder \$2,000,000. Deberá presentar evidencia de asegurabilidad.

Aumentos en la cobertura

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 un empleado activo si tiene un permiso de ausencia como una discapacidad o compensación para trabajadores en la fecha de entrada en vigor de la cobertura. La única excepción a este requisito es si se encuentra en una suspensión temporal.

Seguro de vida opcional para cónyuges

Puede 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 hijos dependientes

Tiene la oportunidad de adquirir un seguro de vida para sus hijos dependientes (desde el nacimiento hasta el último día del año en 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.

Seguro básico de vida y seguro de vida opcional: Reducción de beneficios para personas de 70 y 75 años de edad

Cuando 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 al seguro básico de vida y al seguro de vida opcional para los empleados, así como al 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 hasta el siguiente año del plan.

Planes de discapacidad | Unum

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. Para obtener más información sobre la cobertura de discapacidad, visite www.unum.com o llame al **866-215-1720**.

Si está representado por un sindicato, es posible que sea elegible para recibir este beneficio o que no lo sea. Su elegibilidad para este plan depende de su contrato colectivo de trabajo específico.

Beneficios por discapacidad de UNUM		
Preguntas	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 con 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 de CRH Americas 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 la 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 beneficios según la FMLA.	Sí, para 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 de coordinar su permiso de 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 de parte del estado podría compensarse con el monto de la STD.	Sí, el beneficio que recibe por discapacidad de parte del estado podría compensarse con el monto de la LTD.

Plan de jubilación 401(k) de CRH Americas | Fidelity

Usted será elegible para participar en el plan 401(k) a partir del primer día del mes siguiente a la fecha en que cumpla 18 años de edad 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 (es decir, reparto de utilidades), en la medida de lo permitido, el primer día del mes siguiente al día 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 en la fecha de contratación con CRH Americas 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 de ese contrato colectivo de trabajo rijan otras disposiciones y limitaciones del plan.

Administrado por Fidelity Investments. Para obtener más información, llame al 800-835-5095 o visite www.401k.com.

Disposiciones del plan Fidelity 401(k)*

Inscripción automática	Los empleados nuevos estarán 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 elegibilidad.
Elegibilidad	<p>Aportación diferida por parte del empleado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Primer día del mes después de 90 días de empleo. <p>Aportación de contrapartida por parte del empleador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Primer día del mes después de cumplir todos los requisitos de elegibilidad. ■ Un año de empleo a partir de la fecha de contratación. <p>Aportación por concepto de reparto de utilidades por parte del empleador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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.
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: En el plan de CRH NO se ajusta la nivelación de la aportación de contrapartida del empleador para el plan 401(k) al final del año. La aportación de contrapartida se ajusta con las aportaciones que haga el empleado por período de pago. 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:</p> <p>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 y de contrapartida por parte del empleado	Inmediata

*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 Recursos Humanos/beneficios si tiene alguna pregunta sobre las aportaciones por concepto de reparto de utilidades y de contrapartida.

Plan de jubilación 401(k) de CRH Americas (continuación)

Inscripción automática

Si usted es un empleado de CRH Americas (o un empleado sujeto a un contrato de trabajo en el que se prevé la inscripción automática) que se vuelve elegible el 1.º de enero de 2022 o después (cuando la política entró en vigor) 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 calificado del plan. 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 línea a través 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 el porcentaje que desea que se deduzca de su pago y se coloque en su cuenta 401(k). Por lo general, estas deducciones salariales comienzan a partir del próximo período de pago después de que Fidelity reciba su información o tan pronto como sea posible desde el punto de vista administrativo.

¿Cómo puedo designar a mi beneficiario?

Como empleado nuevo o si tiene un cambio de vida importante, como un matrimonio, un divorcio, el nacimiento de un hijo o la muerte de un familiar, es momento 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.

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 para el plan 401(k) y/o una aportación a una cuenta Roth después de impuestos para el plan 401(k). A través de la deducción automática de 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. (nota: En el momento en que se terminó de redactar este documento, el IRS no había comunicado oficialmente los límites para 2025).

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 % de su pago.

Puede registrarse iniciando sesión en Fidelity

Visite NetBenefits en **www.401k.com** y haga clic en Payroll Deductions (deducciones de 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 (nota: En este momento, el IRS no ha publicado los límites del plan 401k para 2025).

¿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 de menos 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. Nota: En este momento, el IRS no ha publicado los límites del plan 401(k) para 2025 (nota: En este momento, el IRS no ha publicado los límites de las aportaciones del plan 401(k) para 2025).

Plan de jubilación 401(k) de CRH Americas (continuación)



¿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 adicional anual de \$30,500.

Estas aportaciones se clasificarán en automático como aportaciones adicionales. No es necesario que elija el monto de la aportación adicional por separado. Las aportaciones adicionales se deducen a través de la nómina, de la misma manera que las aportaciones normales.

¿CRH Americas 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 de trabajo, la aportación de contrapartida que le corresponde se definirá en el contrato específico.

¿CRH Americas realizará aportaciones por concepto de reparto de utilidades?

CRH puede hacer una aportación anual a su cuenta por concepto de reparto de utilidades. En general, un empleado debe haber completado un año de empleo elegible a partir de la fecha de contratación, haber reunido por lo menos 1,000 horas de empleo y estar empleado el último día del año del plan para ser elegible para el

reparto de utilidades. Si tiene alguna pregunta sobre esta aportación por concepto de reparto de utilidades, comuníquese con el equipo local de beneficios. 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 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 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) (nota: En este momento, el IRS no ha publicado los límites de las aportaciones para 2025).

¿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. Tiene 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 %

Plan de jubilación 401(k) de CRH Americas (continuación)

¿Cuáles son las opciones de inversión que tengo?

Para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de inversión, el plan le ofrece una variedad de opciones que se adaptan mejor a sus objetivos, plazo y tolerancia al riesgo. Estas incluyen fondos conservadores, moderadamente conservadores y agresivos. También hay 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 de 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 individual.
- Si 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. 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**.
- Los pagos del préstamo deben cubrirse incluso cuando un empleado no está trabajando debido a un permiso de ausencia.

¿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 (*individual retirement account*, IRA) 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 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**.



Plan de jubilación 401(k) de CRH Americas (continuación)

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 superior 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 superior a \$1,000, pero inferior 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. Si inicia sesión en NetBenefits y rechaza el consentimiento para consultar los estados de cuenta en línea, recibirá los estados de cuenta por correo postal. Todos los demás participantes (que no hayan iniciado sesión en NetBenefits) recibirán de manera predeterminada el estado de cuenta en línea. Tiene 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**.

Comisiones y gastos administrativos del plan

Las comisiones administrativas del plan pueden incluir tarifas legales, contables, de fideicomisarios, de mantenimiento de registros y otras tarifas y gastos administrativos que se asocien 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, llame al **800-835-5095** para hablar con un representante de servicio de Fidelity.

¿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 en www.401k.com.

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** 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?

CRH Americas 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** o revisarlo en línea en Fidelity NetBenefits en www.401k.com.

Avisos legales obligatorios

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

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer exige que los planes de salud grupales proporcionen cobertura para las mastectomías para cubrir la 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 inscribir 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 a 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 posteriores a 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 y/o inscribir 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 el 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 inscribir a su dependiente si ocurre alguno de los eventos siguientes: (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 el 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 el 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 médicos 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 una persona (es decir, contiene su nombre u otros datos que permiten distinguirlo), (b) se genera, transmite o mantiene en virtud del plan, ya sea en forma oral, escrita o electrónica y (c) se relaciona 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 el tratamiento médico que recibe. Por ejemplo, si usted no puede proporcionar sus antecedentes médicos debido a un accidente, el plan puede informar al médico de la sala de emergencias 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, revisiones para determinar la necesidad médica y la idoneidad de la atención, revisión de utilización de servicios 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 para el reembolso de gastos quirúrgicos que usted haya tenido.

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 de la nómina, la evaluación de posibles compañías de seguro 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.

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 mejora 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.

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 para la salud o 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 entregar 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 para llevar a cabo auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica y los programas gubernamentales.

Investigaciones. En algunas circunstancias, el plan puede usar y entregar su PHI con fines de investigación médica (lo que está sujeto 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 sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento que pudieran ser de su interés) o (ii) beneficios y servicios relacionados con la salud (el plan puede emplear y entregar su

PHI para informarle sobre los beneficios o servicios relacionados con la salud que pudieran ser de su interés).

Los planes (excepto 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, 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 que la mínima necesaria para alcanzar el objetivo previsto del uso, la entrega o la 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 el tratamiento que se le brinda o el pago de la atención que recibe. En el caso de la PHI a la que tiene derecho a acceder, puede recibirla en formato electrónico si se puede reproducir fácilmente en ese formato y puede 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 a la persona encargada 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 la 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 a la persona encargada 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, 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 un "informe 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 un informe de entregas, envíe su solicitud por escrito a la persona encargada de temas de privacidad. Su solicitud debe indicar un período que no puede exceder los seis años antes de la fecha de solicitud del informe ni comenzar más de seis años antes de la fecha de la solicitud. La solicitud debe indicar el formato en el que quiere recibir el informe (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 a la persona encargada de temas de privacidad. Debe indicarnos: 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 beneficios (EOB) en relación con sus reclamaciones de beneficios a la dirección que usted indique. Para solicitar mensajes confidenciales, envíe su solicitud por escrito a la persona encargada 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 cree 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 a la persona encargada 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 en 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 web de 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 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 a la persona encargada 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 la persona encargada de temas de privacidad en:

CRH Americas

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

Actualizado y en vigor a partir del 23 de septiembre de 2024.

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 ser elegible para 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?

Puede que sea apto para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero sólo si el empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumpla con ciertos criterios. Los ahorros en la prima para los que tenga derecho 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 ciertos criterios, no tendrá derecho a obtener un crédito fiscal mediante el mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que disminuya su prima mensual o una reducción de determinados costos compartidos si su empleador no le ofrece una cobertura o si la cobertura que ofrece no cumple con ciertos criterios. Si el costo de un plan por parte de su empleador que le brindaría cobertura a usted (pero no 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 ser elegible para 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 para la cobertura a través del mercado se hacen después de impuestos¹.

¿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 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.

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, Atlanta. GA30338
888-437-4866
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 elegibles para estos beneficios de conformidad con un contrato colectivo de trabajo) 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 o madre/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 para guiarse en el proceso. En este documento se proporciona la información sobre el empleador que deberá ingresar cuando visite HealthCare.gov para determinar si puede conseguir un crédito fiscal para disminuir sus primas mensuales.

¹ Un plan de salud pagado 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 inferior al 60 % de dichos costos.

Apoyo para el 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 para el 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 será elegible para estos programas de apoyo para el 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 para el 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 es apto, 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 son elegibles para recibir apoyo para el pago de la prima de Medicaid o CHIP, además de ser elegible para el 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 posteriores a 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 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 @myakhipp.com
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 (*Health Insurance Premium Payment, HIPP*)
<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 (*Health Insurance Buy-In Program, HIBI*)

<https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program>
Servicio a clientes de HIBI: 855.692.6442

FLORIDA: Medicaid

www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.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>

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 (*Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP*):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
855.459.6328
KIHIP.PPROGRAM@ky.gov
KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx> | 877.524.4718 Medicaid: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA: 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 | Teléfono para personas con discapacidad auditiva (TTY) Relevo estatal de llamadas de Maine 711
Prima de seguro médico privado:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
800-977-6740 | Teléfono para personas con discapacidad auditiva (TTY): Relevo estatal de llamadas de Maine 711

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP

<https://www.mass.gov/masshealth/pa>
800.862.4840 | Teléfono para personas con discapacidad auditiva (TTY): 711 | Correo electrónico:
Masspremassistanceaccenture.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

MISSOURI: Medicaid

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.html>
573.751.2005

MONTANA: Medicaid

<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
800.694.3084 | Correo electrónico:
HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA: Medicaid

<http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 855.632.7633 | Lincoln: 402.473.7000 | Omaha:
402.595.1178 | 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

NEVADA: Medicaid

<http://dhcnp.nv.gov>
800.992.0900

NEW HAMPSHIRE: Medicaid

<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

NEW JERSEY: Medicaid y CHIP

Medicaid:
<http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid>
609.631.2392
CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
800.701.0710

NUEVA YORK: Medicaid

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
800.541.2831

CAROLINA DEL NORTE: Medicaid

<https://dma.ncdhhs.gov>
919.855.4100

DAKOTA DEL NORTE: Medicaid

<https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
844.854.4825

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP

<http://www.insureoklahoma.org>
888.365.3742

OREGÓN: Medicaid

<http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
800.699.9075

PENSILVANIA: Medicaid y CHIP

<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)

RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP

<http://www.eohhs.ri.gov>
855.697.4347 o 401.462.0311 (Línea directa de Rite Share)

CAROLINA DEL SUR: Medicaid

<http://www.scdhhs.gov>
888.549.0820

DAKOTA DEL SUR: Medicaid

<http://dss.sd.gov>
888.828.0059

TEXAS: Medicaid

<http://gethipptexas.com>
800.440.0493

UTAH: Medicaid y CHIP

Medicaid: <https://medicaid.utah.gov>
CHIP: <http://health.utah.gov/chip>
877.543.7669

VERMONT: Medicaid

Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont
800.250.8427

VIRGINIA: Medicaid y CHIP

<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

WASHINGTON: Medicaid

<https://www.hca.wa.gov> | 800.562.3022

VIRGINIA OCCIDENTAL: Medicaid

<https://dhr.wv.gov/bms/> o <http://mywvhpp.com/>
Medicaid: 304.558.1700
Número telefónico gratuito del CHIP: 855.MyWVHIPP (855.699.8447)

WISCONSIN: Medicaid y CHIP

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.html> | 800.362.3002

WYOMING: Medicaid

<https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
800.251.1269

Para saber si algún otro estado ha agregado un programa de apoyo al pago de la prima después del 31 de julio de 2024 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 de los Empleados**

www.dol.gov/agencies/ebsa
**866.444.EBSA (3272) Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
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)

Aviso importante de CRH Americas, Inc.

Información sobre su cobertura de fármacos recetados y Medicare

Lea este aviso con atención y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de fármacos recetados de CRH Americas, Inc. y la cobertura de fármacos recetados disponible para personas con Medicare. También explica las opciones que tiene con la cobertura de fármacos recetados de Medicare y puede ayudarlo 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 recetados 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 recetados 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 fármacos 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 inscribirse en un plan de Medicare de fármacos recetados 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 inscribe en un plan de Medicare de fármacos recetados después de que su cobertura actual finalice, es posible que tenga que pagar más (una penalización) para inscribirse posteriormente en un plan de Medicare de fármacos recetados. Si pasan 63 días o más y no tiene una cobertura para fármacos recetados que sea por lo menos tan buena como la de Medicare, su prima mensual subirá por lo menos un 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 mientras tenga la cobertura de Medicare de fármacos recetados. Además, posiblemente tenga que esperar hasta el siguiente mes de noviembre para inscribirse.

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, por ejemplo, antes del siguiente período en el que pueda inscribirse en una cobertura de Medicare de fármacos recetados 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 recetados en el manual "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 y usted") 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 llame al 800-772-1213 (teléfono para personas con discapacidad auditiva [TTY] 800.325.0778).

Fecha: 1 de octubre de 2024

Nombre de la entidad/del remitente: CRH Americas, Inc.

Contacto: Plan de atención médica de CRH Americas

Dirección: 900 Ashwood Parkway, Atlanta, GA 30338

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.

Avisos importantes (continuación)

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 la cobertura conforme a la ley COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del plan. Por lo general, en esta notificación se 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 Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*, COBRA) de 1985 creó el derecho a la continuación de la cobertura que se rige por esta ley.

La continuación de la 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 la cobertura conforme a la ley COBRA?

La continuación de la cobertura conforme a la ley COBRA significa seguir con la cobertura del plan cuando esta termine 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 la 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 la 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 completa 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 jubilado, este se convertirá en un beneficiario calificado en relación con la bancarrota. El cónyuge del empleado jubilado, 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 la 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.

Debe notificar algunos eventos calificados. Para otros 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 lapso 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.

Avisos importantes (continuación)

¿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 la 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 la cobertura conforme a la ley COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura conforme a la ley COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir la continuación de la cobertura conforme a la ley COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la 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 la 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 la cobertura conforme a la ley COBRA para los beneficiarios calificados distintos del 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 la 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 la 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 la cobertura conforme a la ley COBRA puede extenderse.

Extensión del período 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 la 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 la cobertura conforme a la ley COBRA y debe durar por lo menos hasta la finalización del período de 18 meses de la continuación de la 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 período de 18 meses de la continuación de la cobertura debido a un segundo evento calificado

Si su familia tiene otro evento calificado mientras recibe la continuación de la 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 la cobertura conforme a la ley COBRA, es decir, un máximo de 36 meses si se 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 la cobertura si el empleado o 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 sólo 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 la 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 la EBSA).

Mantenga a su empleador informado sobre los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al administrador de la ley COBRA sobre cualquier cambio de 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 la ley 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 los Ingresos de Jubilación de los Empleados (*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 de salud y bienestar.**
- **Descripción resumida del plan 401(k) de CRH Americas.**
- **Resúmenes de modificación del material.**
- **Resúmenes de beneficios y cobertura.**
- **Reporte anual resumido de los planes de salud y bienestar.**
- **Informe anual resumido del 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 el sitio web en Benefit Library (biblioteca de beneficios) en la sección Legal Notices (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.

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 del consentimiento para la entrega electrónica". Incluya su nombre completo, dirección y número de teléfono en el escrito.

Para obtener información en inglés sobre la inscripción anual en el plan de salud, comuníquese con el Departamento local de Recursos Humanos/Beneficios.



Beneficios para todos los lugares donde vive, trabaja y se divierte

Guía de beneficios para empleados para 2025

Este documento es un resumen de la cobertura que se brinda a través de los planes de beneficios de su empleador y se basa en la información que proporciona su compañía. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones ni condiciones que se indican en el documento del plan oficial y tampoco las pólizas ni los contratos de seguro vigentes (en conjunto, los “documentos del plan”). Se deben leer los documentos del plan para conocer esos detalles. El objetivo de este documento es brindarle información general sobre los planes de beneficios de su empleador. No necesariamente se abordan todos los temas específicos que podrían corresponder a su situación. No debe interpretarse como si incluyera asesoría legal ni es su finalidad brindarla. En caso de que cualquier parte de la información contenida en este documento no coincida con los documentos del plan, las disposiciones que se estipulen en ellos regirán en todos los casos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre temas específicos o sobre las disposiciones del plan, debe comunicarse con el Departamento de Recursos Humanos/Beneficios.