



TAKE CARE

HEALTH FAMILY FINANCES FUTURE

2018 Benefits Planning and Enrollment Guide

Hourly

This Enrollment Guide serves as your Summary of Material Modifications (SMM) and describes changes to your health benefits for the 2018 plan year.



Enrollment in an Aramark benefit plan is completely voluntary. Aramark does not require associates to enroll in any Aramark benefit plan.



Click "**Back to Main Menu**" at the bottom of each page to return here.

Table of Contents

Haga clic aquí para la versión en español

	PAGE
Get Ready to Enroll	2 – 4
How to Enroll	5
Whom You Can Cover	6
Automatic Benefits	7 – 10
Optional Benefits	11
Medical Coverage	12 – 22
Prescription Drug Coverage	23 – 24
Medical Coverage – California	25 – 34
Prescription Drug Coverage – California	35 – 36
Medical Coverage – Hawaii	37 – 40
Prescription Drug Coverage – Hawaii	41
Medical Coverage Insurance Carriers	42 – 44
Medicare Part D Creditable Coverage Notice	45
Preventive Care	46
Dental Plan	47
Vision Plan	48
Health Care Flexible Spending Account (FSA)	49
Health Savings Account (HSA)	50 – 51
Disability Coverage	52
After Enrolling	53
Key Contacts	54 – 55



Get Ready to Enroll

When You Can Enroll

You can add, drop, or change health and welfare benefits coverage, or enroll (or disenroll) your dependents:

- When you are first hired;
- When you are newly eligible;
- During the fall annual enrollment period;
- If you experience a “**qualified life status change**” or a special enrollment right under HIPAA.

Your 4 Choices for Health Coverage (Affordable Care Act (ACA) rules still apply)

1. Enroll for Aramark-sponsored coverage through the Aon Active Health Exchange.

This Enrollment Guide provides the information you need to select your benefits for 2018 and complete your enrollment on the Benefits Enrollment Website at <https://aramark.benefitcenter.com>. That's also where you can see costs and how much Aramark contributes to your coverage, as well as access FAQs.



NOTE: The Benefits Enrollment Website is not available during scheduled maintenance from 3:00 a.m. through 6:00 a.m. (ET) Monday through Saturday, and 12:00 a.m. (midnight) through 7:00 a.m. (ET) on Sunday. The Medical Benefits Portal is not available during scheduled maintenance on Sundays, from 6:00 a.m. through 9:00 a.m. (ET).

2. Enroll for coverage through a **state or federal exchange**. Go to www.HealthCare.gov for information about a Health Insurance Marketplace in your area. Government premium assistance may be available for some individuals.
3. Enroll for coverage through **Medicaid** if you meet your state's income eligibility requirements. Many state programs have expanded and are offering coverage to more individuals. Go to www.medicaid.gov.
4. **Don't enroll for coverage.** You will pay a fee when you file your federal tax return for 2018. Visit www.HealthCare.gov for more information.

Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP) Offer Free or Low-Cost Health Coverage to Children and Families

If you are eligible for health coverage from Aramark but are unable to afford the premiums, some states have premium assistance programs that can help pay for coverage. These states use funds from their Medicaid or CHIP programs to help people who are eligible for employer-sponsored health coverage but need assistance in paying their health premiums. For more information, see the [CHIP Notice](#).

You Must Enroll If You Want Aramark Medical and Prescription Drug Coverage for 2018

If you don't enroll during annual enrollment, your current coverage will end on December 31, 2017.

To enroll, go to the Aramark Benefits Enrollment Website at <https://aramark.benefitcenter.com>, log on, and select the “Enroll in Medical” link. During the enrollment process, you'll need to:

- Enroll the eligible dependents you want to cover in 2018 under your medical benefits.
- Choose the insurance carrier you want for your 2018 medical benefits.
- Select the medical coverage level you want: Bronze Plus, Silver or Gold.
- Review or enroll in the rest of your benefits (e.g., dental, vision, disability, and life insurance). Make sure to confirm your dependents' coverage for these plans, as they are separate from the medical plan enrollment.
- Indicate smoker and working spouse status. You cannot complete your enrollment without indicating smoker and working spouse status.



NOTE: Retirement Plan Enrollment is a separate process. You will receive Retirement Plan enrollment information in the mail at home at the time you become eligible. If you have questions on the Retirement Plan, contact Fidelity Investment Services at **1-877-236-9472** or visit www.401k.com.



Get Ready to Enroll (continued)

What Is a Qualified Life Status Change?

A qualified life status change is a significant event in your life that can affect your benefit needs. You may make applicable changes to your benefits coverage if you experience any of these qualified life status changes:

- you legally marry, enter into a civil union, or meet the requirements of a domestic partnership;
- you divorce, have an annulment, or terminate a domestic partnership;
- you experience the birth, adoption, or assumption of legal guardianship of a child;
- your spouse/domestic partner or child dies;
- employment commences or terminates for you, your spouse/domestic partner, or dependent;
- you or your spouse/domestic partner or dependent experience a change in worksite; a change in residence; an increase or reduction in hours of employment; or begin or end an unpaid leave of absence, strike, or lockout; or
- your dependent satisfies or ceases to satisfy the requirements for coverage due to attainment of age or any similar circumstances provided by the plan.

Additionally, under the Internal Revenue Code, your change in coverage must correspond with and be consistent with a life status event. Financial hardship is not a qualified life status change.

Please be aware that if you enroll in an Aramark medical plan and later in the year wish to have coverage through the Health Insurance Marketplace (government exchange program), that is **not** considered a qualified life status change and you will be unable to drop Aramark coverage until the following annual enrollment period.

In order to make a change to your coverage due to one of the listed events, you must initiate your change through the Benefits Enrollment Website, <https://aramark.benefitcenter.com>, or by calling the Aramark Benefits Department at **1-855-528-BENE (2363) within 31 days of the event or within 60 days of a divorce or dissolution of a domestic partnership.**

A qualified life status change also occurs if:

- you or your dependents lose Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage as a result of a loss of eligibility for such coverage, and you request enrollment within 60 days of such loss of coverage; or
- you or your dependents become eligible for a premium assistance subsidy under Medicaid or CHIP, and you request coverage within 60 days of the eligibility determination date.



NOTE: Newborns are eligible for coverage on the date of their birth. Newborns must be enrolled on the Benefits Enrollment Website **within 31 days** of birth in order to be covered under the Plan. If the child is not enrolled within 31 days of birth, charges/services provided to the newborn may not be covered under the plan during the first 31 days of birth and thereafter.

Coverage Effective Dates

For Annual Enrollment:

- Enrollments or changes submitted during the fall 2017 annual enrollment period are effective January 1, 2018.

For New Hires or Newly Eligibles:

- For enrollments that take place at other times during the year (e.g., for new hires), the coverage effective date is generally the first of the month following one full calendar month of service, provided you enroll during the time period specified in your Enrollment Letter.

During the last three months of the calendar year, new hires will need to enroll twice: once for the remaining months of the current year (2017) and again for coverage effective January 1, 2018. You will receive two sets of enrollment communications: one for the current year (2017) and one for calendar year 2018. Be sure to review both sets of materials. Your medical coverage options and costs will be different for 2017 and 2018. Your other benefit coverage options and costs may also be different from year to year.



Get Ready to Enroll (continued)

What Benefits Are Available to You?

The following sections provide brief summaries of the benefits for 2018. Please note that benefits may vary by location, and not every benefit shown here may be available to you. Refer to the Benefits Enrollment Website to determine the benefits for which you are eligible. Some benefits are automatic (fully company-paid, no enrollment required). Other benefits are optional (you contribute toward the cost, and you must make an enrollment election and authorize payroll deductions if you wish to participate). ***Associate benefits determined by a collective bargaining agreement in place at the location vary from location to location. Any questions regarding eligibility or benefits for associates covered under a collective bargaining agreement should be directed to your local manager.***

Keep Your Beneficiary Information Up-to-Date!

If you're a new associate, you must designate a beneficiary when you become eligible for life insurance coverage. When you enroll for benefits, you will be prompted to complete a beneficiary designation form on the Benefits Enrollment Website. If you wish to update an existing beneficiary designation, you may do so via the Benefits Enrollment Website. If there is no named beneficiary on file, benefits will be paid to your survivors in the order listed below:

1. Spouse
2. Child(ren)
3. Parent(s)
4. Sibling(s)
5. Estate



How to Enroll

Review

Review the **Enrollment Letter** and the **Online Enrollment Instructions** that you received at home. The Letter includes your Employee ID for accessing the Benefits Enrollment Website.

Coverage Tiers

The following four coverage tiers are available, depending upon whom you enroll:

- Employee Only;
- Employee Plus Spouse or Domestic Partner;
- Employee Plus Child or Children (regardless of how many children you enroll);
- Employee Plus Family (meaning you, your spouse/domestic partner, and at least one child).

Log In

Log in to the **Benefits Enrollment Website** from any computer or mobile device with an Internet connection. There are two ways to access the website:

1. Go to <https://aramark.benefitcenter.com> (Note: No "www") and enter your **Employee ID and temporary PIN**. Your Employee ID is shown on the Enrollment Letter. (It can also be found on the top of your pay statement.)
 - If this is the first time you are enrolling, a temporary PIN has been set for you, using your **six-digit date of birth in the format MMDDYY**. For example, if your birth date is June 15, 1979, your temporary PIN is 061579. After entering your temporary PIN, you will be prompted to create a permanent PIN.
 - If you have enrolled before, use the same PIN that you used the last time you logged in. If you do not remember your PIN, click on "I forgot my PIN" and you will be prompted to create a new one.

OR

2. Through www.aramark.net/aramarkbenefits. Click the "Enroll Now" icon.

Enroll

Once you're logged into the **Benefits Enrollment Website**, there will be two key steps for you to complete:

1. Enroll for your 2018 medical/prescription drug coverage by linking to the Medical Benefits Portal, which will open in a new window; and
2. Enroll for your other benefits (e.g., dental, vision, etc.) by closing the Medical Benefits Portal and making your elections on the Benefits Enrollment Website. The 2018 benefit options available to you and their costs will be shown on the website.

Note: When you enroll, you are authorizing Aramark to deduct applicable insurance premiums from your wages, including any insurance premiums related to smoker status and/or a working spouse (if applicable). In the event your wages in any pay period are insufficient to cover the entire amount of your insurance premium deductions, you authorize Aramark to deduct any remaining unpaid insurance premium amounts in future pay periods until paid in full.

If you need assistance during the enrollment process, call the Aramark Benefits Department, Monday through Friday, at **1-855-528-BENE (2363)**.

Whom You Can Cover

The following are eligible for coverage under the same Aramark medical, prescription drug, dental, and vision plans that you are enrolled in:

Spouse

You can enroll your spouse (same or opposite sex) or your common-law spouse, if recognized by law in the state in which you resided at the time of such marriage.

Domestic Partner

You can enroll a domestic partner in coverage if:

- you and your domestic partner meet all of the requirements of an affidavit partnership; or
- you and your domestic partner have entered into a civil union; or
- you and your domestic partner have met state or local requirements applicable to domestic partners and have registered your domestic partnership at your local domestic partnership registry.

You must certify your domestic partner and/or their children online when you enroll. If you don't certify online, you must complete the "Affidavit of Partnership and Dependent Status Form." This can be found on www.mybenefits.aramark.com under "Forms." Benefits provided to a domestic partner are subject to taxes, unless you can complete the "Affidavit of Legal Tax Dependency Form."

Children

- You can enroll child(ren) up to age 26,* including:
 - biological children;
 - legally adopted children (including those placed with you prior to adoption);
 - stepchildren;
 - children of a domestic partner (if domestic partner is also enrolled); and
 - children for whom you are the legal guardian.
- You can enroll your children age 26 or older who are physically or mentally disabled and rely on you for at least 50% of their support.

***If enrolled, coverage remains in effect through the end of the month in which the child turns age 26.**

Children and spouses of your eligible children are not eligible for coverage.



NOTE: Aramark will request proof of your legal marriage, civil union, or domestic partnership registration. If appropriate certification/documentation is not submitted within the designated timeframe, coverage for your dependents will not be processed, and you will need to wait until the next annual enrollment period or until you experience a qualified life status change to add your dependents.

Working Spouse Premium

If you are enrolling your spouse or domestic partner in medical coverage through Aramark, you must answer "Yes" or "No" on the Medical Benefits Portal whether he or she has other employer-based medical coverage available to him or her. Premiums to cover spouses/ domestic partners who have other medical coverage available are \$25 per month higher than premiums for those who do not have other coverage available. The higher premium applies for all of 2018; it cannot be changed once annual enrollment closes. The increase in premium will appear on your pay statement as "WSPREM." This additional premium does not apply if your spouse or domestic partner is receiving Medicare or military benefits or is an Aramark associate.

NOTE: Premiums are deducted on a pre-tax basis and generally can't be stopped mid-year.

Dependent Verification

Aramark routinely audits all enrolled dependents to ensure correct eligibility for medical, dental, vision, and spouse/ domestic partner optional life insurance coverage. During an audit, you will be asked to provide proof of their eligibility, such as copies of marriage licenses, birth certificates, etc. Failure to do so within the specified timeframe will result in the cancellation of the dependent's coverage, and your dependents will not be able to continue coverage under COBRA. If you add any new dependents during annual enrollment, you will be required to provide proof of their eligibility. Be sure to review the dependents you are covering to make sure they satisfy the eligibility rules, and drop coverage for any ineligible persons.

Also, you **must** provide a valid Social Security number for any dependent you wish to enroll.

Automatic Benefits

You do not need to enroll for the company-paid benefits listed if offered at your location. **You should, however, designate a beneficiary for basic life and accident insurance using the Benefits Enrollment Website at <https://aramark.benefitcenter.com>.**

Basic Life Insurance

- The coverage amount is listed on the Benefits Enrollment Website.
- Remember to update your beneficiary.

Basic Accidental Death and Dismemberment (AD&D) Insurance

- The coverage amount is listed on the Benefits Enrollment Website.
- Dismemberment benefits are based on the nature of your loss.
- Remember to update your beneficiary.

Support for Parents of Children with Developmental Disabilities

Does your child have a developmental disability? As an Aramark associate, you can take advantage of a no-cost benefit that will help your child reach his/her full potential. Rethink offers an innovative program that puts clinical best practices at your fingertips.

- Communicate with your child more effectively
- Teach your child crucial skills
- Decrease problem behaviors
- Easily collaborate with your child's care team
- Get help through Rethink's Parent Support Center
- Speak with professional behavioral therapists
- Access a comprehensive online treatment curriculum
- Learn from over 1,500 simple video-based teaching steps
- Learn and use proven Applied Behavior Analysis (ABA) strategies

Visit <http://aramark.rethinkfirst.com> to register and learn more.

Healthy Living Tip

Your Employee Assistance Program (EAP) is free, confidential, and available 24/7!

Services are available to you and anyone in your household. Whether obtaining counseling for a personal problem, finding quality child or elder care, or locating information on college financial aid, your EAP can help. Call Cigna Behavioral Health toll-free at **1-888-636-6717**.



NEW! Cancer Advocacy Program

Living with cancer is complex. **Robin** is the simplest way to receive 24/7 advice and support. Robin creates a personalized program to help you manage your life with cancer. Share your care plan and other documents with a simple snap of a photo and we'll do the rest.

With Robin, you can:

- Text or talk to an expert 24/7
- Organize your cancer journey in one place
- Track your symptoms
- Get personalized information and advice

Visit www.getrobinicare.com/aramark.

Download the app on the App Store or Google Play.

Have questions or need help enrolling? Call **Robin Care** at **1-855-MYROBIN (697-6246)**.

Note: The program is offered to associates **who are enrolled** in a standard Aramark medical plan.

NEW! Diabetes Management Program

The **Livongo for Diabetes Program** is a new health benefit fully paid by Aramark that makes living with diabetes easier.

If you have diabetes, here are the key benefits:

- **Latest technology.** You'll receive the Livongo connected meter that uploads your blood glucose readings, making log books a thing of the past. You'll also receive personalized tips through the meter and mobile app.
- **Unlimited test strips at no cost.** Get as many test strips and lancets as you need shipped right to your door, with no hidden costs or copays.
- **Coaching anytime and anywhere.** Livongo Coaches are Certified Diabetes Educators who can assist you with nutrition and lifestyle changes.

Visit welcome.livongo.com/aramark. Use "aramark" as the registration code if it's not pre-populated.

Have questions or need help enrolling? Call Livongo Member Support at **1-800-945-4355**.

Note: The program is offered to associates who are eligible for standard Aramark medical benefits. Associates **do NOT need to be enrolled** in an Aramark medical plan. Part-time and union associates are eligible only if the location extends standard Aramark medical benefits to these associates.



VSP Vision Savings Pass

SERVICE	REDUCED PRICES AND SAVINGS
WellVision Exam®	• \$50 with purchase of a complete pair of prescription glasses • 20% off without purchase • Once every calendar year
Retinal Screening	Guaranteed pricing with WellVision Exam, not to exceed \$39
Lenses	With purchase of a complete pair of prescription glasses: • Single vision \$40 • Lined bifocals \$60 • Lined trifocals \$75 • Polycarbonate for children \$0
Lens Enhancements	Average savings of 20-25% on lens enhancements such as progressive, scratch-resistant, and anti-reflective coatings
Frames	25% savings when a complete pair of prescription glasses is purchased
Sunglasses	20% savings on unlimited non-prescription sunglasses from any VSP doctor within 12 months of your last WellVision Exam
Contact Lenses	15% savings on contact lens exam (fitting and evaluation)
Laser Vision Correction	Average 15% off the regular price or 5% off the promotional price; discounts only available from contracted facilities

Find a VSP doctor at www.vsp.com or call **1-800-877-7195**.

VSP TruHearing Hearing Aid Discount Program

- Save up to \$2,400 on a pair of digital hearing aids
- Three provider visits for fitting, adjustments, and cleanings
- 45-day money back guarantee
- Three-year manufacturer's warranty for repairs and one-time loss and damage
- 48 batteries per hearing aid per year
- Access to a national network of more than 4,500 licensed hearing aid professionals
- Deep discounts on replacement batteries shipped directly to your door

Learn more at vsp.truhearing.com or call **1-844-228-5415**.

As an Aramark associate, you and your dependents are automatically eligible for discounts on certain vision and hearing care services and products through the VSP Vision Savings Pass and TruHearing Hearing Aid Discount Program. **You do not need to be enrolled in the vision plan in order to receive these discounts.** When you go to a VSP doctor, identify yourself as a VSP member through Aramark. The VSP Vision Savings Pass can be used as often as you like throughout the year.



Elder Care Support

Solutions for Caregivers

Through Optum's "Solutions for Caregivers," associates are eligible for a full onsite assessment or care management services to help care for a family member, friend, or neighbor. Additional hours and services will be available at reduced rates.

Onsite Assessment Package

- Assess the living environment (Registered Nurse)
- Screen for dementia and depression, home safety, medication compliance
- Develop a personalized care plan
- Identify payer sources (medical plan, community resources, etc.)
- Review findings with family

Hourly Care Management Services

- Check in on a loved one
- Advocate with health care providers or insurance carriers
- Provide caregiver coaching and care recommendations
- Offer family mediation and crisis intervention

For more information, visit UHCforCaregivers.com/fss (use affiliation ID **fss** when creating your account) or call **1-866-463-5337**.

VSP TruHearingAid Discount Program (see previous page)

- Save up to \$2,400 on a pair of digital hearing aids
- Three provider visits for fittings and cleanings
- 38 free batteries

For more information, visit vsp.truhearing.com or call **1-844-228-5415**.

Employee Assistance Program (see page 7)

Counseling, articles, and resources for:

- Alzheimer's Disease and other aging-related diseases
- Managing medications
- Medicare and Medicaid
- Housing options and home care

For more information, visit www.cignabehavioral.com, log in using "aramark" as your employer ID, and go to **Work/Life Resources**. Or call **1-888-636-6717**.



Optional Benefits

The benefits listed below require you to enroll if you want to participate. Enrollment in any of these benefits is entirely voluntary.

- Medical (including prescription drug)
- Dental
- Vision
- Short-Term Disability (STD) Insurance
- Long-Term Disability (LTD) Insurance*
- Health Care Flexible Spending Account
- Health Savings Account (if enrolling in Bronze Plus Medical Plan)

*May be subject to Evidence of Insurability.

Commuter Connection Benefit

Save up to 40% by paying for public transit and/or parking expenses through pre-tax payroll deductions.

- Bus, rail, streetcar, trolley, subway, ferry or water taxi
- Vanpool
- Parking at or near work, or near public transportation

For more information or to enroll, call WageWorks at **1-877-924-3967** or go to www.wageworks.com.

Voluntary Benefits

Aramark also offers the following voluntary benefits at discounted or group rates through the PersonalPlans Program, administered by Mercer Health and Benefits Administration LLC (Mercer Voluntary Benefits):

- Auto and Home Insurance
- Identity Theft Protection and Restoration Services
- Pet Insurance
- Working Advantage Discounts

For information on eligibility and the benefits available, see the PersonalPlans section at www.mybenefits.aramark.com or www.aramarkpersonalplans.com.



Medical Coverage

	BRONZE PLUS OPTION	SILVER AND GOLD OPTIONS
Type of plan	High-deductible plan that covers in- or out-of-network care.	PPO plans that cover in- or out-of-network care.
Pay now or pay later? NOTE: See the deductible and out-of-pocket maximums on pages 12 and 13.	Lower paycheck deductions; higher deductibles and out-of-pocket maximum.	Silver plan has moderate paycheck deductions; moderate deductibles and out-of-pocket maximum. Gold plan has higher paycheck deductions; lower deductibles and out-of-pocket maximum.
Does it offer access to a Health Savings Account (HSA)? See how an HSA can save you money on page 49.	Yes	No
How are in-network prescription drugs covered? NOTE: Your prescription drug coverage will be provided by the medical insurance carrier you select. See how this may affect you on page 22.	You pay the full cost until you reach the deductible, and then you pay coinsurance until you reach the out-of-pocket maximum, and then you pay nothing.	You pay a copay for all in-network prescription drugs until you reach the out-of-pocket maximum, and then you pay nothing.

Do You Live in California or Hawaii?

Your plans might be a little different, depending on the insurance carrier you choose. Refer to pages 25-36 (California) or pages 37-41 (Hawaii).

Consider the *Total Cost*

When you enroll, you'll be able to see which carrier offers the lowest cost to you for each coverage level. You'll also be able to see the contribution amount from Aramark.

But you'll also have to consider what you'll pay throughout the year (e.g., copays and deductibles) when you need care. Make sure to take your total health care costs into consideration by choosing the coverage level and insurance carrier that offers the right balance for you and your family.

Need Assistance?

Use the "Help Me Choose" tool on the **Benefits Enrollment Website**.

Is a Primary Care Physician Required?

You must designate a primary care physician if you:

- Choose Kaiser Permanente as your insurance carrier;
- Live in Northern California and choose Health Net as your insurance carrier; or
- Live in Southern California and choose Health Net Gold II.

Annual Deductible

- **The Bronze Plus coverage level** has a “true family deductible.” This means that the entire family deductible must be met before your insurance will pay benefits for any covered family members. There is no “individual deductible” in these plans when you have family coverage. (Exception: If in California and covered by Health Net or Kaiser Permanente, the Bronze Plus coverage level has a traditional deductible).
- **The Silver and Gold coverage levels** have a traditional deductible. For example, in the Gold plan, once a covered family member meets the \$600 individual deductible, your insurance will begin paying benefits for that family member. Charges for all covered family members will continue to count toward the family deductible. Once the family deductible is met, your insurance will pay benefits for all covered family members.

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Annual Deductible (individual/family)	In-network: \$2,250/\$4,500 Out-of-network: \$2,250/\$4,500 Entire in- or out-of-network family deductible must be met before the plan will pay benefits for any covered family member.	In-network: \$750/\$1,500 Out-of-network: \$1,500/\$3,000	In-network: \$600/\$1,200 Out-of-network: \$1,200/\$2,400

Affordability Under Health Care Reform

Under the Affordable Care Act (health care reform), a low-cost medical plan option must be made available to associates at certain income levels. **Aramark complies with this requirement by providing affordable pricing to eligible associates through the Bronze Plus Plan, Employee Only coverage.**

- Out-of-network charges will not count toward your in-network annual deductible or out-of-pocket maximum. The same goes for in-network charges—they will not count toward your out-of-network annual deductible or out-of-pocket maximum.
- Some insurance carriers in CA, CO, D.C., GA, HI, MD, OR, VA, and WA do not cover out-of-network benefits at all.



Medical Coverage (continued)

Annual Out-of-Pocket Maximum

The annual out-of-pocket maximum is the most you and your covered family members would have to pay in a calendar year for health care costs. It doesn't include amounts taken out of your paycheck for health coverage or certain copays under the Silver, Gold, and Platinum plans.

Here's how the out-of-pocket maximum works if you have family coverage:

- **The Bronze Plus coverage level has a “true family out-of-pocket maximum.”** This means that the entire family out-of-pocket maximum must be met before your insurance will pay the full cost of covered charges for any covered family member. There is no “individual out-of-pocket maximum” in these plans when you have family coverage. (Exception: If covered by Health Net or Kaiser Permanente in California only, the Bronze Plus coverage level has a traditional out-of-pocket maximum.)
- **The Silver and Gold coverage levels have a traditional out-of-pocket maximum.** Once a covered family member meets the *individual* out-of-pocket maximum, your insurance will pay the full cost of covered charges for that family member. Charges for all covered family members will continue to count toward the family out-of-pocket maximum. Once the family out-of-pocket maximum is met, your insurance will pay the full cost of covered charges for all covered family members.

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Annual Out-of-Pocket Maximum (individual/family)	In-network: \$3,575/\$7,150 Out-of-network: \$10,000/\$20,000	In-network: \$5,000/\$10,000 Out-of-network: \$10,000/\$20,000	In-network: \$3,500/\$7,000 Out-of-network: \$7,000/\$14,000



Unlimited Lifetime Maximum Benefit

All four coverage levels pay unlimited lifetime benefits with no maximum either in-network or out-of-network.

Medical Coverage (continued)

Medical Benefits Summary

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Preventive Care – For a list of preventive care services required to be covered by all health plans, visit https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits			
Annual physical exam, well-child exams, well-woman exam including Pap smear, mammogram, bone-density screening, other cancer screenings, immunizations	In-network 100% covered, no deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 100% covered, no deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 100% covered, no deductible Out-of-network 60% covered after deductible

Check the Details

This is intended to be a summary of the most common covered services offered across insurance carriers. While we have made every attempt to ensure the accuracy of the information in these charts, if there is any discrepancy between this information and the official plan contracts and documents, the plan contracts and documents will rule.

To see a comparison of each plan's details, when you enroll online, check the boxes next to medical plans you want to review and click **Compare** (under the check marks). Or, call the carriers directly.

Summary Health Benefits Information

To help you make an informed choice, you should also check out the Summary of Benefits and Coverage (SBC). The SBCs summarize important information about all your health coverage options in a standard format to help you compare them. These SBCs are required by the Health Care Reform law.

SBCs will be available when you enroll for medical benefits on the Benefits Enrollment Website. A paper copy is also available upon request, free of charge, by calling **1-855-528-BENE (2363)**.

SBC Language Assistance

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-528-BENE (2363)**.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码**1-855-528-BENE (2363)**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-855-528-BENE (2363)**.

Medical Benefits Summary (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Doctor's Office Visits			
Primary Doctor's Office Visit	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network You pay \$20 for PCP visit Out-of-network 60% covered after deductible
Specialist Doctor's Office Visit	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network You pay \$35 for specialist visit Out-of-network 60% covered after deductible
Inpatient Hospital Care			
Hospital Semi-private Room and Board	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Inpatient Physician and Surgeon Services	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Inpatient Lab and X-ray	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible

Medical Benefits Summary (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Outpatient Care			
Outpatient Surgery <i>In a freestanding surgical facility or hospital</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Outpatient Lab and X-ray	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Emergency Room – if not admitted <i>Must be a true emergency</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 80% covered after in-network deductible	In-network \$150 copay per visit, then 70% covered after deductible Out-of-network \$150 copay per visit, then 70% covered after in-network deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 80% covered after in-network deductible
Urgent Care Center	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Ambulance	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 80% covered after in-network deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 70% covered after in-network deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 80% covered after in-network deductible
Durable Medical Equipment <i>Carrier guidelines apply</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible

Medical Benefits Summary (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Alternative Care			
Prescribed Care in Non-Custodial Skilled Nursing Facility <i>120 day annual maximum</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Non-custodial Home Health Care <i>120-visit annual limit</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Hospice Care	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible



Medical Benefits Summary (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Transgender Services*			
Gender Assignment/ Reassignment Surgery	In-network 80% covered after deductible** Out-of-network 60% covered after deductible**	In-network 70% covered after deductible** Out-of-network 50% covered after deductible**	In-network 80% covered after deductible** Out-of-network 60% covered after deductible**
Gender Assignment/ Reassignment Counseling	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network \$20 copay Out-of-network 60% covered after deductible
Hormone Replacement Therapy	In-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier Out-of-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier	In-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier Out-of-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier	In-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier Out-of-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier
Cosmetic Surgery	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered
Reversal of Gender Reassignment Surgery	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered

*Benefits vary by insurance carrier due to state mandates or administrative limitations. Dean / Prevea360 does not provide transgender services.

**Carrier guidelines may apply.



Medical Benefits Summary (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Family Planning/Maternity Services			
Fertility Services <i>Subject to state mandate, benefit may be limited to \$15,000 Medical and \$5,000 Rx lifetime maximum for all fertility treatments (combined in and out-of-network)</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network Cost share based on place of service Out-of-network 60% covered after deductible
Office visits, pre- and post-natal	In-network 80% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee) Out-of-network 60% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee)	In-network 70% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee) Out-of-network 50% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee)	In-network \$20 copay for first PCP visit; \$35 copay for first specialist visit (others covered under global maternity fee) Out-of-network 60% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee)
In-hospital delivery	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Newborn Nursery	In-network Preventive services covered at 100%, deductible waived; additional cost shares apply for non-routine services and/or when a length of stay exceeds the standard range for a normal delivery Out-of-network 60% covered after deductible	In-network Preventive services covered at 100%, deductible waived; additional cost shares apply for non-routine services and/or when a length of stay exceeds the standard range for a normal delivery Out-of-network 50% covered after deductible	In-network Preventive services covered at 100%, deductible waived; additional cost shares apply for non-routine services and/or when a length of stay exceeds the standard range for a normal delivery Out-of-network 60% covered after deductible

Medical Benefits Summary (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Alternative Treatment			
Acupuncture	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Chiropractic <i>20-visit annual maximum</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Medical Therapy – 60 visits/days combined annual maximum for Physical, Speech, and Occupational Therapy			
Outpatient Physical Therapy	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Outpatient Speech Therapy	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Outpatient Occupational Therapy	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible

Medical Benefits Summary (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Mental Health and Substance Abuse Treatment			
Mental Health Inpatient	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Mental Health Outpatient	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network You pay \$20 per visit Out-of-network 60% covered after deductible
Substance Abuse Inpatient	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network \$250 copay per admission, then 70% covered after deductible Out-of-network \$500 copay per admission, then 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible
Substance Abuse Outpatient	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network You pay \$20 per visit Out-of-network 60% covered after deductible



Prescription Drug Coverage

Your Medical Insurance Carrier Choice Matters

NEW for 2018: Prescription drug coverage will now be provided by CVS Caremark for Aetna, Cigna, Independence Blue Cross, and United Healthcare (If you get coverage through Kaiser, HMSA, Healthnet or Geisinger, your prescription drug coverage will be covered through your medical carrier). Each provider has its own rules about how prescription drugs are covered. You need to do your homework to determine how your medications will be covered before choosing a medical insurance carrier.

Things to Consider

If you or a family member regularly takes medication, it is *strongly recommended* that you **call CVS Caremark** before you enroll. Just tell them you're considering a medical plan offered through the Aon Active Health Exchange, and you want to know how your medication will be covered. Here's a list of questions to ask:

- **Is my drug on the formulary?** A formulary is a list of generic and brand-name drugs that are approved by the Food and Drug Administration (FDA) and are covered under your prescription drug plan. If your drug isn't on the formulary, you'll pay more for it.
- **How much will my drug cost?** The cost of your prescription depends on how your medication is classified by your PBM—either Tier 1, Tier 2, or Tier 3. The higher the tier, the more you'll pay. While generics will cost less most of the time, insurance carriers can classify higher-cost generics as Tier 2 or Tier 3 drugs, which

means you'll pay the Tier 2 or Tier 3 price for certain generic drugs. You can also find this information on the carrier preview sites (see page 41), or use the Check Prescriptions tool when you enroll.

- **Will my doctor have to provide prior authorization before my prescription can be approved?** In some instances, your doctor will need to provide approval before your medication can be filled. This may apply for costly medications.
- **Will I have a step therapy program?** If this applies to one of your medications, you'll need to try using the most cost-effective drug first—usually the generic. A more expensive drug will only be covered if the first drug isn't effective in treating your condition.
- **Will I have to pay more if I choose a brand-name drug?** Maybe. Some PBMs will require you to pay the Tier 2 copay or coinsurance plus the cost difference between brand-name and generic drugs if you choose a brand-name when a generic is available.
- **Is my drug considered “preventive” (covered 100%)?** The Affordable Care Act requires that certain preventive care drugs are covered at 100% when you fill them in network—but, each PBM determines which drugs it considers “preventive.” If a drug isn't on the preventive drug list, you'll have to pay your portion of the cost.
- **Are there any quantity limits?** Certain drugs have quantity limits—for example, a 30-day supply—to reduce costs and encourage proper use.

- **Are the pharmacies easy to access?** Each PBM has a network of participating pharmacies.
- **How do I take advantage of mail-order service?** You'll need a new 90-day prescription from your doctor. And, because mail order can take a few weeks to establish, it's a good idea to ask your doctor for a 30-day prescription to fill at a retail pharmacy in the meantime.

CVS Caremark

CVS Caremark is a pharmacy benefit manager (PBM). Employees who enroll under Aetna, Cigna, Independence Blue Cross, or UnitedHealthcare will have their pharmacy benefits managed by CVS Caremark.

A PBM provides administrative services in processing and analyzing prescription drug claims, contracts with a network of pharmacies, maintains programs to ensure patient compliance, and develops and manages formularies and prior authorization programs.

Contact CVS Caremark:

Phone: **1-866-231-8569**

Website: www.caremark.com

Prescription Drug Coverage (continued)

Prescription Drug Benefits Summary

The coverage level you choose will affect your prescription drug coverage. See how on page 22.

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Annual Prescription Drug Deductible	All prescription drugs (except those classified as preventive) are subject to the annual medical deductible (see page 12).	None	None
Retail Tier 1: Lowest Cost Options (30-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$10 Out-of-network 50% covered	In-network You pay \$8 Out-of-network 50% covered
Retail Tier 2: Moderate Cost Options (30-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$40 Out-of-network 50% covered	In-network You pay \$30 Out-of-network 50% covered
Retail Tier 3: Highest Cost Options (30-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$60 Out-of-network 50% covered	In-network You pay \$50 Out-of-network 50% covered
Mail-Order Tier 1: Lowest Cost Options (90-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network Not covered	In-network You pay \$25 Out-of-network Not covered	In-network You pay \$20 Out-of-network Not covered
Mail-Order Tier 2: Moderate Cost Options (90-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network Not covered	In-network You pay \$100 Out-of-network Not covered	In-network You pay \$75 Out-of-network Not covered
Mail-Order Tier 3: Highest Cost Options (90-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network Not covered	In-network You pay \$150 Out-of-network Not covered	In-network You pay \$125 Out-of-network Not covered

Medical Coverage – California

Annual Deductible and Out-of-Pocket Maximum

The following benefits apply to you only if you live in California. Note that insurance carriers will offer either the Gold or Gold II plan, depending on your location—not both. You will see the applicable Gold Plan when you access the Enrollment Website.

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Annual Deductible (individual/family)	In-network: \$2,600 ¹ /\$5,200 ² Out-of-network: \$2,600 ¹ /\$5,200 ² Entire in- or out-of-network family deductible must be met before the plan will pay benefits for any covered family member.	In-network: \$750/\$1,500 Out-of-network: \$1,500/\$3,000	In-network: \$600/\$1,200 Out-of-network: \$1,200/\$2,400	In-network: N/A Out-of-network: N/A
Annual Out-of-Pocket Maximum (individual/family)	In-network: \$3,900/\$7,800 ³ Out-of-network: \$10,000/\$20,000 ³	In-network: \$5,000/\$10,000 Out-of-network: \$10,000/\$20,000	In-network: \$3,500/\$7,000 Out-of-network: \$7,000/\$14,000	In-network: \$5,000/\$10,000 Out-of-network: N/A
	Out-of-network care is NOT covered if you choose Health Net (Northern California) or Kaiser Permanente as your insurance carrier.			Out-of-network care NOT covered at all.

¹Under Health Net and Kaiser Permanente, if you cover dependents under the Bronze Plus coverage level, no covered member pays more than \$2,700 toward the family deductible. Also, these options feature a traditional annual deductible.

²Under Health Net, the family deductible is \$4,725.

³Under Health Net and Kaiser Permanente, these options feature a traditional annual out-of-pocket maximum.

Going Out of Network?

Out-of-network charges will **not** count toward your in-network annual deductible or out-of-pocket maximum. The same goes for in-network charges—they will **not** count toward your out-of-network annual deductible or out-of-pocket maximum.

Medical Coverage – California (continued)

Medical Benefits Summary – California

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Preventive Care – For a list of preventive care services required to be covered by all health plans, visit https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits				
Annual physical exam, well-child exams, well-woman exam including Pap smear, mammogram, bone-density screening, other cancer screenings, immunizations	In-network 100% covered, no deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 100% covered, no deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 100% covered, no deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 100% covered, no deductible Out-of-network Not covered
Doctor's Office Visits				
Primary Doctor's Office Visit	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network You pay \$20 for PCP visit Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$20 for PCP visit Out-of-network Not covered
Specialist Doctor's Office Visit	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network You pay \$35 for specialist visit Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$35 for specialist visit Out-of-network Not covered

Check the Details

This is intended to be a summary of the most common covered services offered across insurance carriers. While we have made every attempt to ensure the accuracy of the information in these charts, if there is any discrepancy between this information and the official plan contracts and documents, the plan contracts and documents will rule.

To see a comparison of each plan's details, when you enroll online, check the boxes next to medical plans you want to review and click **Compare**. Or, call the carriers directly.

Medical Benefits Summary – California (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Inpatient Hospital Care				
Hospital semi-private room and board	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Inpatient Physician and Surgeon Services	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Inpatient Lab and X-ray	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered

Medical Benefits Summary – California (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Outpatient Care				
Outpatient Surgery <i>In a freestanding surgical facility or hospital</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Outpatient Lab and X-ray	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Emergency Room – if not admitted <i>Must be a true emergency</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 80% covered after in-network deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 70% covered after in-network deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 80% covered after in-network deductible	In-network 70% covered Out-of-network 70% covered
Urgent Care Center	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Ambulance	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 80% covered after in-network deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 70% covered after in-network deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 80% covered after in-network deductible	In-network 70% covered Out-of-network 70% covered

Medical Benefits Summary – California (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Outpatient Care				
Durable Medical Equipment <i>Carrier guidelines apply</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Alternative Care				
Prescribed Care in Non-Custodial Skilled Nursing Facility <i>120 day annual maximum</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Non-custodial Home Health Care <i>120-visit annual limit</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Hospice Care	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered

Medical Benefits Summary – California (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Transgender Services*				
Gender Assignment/ Reassignment Surgery	In-network 80% after deductible** Out-of-network 60% after deductible**	In-network 70% after deductible** Out-of-network 50% covered after deductible**	In-network 80% covered after deductible** Out-of-network 60% covered after deductible**	In-network 70% covered** Out-of-network N/A
Gender Assignment/ Reassignment Counseling	In-network 80% after deductible Out-of-network 60% after deductible	In-network 70% after deductible Out-of-network 50% after deductible	In-network \$20 copay Out-of-network 60% covered after deductible	In-network \$20 copay Out-of-network N/A
Hormone Replacement Therapy	In-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier Out-of-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier	In-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier Out-of-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier	In-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier Out-of-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier	In-network Covered according to the formulary and the appropriate prescription drug tier Out-of-network N/A
Cosmetic Surgery	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network N/A
Reversal of Gender Reassignment Surgery	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network N/A

*Benefits vary by insurance carrier due to state mandates or administrative limitations.

**Carrier medical guidelines apply.

Medical Benefits Summary – California (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Family Planning/Maternity Services				
Fertility Services <i>Subject to state mandate, benefit may be limited to \$15,000 Medical and \$5,000 Rx lifetime maximum for all fertility treatments (combined in and out-of-network)</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network Cost share based on place of service Out-of-network 60% covered after deductible	In-network Cost share based on place of service Out-of-network Not covered
Office visits, pre- and post-natal	In-network 80% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee) Out-of-network 60% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee)	In-network 70% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee) Out-of-network 50% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee)	In-network \$20 copay for first PCP visit; \$35 copay for first specialist visit (others covered under global maternity fee) Out-of-network 60% covered after deductible for first PCP visit (others covered under global maternity fee)	In-network \$20 copay for first PCP visit; \$35 copay for first specialist visit (others covered under global maternity fee) Out-of-network Not covered

Medical Benefits Summary – California (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Family Planning/Maternity Services				
In-hospital delivery	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Newborn Nursery	In-network Preventive services covered at 100%, deductible waived; additional cost shares apply for non-routine services and/or when a length of stay exceeds the standard range for a normal delivery. Out-of-network 60% covered after deductible	In-network Preventive services covered at 100%, deductible waived; additional cost shares apply for non-routine services and/or when a length of stay exceeds the standard range for a normal delivery. Out-of-network 50% covered after deductible	In-network Preventive services covered at 100%, deductible waived; additional cost shares apply for non-routine services and/or when a length of stay exceeds the standard range for a normal delivery. Out-of-network 60% covered after deductible	In-network Preventive services covered at 100%, deductible waived; additional cost shares apply for non-routine services and/or when a length of stay exceeds the standard range for a normal delivery. Out-of-network Not covered
Alternative Treatment				
Acupuncture	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Chiropractic <i>20-visit annual maximum</i>	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered

Medical Benefits Summary – California (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Medical Therapy – 60 visits/days combined annual maximum for Physical, Speech, and Occupational Therapy				
Outpatient Physical Therapy	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Outpatient Speech Therapy	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Outpatient Occupational Therapy	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered

Medical Benefits Summary – California (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Mental Health and Substance Abuse Treatment				
Mental Health Inpatient	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Mental Health Outpatient	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network You pay \$20 per visit Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$20 per visit Out-of-network Not covered
Substance Abuse Inpatient	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered Out-of-network Not covered
Substance Abuse Outpatient	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network 70% covered after deductible Out-of-network 50% covered after deductible	In-network You pay \$20 per visit Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$20 per visit Out-of-network Not covered

Prescription Drug Coverage – California

Prescription Drug Benefits Summary – California

Both the coverage level and the medical insurance carrier you choose will affect your prescription drug coverage. See how on page 22.

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Annual Prescription Drug Deductible	All prescription drugs (except those classified as preventive) are subject to the annual medical deductible (see page 24).	None	None	None
Retail Tier 1: Lowest Cost Options (30-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$10 Out-of-network 50% covered	In-network You pay \$8 Out-of-network 50% covered	In-network You pay \$8 Out-of-network Not covered
Retail Tier 2: Moderate Cost Options (30-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$40 Out-of-network 50% covered	In-network You pay \$30 Out-of-network 50% covered	In-network You pay \$30 Out-of-network Not covered
Retail Tier 3: Highest Cost Options (30-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network 60% covered after deductible	In-network You pay \$60 Out-of-network 50% covered	In-network You pay \$50 Out-of-network 50% covered	In-network You pay \$50 Out-of-network Not covered

Prescription Drug Benefits Summary – California (continued)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Mail-Order Tier 1: Lowest Cost Options (90-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network Not covered	In-network You pay \$25 Out-of-network Not covered	In-network You pay \$20 Out-of-network Not covered	In-network You pay \$20 Out-of-network Not covered
Mail-Order Tier 2: Medium Cost Options (90-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network Not covered	In-network You pay \$100 Out-of-network Not covered	In-network You pay \$75 Out-of-network Not covered	In-network You pay \$75 Out-of-network Not covered
Mail-Order Tier 3: Highest Cost Options (90-day supply)	In-network 80% covered after deductible Out-of-network Not covered	In-network You pay \$150 Out-of-network Not covered	In-network You pay \$125 Out-of-network Not covered	In-network You pay \$125 Out-of-network Not covered

Medical Benefits Summary – Hawaii

If you live in Hawaii, you have several coverage levels to choose from, including:

- **HMSA Gold:** A comprehensive medical option with a deductible and separate medical and prescription drug out-of-pocket maximums
- **Kaiser Gold:** An HMO option that covers in-network care only and has a deductible and prescription drug copays for most medications
- **HMSA Platinum:** A PPO option with separate medical and prescription drug out-of-pocket maximums
- **Kaiser Platinum:** An HMO option that covers in-network care only and has prescription drug copays for most medications

When you enroll, you'll be able to compare benefits and features across your medical options.

Annual Deductible and Out-of-Pocket Maximum

The deductible is what you pay out of pocket before your insurance starts paying its share of your costs. It doesn't include amounts taken out of your paycheck for health coverage. Here's how the deductible works:

The HMSA Gold and Kaiser Gold options have a traditional deductible. Once a covered family member meets the *individual* deductible, your insurance will begin paying benefits for that family member. Charges for all covered family members will continue to count toward the family deductible. Once the family deductible is met, your insurance will pay benefits for all covered family members.

The HMSA Platinum and Kaiser Platinum options don't have an in-network deductible. Keep in mind, though, that as a trade-off for no deductible, the Platinum coverage level is usually more expensive per paycheck.

The out-of-pocket maximum is the most you and your covered family members would have to pay in a year for health care costs. It doesn't include amounts taken out of your paycheck for health coverage.

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Annual Deductible (individual/family)	In-network \$100/\$300 Out-of-network \$100/\$300	In-network \$200/\$400 Out-of-network Not covered	In-network N/A Out-of-network \$100/\$300	In-network N/A Out-of-network Not covered
Annual Out-of-Pocket Maximum (individual/family)	In-network \$2,000/\$6,000 Out-of-network \$2,000/\$6,000	In-network \$2,200/\$4,400 Out-of-network N/A	In-network \$2,500/\$7,500 Out-of-network \$2,500/\$7,500	In-network \$2,500/\$7,500 Out-of-network N/A

Exception! If you choose HMSA as your insurance carrier, you'll have a separate and additional out-of-pocket maximum for prescription drugs. That means your medication costs will not count toward your medical out-of-pocket maximum (and vice versa).

Going Out of Network?

If you choose HMSA, seeing out-of-network providers will cost you more. For example, you could pay more through a higher deductible, higher coinsurance, and the entire amount that exceeds the maximum allowed amount, which is typically based on the amount Medicare pays.

Also, under the HMSA options, out-of-network charges will count toward your in-network annual deductible (Gold only) and out-of-pocket maximum. The same goes for in-network charges—they will count toward your out-of-network deductible (Gold only) and out-of-pocket maximum.

Out-of-network care is **not** covered if you choose Kaiser Permanente as your insurance carrier except for an emergency.

In-Network Benefits

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Preventive Care	100% covered; deductible waived for most services	100% covered; deductible waived	100% covered	100% covered
Doctor's Office Visit	You pay \$14 after deductible	You pay \$15	You pay \$12	You pay \$15
Emergency Room	You pay 20% after deductible	You pay 20%; deductible waived	You pay 20%	You pay \$75
Urgent Care	You pay \$14 after deductible	You pay \$15	You pay \$12	You pay \$15
Inpatient Care	You pay \$200 copay per year (non-maternity) then 20% after deductible	You pay 10% after deductible	You pay 10%	You pay \$75 per day
Outpatient Care	Cost share based on place of service	Cost share based on place of service	Cost share based on place of service	Cost share based on place of service

This is intended to be a summary of the most common covered services offered across insurance carriers. While we have made every attempt to ensure the accuracy of the information in these charts, if there is any discrepancy between this information and the official plan contracts and documents, the plan contracts and documents will rule.

To see a comparison of each plan's details, when you enroll online, check the boxes next to medical plans you want to review and click **Compare** (under the check marks). Or, call the carriers directly.

Other Services – Hawaii

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Transgender Services				
Gender Assignment/ Reassignment Surgery	In-network 80% covered after deductible is met; carrier medical guidelines apply Out-of-network 80% covered after deductible is met; carrier medical guidelines apply	In-network 90% covered after deductible is met; carrier medical guidelines apply Out-of-network N/A	In-network 90% covered; pre-authorization is required Out-of-network 70% covered after deductible is met; pre-authorization is required	In-network \$75 copay per day; carrier medical guidelines apply Out-of-network N/A
Gender Assignment/ Reassignment Counseling	In-network Outpatient: \$14 copay after deductible is met; Inpatient: 100% covered Out-of-network Outpatient: \$14 copay after deductible is met; Inpatient: 100% covered	In-network \$15 copay Out-of-network N/A	In-network Outpatient: \$12 copay; Inpatient: 90% covered Out-of-network Outpatient: 70% covered after deductible is met; Inpatient: 70% covered after deductible is met	In-network \$15 copay Out-of-network N/A
Hormone Replacement Therapy	In-network 80% covered after deductible is met Out-of-network 80% covered after deductible is met	In-network Covered according to formulary and appropriate Rx tier Out-of-network N/A	In-network 80% covered Out-of-network 70% covered after deductible is met	In-network Covered according to formulary and appropriate Rx tier Out-of-network N/A
Cosmetic Surgery	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network N/A	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered
Reversal of Gender Reassignment Surgery	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered	In-network Not covered Out-of-network Not covered

Other Services – Hawaii (continued)

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Mental Health and Substance Abuse Treatment				
Inpatient/Residential Treatment Facility	In-network \$200 copay per plan year, then 80% after deductible has been met Out-of-network \$200 copay per plan year, then 80% after deductible has been met	In-network 90% covered after deductible is met Out-of-network N/A	In-network 90% covered Out-of-network 70% covered after deductible is met	In-network \$75 copay per day, then 100% covered Out-of-network N/A
Outpatient/Partial Hospitalization	In-network 80% after deductible has been met Out-of-network Outpatient: 60% after deductible is met Partial Hospitalization: 80% after deductible has been met	In-network 80% covered after deductible is met Out-of-network N/A	In-network 100% covered outpatient 90% covered partial Out-of-network 70% covered after deductible is met	In-network \$75 copay per day, then 100% covered Out-of-network N/A
Outpatient Office Visit and Intensive Outpatient Coverage	In-network \$14 copay after deductible has been met Out-of-network \$14 copay after deductible has been met	In-network \$15 copay Out-of-network N/A	In-network \$12 copay Out-of-network 70% covered after deductible is met	In-network \$15 copay Out-of-network N/A
Psychological/ASD Testing	In-network Psychological testing: 80% after deductible is met ASD: \$14 copay after deductible is met Out-of-network Psychological testing: 80% after deductible is met ASD: \$14 copay after deductible is met	In-network \$15 copay Out-of-network N/A	In-network Psychological testing: 80% after deductible is met ASD: \$12 copay after deductible is met Out-of-network 70% covered after deductible is met	In-network \$15 copay Out-of-network N/A

Prescription Drug Coverage – Hawaii

Your prescription drug coverage depends on the medical coverage level you choose *and* your medical insurance carrier. Below is an overview of the in-network coverage for each option.

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Preventive Drugs (determined by the insurance carrier, as required by the Affordable Care Act)	You pay \$0 You must have a doctor's prescription for the medication—even for products sold over the counter (OTC)—and you must use an in-network retail pharmacy or mail-order service.			
Prescription Drug Annual Out-of-Pocket Maximum (individual/family)	\$3,000/\$7,200*	Included in medical out-of-pocket maximum	\$3,000/\$5,700*	Included in medical out-of-pocket maximum
30-day retail supply				
Tier 1: Generally lowest cost options	You pay \$7	You pay \$5 for generic maintenance drugs; \$10 for other generic drugs	You pay \$5	You pay \$5 for generic maintenance drugs; \$10 for other generic drugs
Tier 2: Generally medium cost options	You pay \$35	You pay \$35	You pay \$30	You pay \$35
Tier 3: Generally highest cost options	You pay \$75	Not covered	You pay \$70	Not covered
90-day mail-order supply				
Tier 1: Generally lowest cost options	You pay \$14	You pay \$10 for generic maintenance drugs; \$20 for other generic drugs	You pay \$10	You pay \$10 for generic maintenance drugs; \$20 for other generic drugs
Tier 2: Generally medium cost options	You pay \$70	You pay \$70	You pay \$60	You pay \$70
Tier 3: Generally highest cost options	You pay \$150	Not covered	You pay \$140	Not covered

*The prescription drug out-of-pocket maximum is separate from the medical out-of-pocket maximum. This means your medical costs will not count toward your medical prescription drug out-of-pocket maximum and vice versa.

Medical/Prescription Coverage Insurance Carriers

By making insurance companies compete for your business, the exchange can help you save money. Instead of Aramark choosing one or two carriers, Aramark is stepping aside as the middleman and bringing all the carriers directly to you through the exchange.

No matter which coverage level you select, you'll be able to choose from the carriers in this table, depending on where you live:*

*If you live outside the service area of all the insurance carriers, an out-of-area plan at the Silver level through Aetna will be your only option.



NOTE: Your doctors may participate in **different networks** with the **same** insurance carrier. To see which networks your doctors participate in, visit the carrier preview sites before you enroll.

Contact the Carriers

Before you're a member, you can visit specially designed carrier sites to get a "preview" of their services, networks, and more. **You should check out the carrier preview sites to get a closer look at the carriers you're considering.** You can also check the star ratings on the Benefits Enrollment Website to see how Aramark associates and employees from other companies rate them. Once you enroll and become a member of a carrier, you'll be able to register and log on to the carrier's main website for personalized information.

Aetna	Before you're a member (preview site): https://ah2018si.myhealthbenefitschoice.com Once you're a member (website): https://www.aetna.com Phone number: 1.855.496.6289
Cigna	Before you're a member (preview site): http://www.cigna.com/aonactivehealth-withyou-2018 Once you're a member (website): https://my.cigna.com Phone number: 1.855.694.9638
CVS Caremark	Member website (preview site): http://info.caremark.com/aramark Member website: www.caremark.com Phone number: 1.866.231.8569
Dean / Prevea360 (generally available in WI)	Before you're a member (preview site): http://aon.deanhealthplan.com Once you're a member (website): http://aon.deanhealthplan.com Phone number: 1.877.232.9375
Geisinger (generally available in Central PA)	Before you're a member (preview site): https://geisinger.org/aon Once you're a member (website): https://www.geisinger.org/member-portal Phone number: 1.844.390.8332
Health Net (generally available in AZ, CA, OR, and WA)	Before you're a member (preview site): https://www.healthnet.com/myaon Once you're a member (website): https://www.healthnet.com/myaon Phone number: 1.888.926.1692
HMSA	Before you're a member (preview site): http://www.hmsa.com/aon-hewitt Once you're a member (website): https://members.hmsa.com Phone number: 1.800.651.4672
Independence Blue Cross	Before you're a member (preview site): https://www.ibx.com/aonsf Once you're a member (website): https://www.ibx.com/login Phone number: 1.855.438.2583
Kaiser Permanente (formerly Group Health in WA)	Before you're a member (preview site): https://kp.org/wa/aonactivehealth Once you're a member (website): https://wa-member.kaiserpermanente.org Phone number: 1.855.407.0900
Kaiser Permanente (generally available in CA, CO, DC, GA, MD, VA, OR, and southwest WA)	Before you're a member (preview site): http://www.kp.org/aonhewitt Once you're a member (website): http://www.kp.org Pre-enrollment phone number: 1.877.580.6125 CA Post-enrollment phone number: 1.800.464.4000 CO Post-enrollment phone number: 1.303.338.3800 GA Post-enrollment phone number: 1.404.261.2590 DC, MD, VA Post-enrollment phone number: 1.800.777.7902 OR and southwest WA Post-enrollment phone number: 1.800.813.2000
Kaiser Permanente (HI)	Before you're a member (preview site): http://www.kp.org/aonhewitt Once you're a member (website): http://www.kp.org Pre-enrollment phone number: 1.877.580.6125 Post-enrollment phone number: 1.808.432.5955
UnitedHealthcare	Before you're a member (preview site): http://welcometouhc.com/aon2 Once you're a member (website): http://myuhc.com Phone number: 1.888.297.0878
UPMC Health Plan (generally available in Western PA)	Before you're a member (preview site): https://www.upmchealthplan.com/aon Once you're a member (website): https://www.upmchealthplan.com/members Phone number: 1.844.252.0690

Don't forget to check out the "Help Me Choose" feature on the Benefits Enrollment Website.



Medical Coverage Insurance Carriers (continued)

Things to Consider

When deciding which insurance carrier to choose, try the "Help Me Choose" tool. It will help you assess the carriers that may be the best "fit" based on your needs. As a reminder, be sure to consider:

- **Cost per paycheck**

- Each carrier will offer its own price for each coverage level. Just like shopping for a flight on a travel website, you'll be able to see all of those prices in one place on the exchange. That makes it easy to see which carrier is offering you the best deal. The benefits provided under a coverage level will be very similar across carriers, but there could be some differences (for example, inpatient hospital coverage or infertility benefits). You can compare the details when you enroll online. Or, call the carriers directly.

- **Network**

If you want to keep seeing your current doctors, choose an insurance carrier whose network includes your preferred providers (e.g., doctors, specialists, hospitals). To see whether your doctor participates:

- Before enrollment, check out the insurance carrier preview sites listed on the prior page. Follow the instructions on the preview sites to make sure you are searching for providers in the exchange network.
- When you enroll, check the networks of each insurance carrier you're considering on the Benefits Enrollment Website.

Important: Even if you can keep your current insurance carrier, the provider network could be different and can change from year to year, so *always* check the provider networks before making a decision.

- **Prescription drug coverage**

- If you select coverage with Aetna, Cigna, Independence Blue Cross or UnitedHealthcare, your prescription drug coverage will be provided through **CVS Caremark**. You will receive a separate ID card for your prescription drug coverage from **CVS Caremark**.
- If you select coverage with a medical carrier other than Aetna, Cigna, Independence Blue Cross or UnitedHealthcare, your prescription drug coverage will continue to be managed by the insurance carrier.
- You need to make sure you're comfortable with how CVS Caremark or your medical insurance carrier will cover any medications you and your covered family members need. To find out more, see page 23.

- **Lifestyle and Wellness Support**

- All of the insurance carriers offer their own condition management and coaching programs. These could include a 24-hour nurse line, healthy lifestyle coaching, pregnancy support, and more. Browse their preview sites now to learn about their tools and other considerations that could influence your decision.

Do You Live in California or Hawaii?

Remember, the insurance carrier you choose may also affect your coverage level choices. For details, see pages 25-36 (CA) and 37-41 (HI).

What Is the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998?

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient for:

- all stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- prostheses; and
- treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedemas.

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan, as noted in the charts on pages 25–34 (California), and 37–40 (Hawaii).



Smoker Premium

If you enroll in any Aramark Medical Plan for 2018, you must answer the smoking question(s) on the Medical Benefits Portal for you and your enrolled spouse/domestic partner. Premiums for smokers are higher than for non-smokers—smokers pay an additional \$10 per week per person (maximum additional \$20 weekly for associate plus spouse). The higher premium applies if you indicate smoker status. Your response to the smoker question remains in effect throughout all of 2018; it cannot be changed once annual enrollment closes. The increase in premium will appear on your pay statement as “ESMKPREM” (for associate) and “SSMKPREM” (for spouse/domestic partner).

A smoker is defined as someone who has smoked cigarettes, e-cigarettes, pipes or cigars, used snuff, or chewed tobacco within the past 12 months.

NOTE: Premiums are deducted on a pre-tax basis and generally can't be stopped mid-year.

Healthy Living Tip

Stop smoking today! We can help! If you are a smoker, we offer a voluntary smoking cessation program through the American Cancer Society. You are not required to participate in the program, but you may be able to take advantage of the lower non-smoker premiums if you complete it. The program offers *free* telephone counseling and support and nicotine replacement therapy (e.g., patches, gum, lozenges). Prescription medications (e.g., Chantix, Zyban, Nicotrol Inhaler, nasal sprays) are covered under the terms of your insurance carrier. For free confidential help, call **1-866-QUIT-4-LIFE** or go to www.quitnow.net/Aramark.



ID Cards

- If you select medical coverage with Aetna, Cigna, Independence Blue Cross or UnitedHealthcare, you will receive a new medical ID card from your insurance carrier, as well as a pharmacy ID card from CVS Caremark.
- New ID cards will NOT be issued for most other medical carriers. If you do not have coverage with Aetna, Cigna, Independence Blue Cross or UnitedHealthcare, hold on to your current cards.
- ID cards are **not** issued or needed for Dental and Vision plans. Simply tell your doctor you have Delta Dental (Plan Group #: 2497) or VSP (Plan Group #: 12221565) coverage through Aramark.

Medicare Part D Creditable Coverage Notice

The Medicare Part D Notice in this section applies to those Aramark associates who are currently eligible for Medicare or will become eligible in the next 12 months. It concerns your current Aramark prescription drug coverage and the prescription drug coverage through Medicare. Please read it carefully. Important highlights of this notice are:

- Medicare prescription drug coverage is available to those eligible for Medicare.
- Aramark's prescription drug coverage is creditable coverage. This means Aramark offers prescription drug benefits to all plan participants equal to or better than the standard Medicare prescription drug coverage.

Your Prescription Drug Coverage Options

If you qualify for Medicare prescription drug benefits while covered by an Aramark medical plan, you have the option of continuing your existing prescription drug coverage through Aramark or enrolling in the Medicare prescription drug coverage.

Keep in mind that because your Aramark prescription drug coverage meets the Social Security creditable coverage requirements, if you choose to enroll later in a Medicare prescription drug plan during the October 15 to December 7 annual Medicare drug enrollment period, you may do so without having to pay a higher premium.

However, if you drop your Aramark medical and prescription drug coverage and go without your Aramark group coverage for 63 continuous days or more before enrolling in Medicare prescription drug coverage, you could be subject to paying higher premiums for Medicare coverage.

Limited Income Assistance

For people with limited income and resources, extra help paying for a Medicare prescription drug plan is available. Information about this additional help is available from the Social Security Administration (SSA). For information about this extra help, see the contact information below.

For More Information About This Medicare Part D Notice

If you need further information, contact:

- Social Security Administration at **1-800-772-1213** or www.socialsecurity.gov
- Medicare at **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or www.medicare.gov or
- Aramark Benefits Department at **1-855-528-BENE (2363)**.

You may receive this notice at other times in the future, such as when coverage changes. You may also request a copy of this notice by calling the Aramark Benefits Department.



Preventive Care

Preventive Care Covered at 100% In-Network

Good preventive care today is an important key to good health tomorrow. Regardless of your age, gender, line of work—or whether you are in excellent health or dealing with a chronic condition—preventive care can help you head off health problems before they occur or minimize complications from existing conditions.

The Bronze Plus, Silver and Gold plans all cover preventive health care at 100% in-network. This means:

- no copay;
- no deductible; and
- no coinsurance.



What are the preventive care services that are covered at 100% in-network?

They are services recommended by nationally recognized authorities such as the U.S. Preventive Services Task Force, the Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention, and the Health Resources and Services Administration. These lists are extensive.

For a complete list of the recommended preventive care services, call the insurance carrier that administers your plan, or visit <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits>.

A word about how your doctor or provider bills for the preventive service:

- In order to be covered at 100%, your medical provider must bill the insurance company for the service as “preventive care.”
- If the service is billed as treatment for illness or injury or to make a diagnosis, then you will be subject to the applicable copay, deductible, and/or coinsurance.
- If preventive care is not the primary purpose for an office visit, you will pay the applicable copay, deductible, and/or coinsurance under your Plan.

Example #1:

You receive a mammogram. If the test is part of your annual routine care, it's considered preventive and is covered at 100%. If your doctor recommends the test because you have a lump that he or she wants investigated further, then it's considered diagnostic and would be subject to the applicable copay, deductible, and/or coinsurance under your Plan.

Example #2:

You visit your doctor for an ear infection but also have a preventive blood pressure check while there. You will still be required to pay the applicable copay, deductible, and/or coinsurance for the office visit because the primary purpose of your visit was to be treated for an illness.

Dental Plan

To help you manage dental costs while encouraging good dental care, Aramark offers the Delta Dental PPO Plus Premier program, which is a fully insured program administered by Delta Dental PA.

The Delta Dental PPO Plus Premier Dental Plan offers you the choice of using any dental provider, but Plan benefits are greatest when you use participating dentists. To locate a participating dentist, see the Delta Dental phone number and website address [here](#).

Dental Benefits Summary

DESCRIPTION	PARTICIPATING DENTISTS	NON-PARTICIPATING DENTISTS*
Calendar Year Deductible	\$25 per person	\$50 per person
Calendar Year Maximum Benefit	\$1,800 per person	
Patient Payment Amount	Any applicable deductibles, coinsurance amounts and amounts above the Plan maximums	Any applicable deductibles, coinsurance amounts and amounts above the Plan maximums, and the difference between Delta's payment and the dentist's charge (unlimited)
	Coinsurance (plan pays % / you pay %):	
Diagnostic Services (No deductible)	Plan pays 100%	80% / 20%
Preventive Services (No deductible)	Plan pays 100%	80% / 20%
Basic Services	80% / 20%	80% / 20%
Major Services	50% / 50%	50% / 50%
Oral Surgery	80% / 20%	80% / 20%
Endodontic	80% / 20%	80% / 20%
Periodontic	80% / 20%	80% / 20%
Prosthodontic	50% / 50%	50% / 50%
Orthodontic	Plan pays 50% (\$2,500 lifetime maximum per person) (The amount paid by you does not apply toward the deductible.)	
TMJ	Plan pays 50% (\$750 lifetime maximum per person)	

* Subject to Maximum Plan Allowance (MPA).

NOTE: ID cards are not issued or needed for the Dental Plan. For your reference, the Dental Plan Group Number is **2497**.

Vision Plan

If you enroll in Aramark's vision plan offered through VSP, you are eligible to receive eye care benefits every calendar year for eye exams and eyeglasses or contact lenses.

Additionally, discounts are available on services and procedures such as laser vision correction.

You can save money by visiting VSP doctors nationwide for all your routine eye care needs. And there are no claim forms to complete.

For a list of participating doctors near you, see the VSP phone number and website address [here](#). Reduced reimbursement is also available for services from non-VSP doctors.

In addition to the private practice providers in the VSP network, VSP's Retail Chain Affiliate Partners add more than 1,000 optical stores for your convenience. These stores include Costco Optical, Visionworks, Wisconsin Vision, Heartland Vision, and Rx Optical. You'll receive equivalent benefits at these locations to those listed below, except where noted.

Vision Benefits Summary

DESCRIPTION	PARTICIPATING DOCTORS	NON-PARTICIPATING DOCTORS
Calendar Year Deductible	None	None
Patient Payment Amount	Any applicable copays and amounts above the Plan's network allowance	Any applicable copays and amounts above the Plan's non-network reimbursement schedule
Eye Examination	Plan pays 100% after \$10 copay	Plan reimburses up to \$45 after \$10 copay
Eyeglass Frames	Plan pays \$150 plus 20% discount on any out-of-pocket costs (\$70 allowance at Costco)	Plan reimburses up to \$47
Eyeglass Lenses • Single Vision • Bifocal • Trifocal	Plan pays 100% after \$20 copay, for standard lens types	Plan reimburses up to \$45 after \$20 copay Plan reimburses up to \$65 after \$20 copay Plan reimburses up to \$85 after \$20 copay
Contacts	Plan pays up to \$150* plus 15% discount off the cost of contact lens exam for evaluation and fitting	Plan reimburses up to \$105*
Extra Discounts and Savings**	20% discount on additional prescription eyeglasses and sunglasses (Exception: Not available at Costco) - Average 20% – 25% off lens options, such as progressive lenses, special coatings, etc. (Exception: Check with Costco for pricing) - Exclusive pricing on annual supplies of popular brands of contacts - Average 15% discount on laser vision correction	None

* Covered every calendar year in lieu of eyeglass lenses and frames. The allowance applies to the cost of your contacts and contact lens exam (fitting and evaluation). This exam is in addition to your vision exam to ensure proper fit of contacts.

** Discounts are available through any VSP network doctor within 12 months of the last covered eye exam.

NOTE: ID cards are not issued or needed for the Vision Plan. The VSP Group Number is **12221565**.

Health Care Flexible Spending Account (FSA)

Health Care Spending Account

The Health Care Flexible Spending Account allows you to use pre-tax dollars to pay for certain health care expenses incurred by you or a dependent. **However, if you enroll in a Bronze Plus Plan and also enroll for a Health Savings Account (HSA), your Health Care FSA usage will be limited to out-of-pocket expenses for non-medical expenses, such as dental and vision.** Unlike HSAs, FSA contributions do not carry forward to the following calendar year. A new dollar election is required each year, even if you are not changing your elected dollar amount. Review the [FSA/HSA comparison chart](#) on page 50 for more information.

- You may deposit a minimum of \$50 up to a maximum of \$2,600 per year into a Health Care FSA.
 - You can use this pre-tax money to pay deductibles, copays, and certain other out-of-pocket health care expenses not covered by any medical, dental, or vision coverage you, your spouse, or your children may have. **Exception:** If you have an HSA, your Health Care FSA can be used only for non-medical expenses, such as vision and dental. For a list of eligible and ineligible expenses, go to www.irs.gov/publications/p502.



NOTE: If you participated in an Aramark Health Care Flexible Spending Account in 2017 and you wish to do so again in 2018, you must re-enroll and indicate the amount you wish to contribute in 2018—even if it is the same amount you elected for 2017.

Over-the-Counter Medicines

In compliance with Health Care Reform, over-the-counter medicines are not eligible for reimbursement from a Health Care FSA **unless** you have a prescription (does not apply to insulin without a prescription). For a list of eligible and ineligible over-the-counter items, go to www.irs.gov/publications/p502.

- You may use this account only to pay for expenses that you incur during the year in which you deposited the money into your account. Contributions made during 2018 can be used only to pay expenses incurred from January 1, 2018 through December 31, 2018.
- You choose the total annual amount(s) you wish to contribute to one or both accounts.
- Payroll deductions will be divided equally among all available 2018 paychecks.
- Because you make FSA contributions with pre-tax dollars, you do not pay taxes on your contribution amounts.
 - There are very limited circumstances under which expenses incurred on behalf of a domestic partner or a domestic partner's dependent are eligible for reimbursement under the IRS's FSA rules.

- **Online Tools** — Once you're participating in an FSA, you can track your account online at www.myuhc.com. You can access account statements and download claim forms.
- **Use It or Lose It** — Flexible Spending Accounts require that you estimate your average spending level in advance. However, if you overestimate and do not use all the money in your account, the balance is forfeited. Due to IRS rules, you will lose any money you do not claim by March 31, 2019 for expenses incurred from January 1, 2018 through December 31, 2018.
- **Health Care Spending Card MasterCard®**
Your debit card from UnitedHealthcare is connected to your FSA.
 - Use it to pay for any eligible medical, dental, vision, and pharmacy expenses.
 - Use it to pay by phone or through the web, or at any eligible provider or merchant that accepts MasterCard.
 - Use it for eligible dependent care expenses.
 - You will not have to pay with cash, write checks, or submit claim forms.

Be sure to carefully estimate your anticipated expenses and plan your contributions accordingly.

Health Savings Account (HSA)

Save on out-of-pocket costs

If you enroll in the **Bronze Plus Plan**, your payroll deductions will be lowest of all the plans—but your deductible and certain out-of-pocket costs will be highest. **So, a special option exists for Bronze Plus Plan enrollees: the Health Savings Account (HSA).** The HSA lets you have additional pre-tax payroll deductions taken and set aside in your HSA account, which you can use to pay for medical, dental, and vision out-of-pocket expenses such as your deductibles, copays, and coinsurance.

- You can decide during enrollment whether to enroll in an HSA and how much (if any) money you want to save.
- You can change the amount you save at any time throughout the year.
- For 2018, you can save up to \$3,450 if you're covering just yourself, or up to \$6,850 if you're also covering other members of your family.
- If you are age 55 or older, an additional \$1,000 per year may be contributed.

Your money earns tax-free interest, and you pay no taxes when you spend the money on eligible health care expenses.

Best of all, any unused HSA money carries over year to year. Just like a bank account, you own your HSA, so it's yours to keep even if you later change medical plans, leave the company, or retire.

Using Your HSA

There are two ways to use your HSA:

1. **Use your HSA debit card**—just swipe it when you're ready to pay for qualified medical expenses, and the funds will be taken directly from your account. Just make sure you have enough money in your HSA to cover the expense.
2. **Pay out of pocket**—if you prefer, you can pay for your expenses up front and reimburse yourself electronically from your HSA.

You can find a complete list of eligible expenses at www.irs.gov/publications/p502. Keep careful records of your expenses, including receipts, in case you ever need to provide proof of how your HSA funds were spent. If you use money from your HSA to pay for nonqualified medical expenses, you'll pay taxes on that money and pay an additional 20% penalty tax if you're under age 65.

After you enroll, you'll receive a Welcome Letter with your HSA account number and instructions on how to access additional information through www.mybenefits.aramark.com.

HSA Investment Option

Associates who maintain a minimum balance of \$1,000 in their HSA have an option to invest their funds in excess of \$1,000 in a UMB HSA Saver investment account. UMB Investment Management selects mutual funds in various asset classes for inclusion in the UMB HSA Saver.

For more information about the HSA Saver investment account:

- Log on to <https://aramark.benefitcenter.com>.
- Under "At Your Fingertips," click "Medical Benefits Portal."
- Under "Additional Benefits," click "Health Savings Account Overview."
- Click the red button that says "Click here for information on your HSA if you are in the Bronze Plus Plan."
- Under "Your Accounts" click on the link for "Health Savings Accounts."
- Click on "Open Investment Account" and this will take you to information about the HSA Saver option.

Or, call **1-855-528-BENE (2363)**.

Important: Funds in an HSA are held at UMB Bank and insured by the FDIC to the maximum permitted by law. Investments in securities through the HSA Saver account are not FDIC insured, have no bank guarantee and may lose value.

Please consult with your financial and/or tax advisor before taking any action in an investment account.

Special HSA Rules

- To be eligible to contribute to an HSA, you must enroll in a Bronze Plus Plan. If you're covered by another medical plan, it must also be a high-deductible medical plan for you to be eligible for an HSA. For example, if you're also enrolled in your spouse's plan, that plan must be a high-deductible medical plan, too.
- You can't contribute to an HSA if:
 - you're enrolled in Medicare or a veteran's medical plan.
 - you're claimed as a dependent on someone else's federal tax return.
 - you or your spouse currently participate (or previously participated within the current plan year) in a general purpose Health Care Flexible Spending Account (Health Care FSA).
- Although you can enroll your children up to age 26 in your medical coverage, you can't always use money from your HSA to pay their health care expenses. For children above age 18 (or under age 24 if they are full-time students), you can only use HSA money for their expenses if the child lives with you for more than six months during the year, you provide more than one-half of their support, and the child is not otherwise ineligible for tax-free HSA reimbursements.
- You can't have an HSA and use a Health Care FSA for medical expenses at the same time. In this situation, your FSA will be considered a limited Health Care FSA, and you'll be able to use it only to pay qualified dental and vision expenses. Remember, your HSA can be used for medical, dental, and vision expenses. If you currently have money in a Health Care FSA and you want to contribute to an HSA in the next plan year, use the Health Care FSA money by December 31.

HSA (continued)

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

	HEALTH SAVINGS ACCOUNT (HSA)	HEALTH CARE FLEXIBLE SPENDING ACCOUNT (FSA)
For which plan participants?	Bronze Plus only	Bronze Plus, Silver, Gold, Gold II
For what types of expenses?	Medical/Pharmacy, Dental, Vision	Medical/pharmacy (if you have <i>not</i> enrolled for an HSA under the Bronze Plus Plan), Dental, and Vision
Unused funds carry over year to year?	Yes	No, claims must be incurred by December 31, and submitted by March 31 of the following year.
Do you own the account?	Yes, you can take it with you if you change medical plans or leave the company.	No, unused funds are forfeited.
Maximum annual contribution?	\$3,450 for Employee Only; \$6,850 if you cover family members*	\$2,600
Can I change my contribution after I enroll?	Yes	No

*If you are age 55 or over, you may contribute an additional \$1,000.



Disability

Short-Term Disability (STD)

STD coverage can provide an important financial cushion if you are unable to work for an extended period of time due to a non-work-related illness or injury. After you are unable to work for seven consecutive calendar days, the STD plan will provide benefits equal to 60% of your weekly base pay* for as long as you remain medically certified as disabled, up to a maximum of 26 weeks (including the seven-day waiting period). Benefits for work-related injuries are excluded under STD.

If you are a new hire, there is a 90-day eligibility waiting period for STD.

NOTE: If STD is offered at your location and you did not enroll for it previously, you may elect this coverage in 2018.

Long-Term Disability (LTD)

- The Long-Term Disability (LTD) Plan offers optional income protection if you are medically disabled due to an illness or injury and you are unable to work for more than 26 weeks. LTD coverage is optional, and you must enroll if you wish to have coverage.
- Your cost for LTD coverage is displayed on the Benefits Enrollment Website. Your benefit amount and your cost for coverage may change during the year to reflect changes in your pay.
- Benefits equal 50% of your eligible monthly base pay,* up to a maximum benefit of \$3,500 per month, while you remain medically certified as disabled.
- LTD benefits are offset by any benefits you receive from a federal or state government disability plan.
- LTD benefits are taxable income and will be reported on a W-2 form.

NOTE: If you do not sign up for LTD when you are first eligible, you may enroll during subsequent annual enrollment periods or upon a qualified life status change. You will be required to provide **Evidence of Insurability** to the carrier for approval.

Associates Covered Under a Collective Bargaining Agreement

Associates will be offered disability benefits as determined by their respective collective bargaining agreements. Refer to the Benefits Enrollment Website to determine the benefits for which you are eligible.



Please be aware that the STD and LTD Plans include a pre-existing condition provision. The disability plans have a pre-existing provision that will be reviewed for any medical condition if you become disabled during your first 12 months of coverage and your disability is due to the same or related condition for which you received treatment in the three-month period before your coverage began. Benefits will not be paid to you for the condition for which you received medical treatment, consultation, care, or services, or took prescription medication or had medications prescribed.

For contact information, [click here](#).

*Eligible pay may include commissions for Refreshment Services route drivers.

After Enrolling...

Shortly after you enroll, you will receive a confirmation statement at your home showing the coverages you elected and the amount you must pay for your elections. Review your confirmation statement carefully to make sure it accurately reflects your benefits choices. You have 14 days from the date printed on your benefits confirmation statement to make changes for 2018.



If there is a problem with the information on your confirmation statement, follow the instructions found on the confirmation statement, or call the Aramark Benefits Department immediately at **1-855-528-BENE (2363)** to speak with a Benefits Department Representative.



NOTE: By submitting your enrollment on the Benefits Enrollment Website and Medical Benefits Portal, you are authorizing the applicable payroll deductions for the programs/plans that require you to make a contribution for coverage, including any premiums related to smoker status and/or a working spouse (if applicable). In the event your wages in any pay period are insufficient to cover the entire amount of the insurance premium deductions, you authorize Aramark to deduct any remaining unpaid insurance premium amounts in future pay periods until paid in full. You also are consenting to the release of necessary health care information from your providers to the insurance companies as it relates to the management and processing of any claims. You also authorize Aramark to permit its Business Associates and Disability Administrators to share information related to your benefit claims or those of your dependent(s) for the purpose of case management and statistical analysis and to use your personal information for administration and payroll purposes. All data will be handled in accordance with state and federal regulations to protect privacy. Aramark will not have direct access to individual claims information but will receive aggregated claims data from Business Associates or Disability Administrators.

Key Contacts

Aetna	Before you're a member (preview site): https://ah2018si.myhealthbenefitschoice.com Once you're a member (website): https://www.aetna.com Phone number: 1.855.496.6289
Cigna	Before you're a member (preview site): http://www.cigna.com/aonactivehealth-withyou-2018 Once you're a member (website): https://my.cigna.com Phone number: 1.855.694.9638
CVS Caremark	Member website (preview site): http://info.caremark.com/aramark Member website: www.caremark.com Phone number: 1.866.231.8569
Dean / Prevea360 (generally available in WI)	Before you're a member (preview site): http://aon.deanhealthplan.com Once you're a member (website): http://aon.deanhealthplan.com Phone number: 1.877.232.9375
Geisinger (generally available in Central PA)	Before you're a member (preview site): https://geisinger.org/aon Once you're a member (website): https://www.geisinger.org/member-portal Phone number: 1.844.390.8332
Health Net (generally available in AZ, CA, OR, and WA)	Before you're a member (preview site): https://www.healthnet.com/myaon Once you're a member (website): https://www.healthnet.com/myaon Phone number: 1.888.926.1692
HMSA	Before you're a member (preview site): http://www.hmsa.com/aon-hewitt Once you're a member (website): https://members.hmsa.com Phone number: 1.800.651.4672
Independence Blue Cross	Before you're a member (preview site): https://www.ibx.com/aonsf Once you're a member (website): https://www.ibx.com/login Phone number: 1.855.438.2583
Kaiser Permanente (formerly Group Health in WA)	Before you're a member (preview site): https://kp.org/wa/aonactivehealth Once you're a member (website): https://wa-member.kaiserpermanente.org Phone number: 1.855.407.0900
Kaiser Permanente (generally available in CA, CO, DC, GA, MD, VA, OR, and southwest WA)	Before you're a member (preview site): http://www.kp.org/aonhewitt Once you're a member (website): http://www.kp.org Pre-enrollment phone number: 1.877.580.6125 CA Post-enrollment phone number: 1.800.464.4000 CO Post-enrollment phone number: 1.303.338.3800 GA Post-enrollment phone number: 1.404.261.2590 DC, MD, VA Post-enrollment phone number: 1.800.777.7902 OR and southwest WA Post-enrollment phone number: 1.800.813.2000
Kaiser Permanente (HI)	Before you're a member (preview site): http://www.kp.org/aonhewitt Once you're a member (website): http://www.kp.org Pre-enrollment phone number: 1.877.580.6125 Post-enrollment phone number: 1.808.432.5955
UnitedHealthcare	Before you're a member (preview site): http://welcometouhc.com/aon2 Once you're a member (website): http://myuhc.com Phone number: 1.888.297.0878
UPMC Health Plan (generally available in Western PA)	Before you're a member (preview site): https://www.upmchealthplan.com/aon Once you're a member (website): https://www.upmchealthplan.com/members Phone number: 1.844.252.0690

Key Contacts (continued)

PRESCRIPTION DRUG

CVS Caremark

(For Aetna, Independence Blue Cross, UnitedHealthcare and Cigna participants)

Phone: **1-866-231-8569**

Website: www.caremark.com

DENTAL

Delta Dental

Phone: **1-800-932-0783**

Website: www.deltadentalins.com

Plan Group #2497

To locate network providers, go to www.deltadentalins.com.

Check for providers under Delta Dental PPO (for the greatest savings) and/or Delta Dental Premier® Plans (for the largest access)

VISION AND HEARING AIDS

VSP Plan

Phone: **1-800-877-7195**

Website: www.vsp.com

Plan Group #12221565

To locate network providers, go to: www.vsp.com

Select your network – Choose VSP Choice

Vision Savings Pass

Phone: **1-800-877-7195**

Website: www.vsp.com

Plan Group #12313941

VSP TruHearing Hearing Aid Discount Program

Phone: **1-844-228-5415**

Website: vsp.truhearing.com

www.mybenefits.aramark.com or <https://aramark.benefitcenter.com>

CANCER ADVOCACY PROGRAM

Robin Care

Phone: **1-855-MYROBIN (697-6246)**

Website: www.getrobincare.com/aramark

DIABETES MANAGEMENT PROGRAM

Livongo

Phone: **1-800-945-4355**

Website: <https://welcome.livongo.com/aramark>

SHORT-TERM DISABILITY

Sedgwick

Phone: **1-855-560-4048**

LONG-TERM DISABILITY

Cigna

(for claims on or after January 1, 2018)

Phone: **1-800-36-CIGNA (24462)**

LIFE AND ACCIDENT

Aramark Benefits Department

Phone: **1-855-528-BENE (2363)**

Website: www.aramark.net/aramarkbenefits

FLEXIBLE SPENDING ACCOUNTS (FSAs)

UnitedHealthcare

Phone: **1-800-331-0480**

Website: www.myuhc.com

HEALTH SAVINGS ACCOUNTS (HSAs)

Aramark Benefits Department

Phone: **1-855-528-BENE (2363)**

Website: www.aramark.net/aramarkbenefits

EMPLOYEE ASSISTANCE PROGRAM (EAP)

Cigna Behavioral Health

Phone: **1-888-636-6717**

Website: www.cignabehavioral.com

PERSONAL PLANS

Mercer Voluntary Benefits

Phone: **1-800-642-5746**

Website: www.aramarkpersonalplans.com

BENEFITS QUESTIONS

Aramark Benefits Department

Phone: **1-855-528-BENE (2363)**

Website: www.aramark.net/aramarkbenefits

This Guide is a brief summary of the Aramark Benefits Program for eligible associates. The Guide describes certain key features of the Program but does not provide detailed information. While we have made every attempt to ensure the accuracy of the information in this Guide, if there is any discrepancy between this Guide and the official plan contracts and documents, the plan contracts and documents will rule. In addition, this Guide does not constitute or imply a contract of employment, nor does it guarantee the continuation of this benefit program. Aramark reserves the right to change, amend, or terminate its plans at any time for any reason.



AFFORDABLE CARE ACT—SECTION 1557 REQUIREMENTS

Under Section 1557 of the Affordable Care Act (ACA), Aramark complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, national origin, age, disability, or sex. Covered entities are required to post notices of nondiscrimination and taglines that alert individuals with limited English proficiency (LEP) to the availability of language assistance services.

Taglines Informing Individuals with Limited English Proficiency of Language Assistance Services

Spanish (Español): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-528-BENE (2363)**.

Chinese (繁體中文): 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-528-BENE (2363)**。

Filipino (Tagalog): Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-855-528-BENE (2363)**.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-528-BENE (2363)**.

French (Français): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-855-528-BENE (2363)**.

Korean (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-528-BENE (2363)** 번으로 전화해 주십시오.

German (Deutsch): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-855-528-BENE (2363)**.

Arabic (العربية):

مقرب لصتا. ن اجم ل اب كل رفاوتت ةي وغل لل ةدع اسم ل تامدخ ن اف ، ةغل لل ركذا ثدحتت تنك اذا : ةظوح لم
1-855-528-BENE (2363)

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-528-BENE (2363)**.

French Creole (Kreyòl Ayisyen): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-855-528-BENE (2363)**.

Italian (Italiano): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-855-528-BENE (2363)**.

Portuguese (Português): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-855-528-BENE (2363)**.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-855-528-BENE (2363)** पर कॉल करें।

Polish (Polski): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-855-528-BENE (2363)**.

Japanese (日本語): 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-855-528-BENE (2363)** まで、お電話にてご連絡ください。



PROTEJA

SALUD FAMILIA FINANZAS FUTURO

Guía de planificación e inscripción para beneficios de 2018

Empleados por horas

Esta Guía de Inscripción sirve como su Resumen de Modificaciones Esenciales (SMM) y describe los cambios a sus beneficios médicos para el año del plan 2018.



La inscripción en un plan de beneficios de Aramark es completamente voluntaria. Aramark no exige que los asociados se inscriban en un plan de beneficios de Aramark.



Haga clic en “**Regresar al menú principal**” en la parte inferior de cada página para volver aquí.

Índice

Haga clic aquí para la versión en español

	PÁGINA
Prepárese para inscribirse	2 – 4
Cómo inscribirse	5
A quiénes puede cubrir	6
Beneficios automáticos	7 – 10
Beneficios opcionales	11
Cobertura médica	12 – 22
Cobertura de medicamentos de receta	23 – 24
Cobertura médica – California	25 – 34
Cobertura de medicamentos de receta – California	35 – 36
Cobertura médica – Hawái	37 – 40
Cobertura de medicamentos de receta – Hawái	41
Compañías de seguros de cobertura médica	42 – 44
Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare	45
Cuidado preventivo	46
Plan dental	47
Plan de la vista	48
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Atención Médica	49
Cuenta de Ahorros de Atención Médica (HSA)	50 – 51
Cobertura de discapacidad	52
Después de inscribirse	53
Contactos clave	54 – 55



Prepárese para inscribirse

¿Cuándo puede inscribirse?

Usted puede añadir, suspender o cambiar los beneficios de salud y bienestar, o inscribir (o dar de baja) a sus dependientes:

- Cuando usted es contratado inicialmente;
- Cuando usted es recién elegible;
- Durante el período de Inscripción Anual en el otoño;
- Si usted tiene un “**cambio de situación calificado**” o un derecho de inscripción especial bajo HIPPA.

Sus 4 opciones de cobertura médica (todavía aplican las reglas de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA))

1. Inscribese para **cobertura provista por Aramark a través del Intercambio Médico Activo de Aon**. Esta Guía de Inscripción proporciona la información que usted necesita para seleccionar sus beneficios para 2018 y completar su inscripción en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios en <https://aramark.benefitcenter.com>. Allí es donde usted también puede ver los costos y cuánto Aramark aporta para su cobertura y tener acceso a Preguntas Frecuentes (FAQ).



NOTA: El Sitio Web de Inscripción para Beneficios no está disponible durante el mantenimiento programado de lunes a sábado, entre 3:00 a.m. y 6:00 a.m. (Hora del Este) y el domingo entre 12:00 a.m. (medianoche) y 7:00 a.m. (Hora del Este). El Portal de Beneficios Médicos no está disponible durante el mantenimiento programado los domingos, entre 6:00 a.m. y 9:00 a.m. (Hora del Este).

2. Inscribese para cobertura a través de un **intercambio estatal o federal**. Visite www.HealthCare.gov para información acerca de un Mercado de Seguro Médico en su área. Puede haber ayuda de primas gubernamental disponible para algunas personas.
3. Inscribese para cobertura a través de **Medicaid**, si satisface los requisitos de elegibilidad de ingresos de su estado. Muchos programas estatales se han ampliado y están ofreciendo cobertura a más personas. Visite www.medicaid.gov.
4. **No se inscriba para cobertura**. Pagará una cuota cuando presente su declaración federal de impuestos para 2018. Visite www.HealthCare.gov para obtener más información.

Medicaid y el Programa de Seguro Médico de Menores (CHIP) ofrecen cobertura gratis o de costo bajo a los menores y sus familias

Si usted es elegible para cobertura médica de Aramark pero carece de recursos para pagar las primas, algunos estados tienen programas de ayuda de primas que pueden ayudar a pagar la cobertura. Estos estados usan fondos de sus programas Medicaid o CHIP para ayudar a las personas elegibles para cobertura médica patrocinada por el empleador, pero que necesitan ayuda para pagar sus primas médicas. Para más información, consulte [el Aviso CHIP](#).

Usted debe inscribirse para asegurar que tenga cobertura médica y de medicamentos de receta para 2018

Si usted no se inscribe durante la inscripción anual, su cobertura médica actual terminará el 31 de diciembre de 2017.

Para inscribirse, visite el Sitio Web de Inscripción para Beneficios de Aramark en <https://aramark.benefitcenter.com>, inicie sesión y seleccione el enlace “Enroll in Medical” [Inscribirse en cobertura médica]. Durante el proceso de inscripción usted tendrá que:

- Inscribir a los dependientes elegibles que desea cubrir en 2018 bajo sus beneficios médicos.
- Elegir la aseguradora que desea para sus beneficios médicos de 2018.
- Seleccionar el nivel de cobertura médica que desea: Bronze Plus, Silver o Gold.
- Repasar o inscribirse para el resto de sus beneficios (p. ej., dental, de la vista, discapacidad y seguro de vida). Cerciorarse de confirmar la cobertura de sus dependientes para estos planes, ya que son independientes de la inscripción en el plan médico.
- Indicar su condición de fumador y de su cónyuge que trabaja. Usted no puede completar su inscripción sin indicar su condición de fumador y de su cónyuge que trabaja.



NOTA: La inscripción en el Plan de jubilación es un proceso separado. Usted recibirá por correo en su hogar información sobre el Plan de jubilación en el momento en que sea elegible. Si tiene preguntas sobre el Plan de jubilación, comuníquese con Fidelity Investment Services llamando al **1-877-236-9472** o visite www.401k.com.

Prepárese para inscribirse (continuación)

¿Qué es un cambio de situación calificado?

Un cambio de situación calificado es un evento significativo en su vida que puede afectar sus necesidades de beneficios. Usted puede hacer cambios aplicables a su cobertura de beneficios si experimenta cualquiera de los siguientes cambios de situación calificados:

- se casa legalmente, celebra una unión civil o cumple los requisitos de una relación de pareja doméstica;
- se divorcia, tiene una anulación o termina una relación de pareja doméstica;
- experimenta el nacimiento, adopción o asume la tutela legal de un niño;
- su cónyuge/pareja doméstica o hijo muere;
- el empleo comienza o termina para usted, su cónyuge/pareja doméstica o dependiente;
- usted o su cónyuge/pareja doméstica o dependiente experimenta un cambio de sitio de trabajo; un cambio de residencia; un aumento o reducción de las horas de empleo; o comienza o termina un permiso de ausencia sin pago, huelga o cierre patronal; o
- su dependiente satisface o deja de satisfacer los requisitos de cobertura por haber cumplido cierta edad o cualquier circunstancia similar dispuesta por el plan.

Adicionalmente, bajo el Código de Rentas Internas, su cambio de cobertura debe corresponder y ser coherente con un evento de cambio de situación. La dificultad económica no es un cambio de situación calificado.

Recuerde que si se inscribe en un plan médico de Aramark y más tarde durante el año desea cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (el programa de intercambio del gobierno), eso **no** se considera como un cambio de situación calificado y no podrá suspender la cobertura de Aramark hasta el próximo período de Inscripción Anual.

A fin de cambiar su cobertura debido a uno de los eventos enumerados, usted debe iniciar su cambio a través del Sitio Web de Inscripción para Beneficios, <https://aramark.benefitcenter.com>, o llamando al Departamento de Servicios de Beneficios de Aramark al **1-855-528-BENE (2363)** **dentro de un plazo de 31 días después del evento o dentro de un plazo de 60 días después de un divorcio o disolución de una relación de pareja doméstica.**

También ocurre un cambio de situación calificado si:

- usted o sus dependientes pierden la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro Médico de Menores (CHIP) como resultado de una pérdida de elegibilidad para dicha cobertura, y usted solicita la inscripción dentro de los 60 días después de dicha pérdida de cobertura; o
- usted o sus dependientes adquieren elegibilidad para un subsidio de asistencia de primas bajo Medicaid o CHIP y usted solicita la cobertura dentro de los 60 días después de la fecha de determinación de elegibilidad.



NOTA: Los recién nacidos son elegibles para cobertura en la fecha de su nacimiento. Los recién nacidos deben inscribirse en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios **dentro de los 31 días** después de nacer a fin de quedar cubiertos bajo el Plan. Si no se inscribe al hijo dentro de los 31 días después del nacimiento, es posible que los cargos/servicios provistos al recién nacido no estén cubiertos bajo el plan durante los primeros 31 días después de nacer y posteriormente.

Fechas efectivas de la cobertura

Para la Inscripción Anual:

- Las inscripciones o cambios sometidos durante el período de Inscripción Anual del otoño de 2017 entran en vigor el 1 de enero de 2018.

Para empleados nuevos y empleados inicialmente elegibles:

- Para inscripciones que tienen lugar en otros momentos durante el año (p. ej., para empleados nuevos), por lo general la fecha efectiva de la cobertura es el primer día del mes después de un mes calendario completo de servicio, siempre que se inscriba durante el período especificado en su Carta de Inscripción.

Durante los últimos tres meses del año calendario, los empleados nuevos tendrán que inscribirse dos veces: una vez para los meses restantes del año en curso (2017) y nuevamente para la cobertura que entra en vigor el 1 de enero de 2018. Usted recibirá dos carpetas de comunicaciones de inscripción: una para el año en curso (2017) y otra para el año calendario 2018. Cerciérese de repasar ambas carpetas de materiales. Sus opciones de cobertura médica y sus costos serán diferentes para 2017 y 2018. Sus demás opciones de cobertura de beneficios y costos también pueden ser diferentes de un año a otro.



Prepárese para inscribirse (continuación)

¿Cuáles beneficios están disponibles para usted?

Las secciones a continuación proporcionan resúmenes breves de los beneficios para 2018. Sírvase tomar nota que los beneficios pueden variar según el lugar, y que es posible que no todos los beneficios indicados estén disponibles para usted. Consulte el Sitio Web de Inscripción para Beneficios para determinar los beneficios a los que tiene derecho. Algunos beneficios son automáticos (pagados en su totalidad por la compañía, no se requiere inscripción). Otros beneficios son opcionales (usted aporta hacia el costo y debe hacer una elección de inscripción y autorizar deducciones de nómina si desea participar). **Los beneficios de empleados determinados por un convenio laboral colectivo en vigor en el lugar varían de un lugar a otro. Cualquier pregunta sobre la elegibilidad o beneficios para los empleados amparados bajo un convenio laboral colectivo debe dirigirse a su gerente local.**

¡Mantenga al día la información de sus beneficiarios!

Si usted es un empleado nuevo, debe designar un beneficiario cuando sea elegible para la cobertura de seguro de vida. Cuando se inscriba para beneficios, se le indicará que complete un formulario de designación de beneficiario en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios. Si desea actualizar una designación de beneficiario existente, lo puede hacer a través del Sitio Web de Inscripción para Beneficios. Si no hay beneficiario designado en nuestros expedientes, los beneficios serán pagados a sus sobrevivientes en el orden indicado abajo.

1. Cónyuge
2. Hijo(s)
3. Padre(s)
4. Hermano(s)
5. Caudal hereditario



Cómo inscribirse

Repasar

Repase la Carta de Inscripción y las Instrucciones de Inscripción en Línea que recibió en su hogar. La Carta incluye su ID de Empleado para acceder el Sitio Web de Inscripción para Beneficios.

Niveles de cobertura

Los siguientes cuatro niveles de cobertura están disponibles, dependiendo de las personas que inscriba:

- Empleado Solamente;
- Empleado más Cónyuge o Pareja Doméstica;
- Empleado más Hijo o Hijos (sin importar cuántos hijos inscriba);
- Empleado más Familia (lo que significa usted mismo, su cónyuge/pareja doméstica y por lo menos un hijo).

Ingresar

Ingresa al **Sitio Web de Inscripción para Beneficios** desde cualquier computadora o dispositivo móvil que tenga una conexión a Internet. Hay dos formas de acceder al sitio web:

1. Visite <https://aramark.benefitcenter.com> (Nota: sin "www") y entre su **ID de Empleado y PIN temporal**. Su ID de Empleado aparece en la Carta de Inscripción. (También puede encontrarla en la parte superior de su declaración de pago).
 - Si es la primera vez que se está inscribiendo, se ha establecido un PIN temporal para usted usando su **fecha de nacimiento de seis dígitos en el formato MMDDAA**. Por ejemplo, si su fecha de nacimiento es el 15 de junio de 1979, su PIN temporal es 061579. Después que entre su PIN temporal, se le indicará que establezca un PIN permanente.
 - Si se ha inscrito antes, use el mismo PIN que usó la última vez que accedió al sitio. Si no se acuerda de su PIN, haga clic en "I forgot my PIN" [se me olvidó el PIN] y se le indicará que establezca otro nuevo.
2. A través de www.aramark.net/aramarkbenefits. Haga clic en el símbolo "Enroll Now" [Inscribirse ahora].

Inscribirse

Una vez que haya accedido al Sitio Web de Inscripción para Beneficios, habrá dos pasos clave que debe completar:

1. Inscribirse para su cobertura médica/ de medicamentos de receta de 2018, conectándose al Portal de Beneficios Médicos, que se abrirá en una ventana nueva; y
2. Inscribirse para sus demás beneficios (p. ej., dental, de la vista, etc.) cerrando el Portal de Beneficios Médicos y haciendo sus elecciones en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios. Las opciones de beneficios de 2018 a su disposición y sus costos aparecerán en el sitio web.

Nota: Cuando usted se inscribe, está autorizando a Aramark a deducir de su sueldo las primas de seguro aplicables, incluyendo cualquier prima de seguro relacionada con la condición de fumador y/o de un cónyuge que trabaja (si es aplicable). En caso de que sus ingresos en cualquier período de sueldo sean insuficientes para cubrir la cantidad total de sus deducciones de primas de seguro, usted autoriza a Aramark a deducir cualquier saldo de la cantidad de las primas de seguro sin pagar en períodos de sueldo futuros hasta que se liquide totalmente.

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

A quiénes puede cubrir

Los siguientes son elegibles para cobertura bajo los mismos planes médicos, de medicamentos de receta, dentales y de la vista de Aramark en los cuales usted está inscrito:

Cónyuge

Usted puede inscribir a su cónyuge (del mismo sexo o del sexo opuesto) o su cónyuge de hecho (common-law spouse), si se reconoce en el estado en el cual residió en el momento de dicho matrimonio.

Pareja doméstica

Usted puede inscribir a una pareja doméstica para cobertura si:

- usted y su pareja doméstica cumplen todos los requisitos de una relación de declaración jurada; o
- usted y su pareja doméstica han celebrado una unión civil; o
- usted y su pareja doméstica han satisfecho los requisitos estatales o locales aplicables a parejas domésticas y han registrado su relación de pareja doméstica en su registro local de parejas domésticas.

Cuando se inscriba, usted debe certificar en línea a su pareja doméstica y/o a los hijos de ésta. Si usted no certifica en línea, debe llenar el “Formulario de Declaración Jurada de Relación de Pareja Doméstica y de Dependiente”. Este formulario puede encontrarse en www.mybenefits.aramark.com bajo “Forms” [Formularios]. Los beneficios proporcionados a una pareja doméstica están sujetos a impuestos, salvo que usted llene el “Formulario de Declaración Jurada de Dependencia Tributaria Legal.”

Hijos

- Usted puede inscribir a su(s) hijo(s) hasta los 26* años de edad, inclusive:
 - hijos biológicos;
 - hijos legalmente adoptados (inclusive los colocados con usted antes de la adopción);
 - hijastros;
 - hijos de una pareja doméstica (si la pareja doméstica también está inscrita); y
 - menores de los cuales usted es el tutor legal.
- Usted puede inscribir a sus hijos de 26 años de edad o mayores, física o mentalmente discapacitados y que dependen de usted por el 50% por lo menos de su sustento.

***Si está inscrito, la cobertura permanece en vigor hasta el final del mes en el cual el hijo cumple 26 años de edad.**

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



NOTA: Aramark solicitará constancia de su matrimonio legal, unión civil o registro de relación de pareja doméstica. Si no se somete la certificación/documentación apropiada dentro del periodo designado, la cobertura de sus dependientes no será procesada y usted tendrá que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción anual o hasta que experimente un cambio de situación calificado para añadir a sus dependientes.

Prima de cónyuge que trabaja

Si usted está inscribiendo a su cónyuge o pareja doméstica en cobertura médica a través de Aramark, usted debe contestar “Sí” o “No” en el Portal de Beneficios Médicos para indicar si él o ella tiene disponible otra cobertura médica ofrecida por un empleador. Las primas para cubrir a cónyuges/parejas domésticas que tienen otra cobertura médica disponible son \$25 mensuales más altas que las primas de los que no tienen ninguna otra cobertura. La prima adicional se aplica a todo el año 2018; no puede cambiarse cuando se haya cerrado la inscripción anual. Este cargo aparecerá en su comprobante de pago como “WSPREM”. Esta prima adicional no se aplica si su cónyuge o pareja doméstica está recibiendo beneficios de Medicare o militares o si es un asociado de Aramark.

NOTA: Las primas se deducen antes de impuestos y generalmente no pueden suspenderse a mitad de año.

Verificación de dependientes

Aramark realiza auditorías regulares de todos los dependientes, a fin de asegurar la elegibilidad correcta para la cobertura médica, dental y de la vista y la cobertura de cónyuge/pareja doméstica de seguro de vida opcional. Durante una auditoría, se le pedirá que proporcione constancia de su elegibilidad, por ejemplo, copias de licencias de matrimonio, certificados de nacimiento, etc. La falta de hacerlo dentro del periodo especificado conducirá a la cancelación de la cobertura del dependiente, y sus dependientes no podrán continuar la cobertura bajo COBRA. Si usted añade cualquier dependiente nuevo durante la Inscripción Anual, se le exigirá proporcionar constancia de su elegibilidad. Cerciérese de repasar los dependientes que está cubriendo para asegurar que satisfagan las reglas de elegibilidad, y termine la cobertura de cualquier persona no elegible.

Asimismo, usted **debe** proporcionar un número de Seguro Social válido para cualquier dependiente que desea inscribir.

Beneficios automáticos

Usted no tiene que inscribirse para los beneficios pagados por la compañía enumerados, si se ofrecen en su lugar. **No obstante, usted debe designar un beneficiario para el seguro de vida y accidentes a través del Sitio Web de Inscripción para Beneficios en <https://aramark.benefitcenter.com>.**

Seguro de Vida Básico

- El importe de la cobertura se indica en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios.
- Recuerde actualizar a su beneficiario.

Seguro Básico de Muerte y Desmembramiento Accidentales (AD&D)

- El importe de la cobertura se indica en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios.
- Los beneficios de desmembramiento se basan en la naturaleza de su pérdida.
- Recuerde actualizar a su beneficiario.

Apoyo para padres de niños con discapacidades del desarrollo

¿Tiene su hijo/a una discapacidad del desarrollo? Como asociado de Aramark usted puede aprovechar un beneficio sin costo que ayudará a su hijo/a a alcanzar su máximo potencial. El recurso Rethink (Reconsideración) ofrece un programa innovador que pone en sus manos las mejores prácticas clínicas.

- Comuníquese con su hijo/a más eficazmente
- Enseñe a su hijo/a destrezas críticas
- Reduzca los problemas de comportamiento
- Colabore fácilmente con el equipo de atención de su hijo/a
- Obtenga ayuda a través del Centro de Apoyo de Padres de Rethink
- Hable con un terapeuta profesional del comportamiento
- Obtenga acceso en línea a un currículo integral de tratamiento
- Aprenda mediante 1,500 pasos simples de enseñanza basados en video
- Aprenda y use las estrategias comprobadas del Análisis del Comportamiento Aplicado (ABA)

Visite <http://aramark.rethinkfirst.com> para inscribirse y aprender más.

Consejo para una vida saludable

Su Programa de Asistencia a Empleados (EAP) es gratis, confidencial y disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Los servicios están disponibles para usted y cualquier miembro de su hogar. Ya sea que se trate de obtener consejería para un problema personal, buscar cuidado de calidad para niños o personas mayores o localizar información sobre ayuda económica universitaria, su EAP puede ayudar. Llame a Cigna Behavioral Health sin cargo al **1-888-636-6717**.



¡NUEVO! Programa de defensa para el cáncer

Vivir con cáncer es complicado. **Robin** es la manera más simple de recibir consejos y apoyo 24/7. Robin crea un programa personalizado para ayudarle a controlar su vida con cáncer. Comparta su plan de cuidado y otros documentos tan solo tomando una foto, y nosotros haremos lo demás.

Con Robin, usted puede:

- Hablar o enviar mensajes de texto a un experto 24/7
- Organizar su travesía con el cáncer en un solo lugar
- Llevar seguimiento de sus síntomas
- Obtener información y asesoría personalizadas

Visite www.getrobincare.com/aramark.

Descargue la aplicación en la App Store o en Google Play.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda para inscribirse? Llame a **Robin Care** al **1-855-MYROBIN (697-6246)**.

Nota: El programa se ofrece a los asociados **que están inscritos** en un plan médico de Aramark estándar.

¡NUEVO! Programa de control de diabetes

El **programa Livongo for Diabetes** es un nuevo beneficio de salud totalmente pagado por Aramark, que facilita la vida con la diabetes.

Si usted tiene diabetes, estos son los beneficios clave:

- **La tecnología más reciente.** Usted recibirá el medidor conectado a Livongo, que carga las lecturas de glucosa en su sangre, con lo cual las bitácoras son una cosa del pasado. También recibirá consejos personalizados a través del medidor y la aplicación para móviles.
- **Tiras de prueba ilimitadas sin costo.** Reciba tantas tiras de prueba y lancetas como necesita, enviadas directo hasta su puerta, sin costos ni copagos ocultos.
- **Asesoría en cualquier momento y en cualquier lugar.** Asesores y educadores de diabetes certificados de Livongo, quienes le pueden ayudar con cambios en su nutrición y estilo de vida.

Visite welcome.livongo.com/aramark. Use “aramark” como el código de registro si no se llena previamente.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda para inscribirse? Llame al centro de apoyo a miembros de Livongo al **1-800-945-4355**.

Nota: El programa se ofrece a los asociados que son elegibles para los beneficios médicos estándar de Aramark. **NO es necesario que los asociados estén inscritos** en un plan médico de Aramark. Los asociados de tiempo parcial y miembros del sindicato son elegibles únicamente si la ubicación extiende los beneficios médicos estándar de Aramark a estos asociados.



Pase de Ahorros de la Vista de VSP

SERVICIO	PRECIOS REDUCIDOS Y AHORROS
WellVision Exam®	• \$50 con la compra de un par completo de lentes graduados y armazones • 20% de descuento sin compra • Una vez por año calendario
Examen de la retina	Precio garantizado con WellVision Exam, no superior a \$39
Lentes	Con la compra de un par completo de lentes graduados y armazones: • Visión sencilla \$40 • Bifocales con línea \$60 • Trifocales con línea \$75 • Policarbonato para niños \$0
Mejoras de lentes	Promedio de ahorros del 20 al 25% en mejoras de lentes tales como progresivos, resistentes a ralladura y revestimiento anti-reflectante
Armazones	25% de ahorro con la compra de un par completo de lentes graduados y armazones
Gafas de sol	20% de ahorro en un número ilimitado de gafas de sol no graduadas de cualquier médico de VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último WellVision Exam
Lentes de contacto	15% de ahorro en examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación)
Corrección de la vista con láser	Promedio de 15% de descuento sobre el precio regular o 5% de descuento sobre el precio promocional; descuentos solamente disponibles en establecimientos contratados

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

Programa de Descuento de Audífonos VSP TruHearing

- Ahorre hasta \$2,400 en un par de audífonos digitales
- Tres visitas al proveedor para adaptación, ajustes y limpiezas
- Garantía de devolución de dinero de 45 días
- Tres años de garantía del fabricante para reparaciones y una sola vez por pérdida y daño
- 48 pilas por audífono por año
- Acceso a una red nacional de más de 4,500 profesionales de audífonos licenciados
- Grandes descuentos en pilas de reemplazo embarcadas directamente a su hogar

Busque más detalles en vsp.truhearing.com o llame al **1-844-228-5415**.

Como empleado de Aramark, usted y sus dependientes son elegibles automáticamente para descuentos en ciertos servicios y productos del cuidado de la vista y la audición a través del Pase de Ahorros de la Vista de VSP y del Programa de Descuento de Audífonos TruHearing. **No necesita estar inscrito en el plan de la vista para poder recibir estos descuentos.** Cuando acuda con un oculista del VSP, identifíquese como miembro del VSP a través de Aramark. Usted puede usar el Pase de Ahorros de la Vista de VSP con la frecuencia que desee durante el año.



Apoyo para el cuidado de adultos mayores

Soluciones para los cuidadores

A través de las “Soluciones para los cuidadores” de Optum, los asociados son elegibles para una evaluación completa o servicios de administración del cuidado en el sitio para ayudar a cuidar a un familiar, amigo o vecino. Habrá disponibles horas y servicios adicionales a tarifas reducidas.

Paquete de evaluación en el sitio

- Evaluación del entorno de vida (Enfermero Registrado)
- Evaluación para demencia y depresión, seguridad en el hogar, cumplimiento con los medicamentos
- Desarrollo de un plan de atención personalizado
- Identificación de fuentes de pagos (plan médico, recursos comunitarios, etc.)
- Revisión de los resultados con la familia

Servicios de administración del cuidado por horas

- Mantenerse al tanto de un ser querido
- Representación ante proveedores de atención médica o compañías de seguro
- Ofrece al cuidador asesoramiento y recomendaciones del cuidado
- Ofrece a la familia mediación e intervención de crisis

Para más información, visite UHCforCaregivers.com/fss (use la identificación de afiliación **fss** cuando cree su cuenta) o llame al **1-866-463-5337**.

Programa de Descuento VSP TruHearingAid (consulte la página anterior)

- Ahorre hasta \$2,400 en un par de audífonos digitales
- Tres visitas al proveedor para adaptación, ajustes y limpiezas
- 38 pilas gratis

Para más información, visite vsp.truhearing.com o llame al **1-844-228-5415**.

Programa de Asistencia a Empleados (EAP) (consulte la página 7)

Consejería, artículos y recursos para:

- La enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades relacionadas con la edad
- Manejo de medicamentos
- Medicare y Medicaid
- Opciones de vivienda y atención en el hogar

Para más información, visite www.cignabehavioral.com, entre usando “aramark” como su identificación de empleador y vaya a **Recursos de Trabajo/Vida**. O llame al **1-888-636-6717**.



Beneficios opcionales

Los beneficios indicados abajo exigen que usted se inscriba si desea participar. La inscripción en cualquiera de estos beneficios es totalmente voluntaria.

- Médico (inclusive medicamentos de receta)
- Dental
- De la vista
- Seguro de Discapacidad de Corto Plazo (STD)
- Seguro de Discapacidad de Largo Plazo (LTD)
- Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica
- Cuenta de Ahorros de Atención Médica (si se está inscribiendo en un Plan Médico Bronze Plus)

* Puede estar sujeto a Evidencia de Asegurabilidad.

Beneficio de pasajero interurbano

Ahorre hasta el 40%, pagando los gastos de transporte público y/o de estacionamiento a través de deducciones de nómina antes de impuestos.

- Autobús, ferrocarril, tranvía, tren subterráneo, trasbordador o taxi acuático
- Viaje compartido (*vanpool*)
- Estacionamiento en o cerca del trabajo o cerca del transporte público

Para más información, o para inscribirse, llame a WageWorks al **1-877-924-3967** o visite www.wageworks.com.

Beneficios voluntarios

Aramark también ofrece los siguientes beneficios voluntarios a tarifas descontadas o colectivas a través del Programa PersonalPlans administrado por Mercer Health and Benefits Administration LLC (Beneficios Voluntarios de Mercer):

- Seguro de automóvil y residencial
- Servicios de protección y restauración de robo de identidad
- Seguro de animales domésticos
- Descuentos Working Advantage

Para información sobre elegibilidad y los beneficios disponibles, consulte la sección titulada PersonalPlans en www.mybenefits.aramark.com o www.aramarkpersonalplans.com.



Cobertura médica

	OPCIÓN BRONZE PLUS	OPCIONES SILVER Y GOLD
Tipo de plan	Plan de alto deducible que cubre atención médica fuera y dentro de la red.	Planes PPO que cubren atención médica fuera y dentro de la red.
¿Paga ahora o más tarde? NOTA: Vea el deducible y los máximos de gastos del bolsillo en las páginas 12 y 13.	Deducciones de sueldo más bajas; deducibles y máximos de gastos de bolsillo más altos.	El plan Silver tiene deducciones de sueldo moderadas; deducibles y máximos de gastos del bolsillo moderados. El plan Gold tiene deducciones de sueldo más altas; deducible y máximo de gastos del bolsillo más bajos.
¿Ofrece acceso a una Cuenta de Ahorros de Atención Médica (HSA)? Vea cómo una HSA puede ayudarle a ahorrar dinero en la página 49.	Sí	No
¿Cómo están cubiertos los medicamentos de receta dentro de la red? NOTA: La cobertura de medicamentos de receta será proporcionada por la aseguradora médica que usted elige. Vea cómo esto le puede afectar en la página 22.	Usted paga el costo total hasta que alcance el deducible, y después paga el coaseguro hasta que alcance el máximo de gastos del bolsillo, y después no paga nada.	Usted paga un copago por todos los medicamentos de receta dentro de la red hasta que alcance el máximo de gastos de su bolsillo y después no paga nada.

¿Vive usted en California o Hawái?

Sus planes pueden ser un poco diferentes, dependiendo de la aseguradora que elija. Consulte las páginas 25-36 (California) o las páginas 37-41 (Hawái).

Considere el costo total

Cuando se inscribe, podrá ver qué aseguradora ofrece el menor costo para cada nivel de cobertura. También podrá ver la cantidad de aportación de Aramark.

Pero usted también tiene que considerar lo que tendrá que pagar durante todo el año (por ejemplo, copagos y deducibles) cuando necesite atención. Asegúrese de tomar en cuenta sus costos totales de atención médica al elegir el nivel de cobertura y la aseguradora que ofrezcan el balance correcto para usted y su familia.

¿Necesita asistencia?

Use la herramienta “Help Me Choose” [Ayuda para elegir] en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios.

¿Se requiere un médico de atención primaria?

Usted debe designar un médico de atención primaria si:

- Elige Kaiser Permanente como su compañía de seguros;
- Vive en el Norte de California y elige Health Net como su aseguradora; o
- Vive en el Sur de California y selecciona HealthNet Gold II.

Asequibilidad bajo la reforma de la atención médica

Según la Ley de Atención Médica Asequible (reforma de la atención médica), debe ofrecerse una opción de plan médico de bajo costo a los empleados en ciertos niveles de ingresos. **Aramark cumple con este requisito proporcionando precios asequibles a los asociados elegibles a través de la cobertura Bronze Plus de Empleado Solamente.**

Tenga en cuenta:

- Los cargos fuera de la red no contarán para su deducible anual dentro de la red ni para el máximo de gastos de su bolsillo. Lo mismo se aplica a los cargos dentro de la red: no contarán para su deducible anual fuera de la red ni el máximo de gastos de su bolsillo.
- Algunas aseguradoras en CA, CO, D.C., GA, HI, MD, OR, VA, y WA no cubren beneficios fuera de la red.



Cobertura médica (continuación)

Deducible anual

El deducible es lo que usted paga de su bolsillo antes de que su seguro empiece a pagar su parte de sus costos. Pero el modo en que funciona el deducible depende del nivel de cobertura que elige.

- El nivel de cobertura Bronze Plus** tiene un “deducible familiar real”. Esto significa que tiene que alcanzar todo el deducible familiar antes de que su seguro pague beneficios por los miembros de la familia cubiertos. En estos planes no hay “deducible individual” cuando usted tiene cobertura familiar. (Excepción: Si usted está cubierto por Health Net o Kaiser Permanente en California solamente, el nivel de cobertura Bronze Plus tiene un deducible tradicional.)
- Los niveles de cobertura Silver y Gold** tienen un deducible tradicional. Por ejemplo, en el plan Gold, una vez que un familiar cubierto alcance el deducible individual de \$600, su seguro empezará a pagar los beneficios por este familiar. Los cargos por todos los miembros de la familia cubiertos seguirán contando para el deducible familiar. Una vez que se alcance el deducible familiar, su seguro pagará beneficios para todos los miembros de la familia cubiertos.

Los copagos y los montos tomados de su sueldo para cobertura médica no aplican para el deducible anual.

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Deducible anual (Individual/familiar)	Dentro de la red: \$2,250/\$4,500 Fuera de la red: \$2,250/\$4,500 Es necesario alcanzar todo el deducible familiar dentro o fuera de la red antes de que el plan pague beneficios para cualquier familiar cubierto.	Dentro de la red: \$750/\$1,500 Fuera de la red: \$1,500/\$3,000	Dentro de la red: \$600/\$1,200 Fuera de la red: \$1,200/\$2,400

Las tablas presentadas quizás no toman en consideración cómo el plan cubre cualquier beneficio estipulado por el estado, su capacidad de administración de planes ni la aprobación del Departamento de Seguros del estado de los beneficios ofrecidos por el plan. Si tiene preguntas acerca de un beneficio específico, comuníquese con la aseguradora para recibir información adicional.



Cobertura médica (continuación)

Máximo anual de su bolsillo

El máximo anual de gastos de su bolsillo es el máximo que usted y sus familiares cubiertos tendrían que pagar en un año calendario por costos de atención médica. No incluye cantidades tomadas de su sueldo por cobertura de atención de salud o ciertos copagos bajo los planes Silver, Gold, y Platinum.

A continuación puede ver cómo funciona el máximo de gastos del bolsillo si tiene cobertura familiar:

- **El nivel de cobertura Bronze Plus tiene un “máximo de gastos de su bolsillo familiar real”.** Esto significa que tiene que alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo de toda la familia antes de que su seguro pague el costo total de los cargos cubiertos para cualquier familiar cubierto. En estos planes no hay “máximo de bolsillo individual” cuando usted tiene cobertura familiar. (Excepción: Si está cubierto por Health Net o Kaiser Permanente en California solamente, el nivel de cobertura Bronze Plus tiene un máximo de gastos de su bolsillo tradicional.)
- **Los niveles de cobertura Silver y Gold tienen un máximo de gastos de su bolsillo tradicional.** Una vez que un familiar cubierto alcance el máximo de gastos de su bolsillo *individual*, su seguro pagará el costo total de los cargos cubiertos para dicho familiar. Los cargos para todos los familiares cubiertos seguirán contando para el máximo de gastos de su bolsillo familiar. Una vez que se alcance el máximo de gastos de su bolsillo familiar, su seguro pagará el costo total de los cargos para todos los familiares cubiertos.



	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Máximo anual de gastos de su bolsillo (Individual/familiar)	Dentro de la red: \$3,575/\$7,150 Fuera de la red: \$10,000/\$20,000	Dentro de la red: \$5,000/\$10,000 Fuera de la red: \$10,000/\$20,000	Dentro de la red: \$3,500/\$7,000 Fuera de la red: \$7,000/\$14,000

Beneficio máximo de por vida ilimitado

Cada uno de los cuatro niveles paga beneficios de por vida ilimitados sin un máximo dentro de la red ni fuera de la red.

Cobertura médica (continuación)

Resumen de beneficios médicos

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Cuidado preventivo: Para ver una lista de servicios de cuidado preventivo que deben ser cubiertos por todos los planes de salud, visite https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits			
Examen físico anual, exámenes de niño sano, examen de mujer sana, incluyendo una prueba de Papanicolaou, mamografía, examen de densidad ósea, otros exámenes de cáncer, vacunaciones	Dentro de la red Cubierto al 100%, sin deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 100%, sin deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 100%, sin deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible

Vea los detalles

Este pretende ser un resumen de los servicios cubiertos más usuales que ofrecen las compañías de seguros. Si bien hemos hecho todo intento por asegurar la precisión de la información aquí contenida, si hubiera alguna discrepancia entre esta información y los contratos y documentos oficiales del Plan, éstos últimos regirán.

Para ver una comparación de los detalles de cada plan, cuando se inscriba en línea, marque las casillas al lado de los planes médicos que desea repasar y luego haga clic en **Compare** [Comparar] (debajo de las marcas). O bien, llame directamente a las aseguradoras.

Información resumida sobre los beneficios de salud

Para ayudarle a hacer una selección informada, debe consultar también el Resumen de beneficios y cobertura (SBC). Los SBC resumen la información importante acerca de todas sus opciones de cobertura de salud en un formato estándar para ayudarle a comparar. Estos SBC son requeridos por la ley de Reforma de la atención médica.

Los SBC estarán disponibles cuando se inscriba en los beneficios médicos en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios. Una copia en papel está disponible bajo petición, de forma gratuita, llamando al **1-855-528-BENE (2363)**.

Asistencia de idiomas de SBC

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-528-BENE (2363)**.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 **1-855-528-BENE (2363)**.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-855-528-BENE (2363)**.

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Visitas al consultorio del médico			
Visita al consultorio del médico de atención primaria	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$20 por visita al PCP Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Visita al consultorio del médico especialista	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$35 por visita al especialista Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Cuidados en hospital como paciente hospitalizado			
Habitación semiprivada y comidas	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Servicios de médicos y cirujanos para pacientes hospitalizados	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Radiografías y pruebas de laboratorio para pacientes hospitalizados	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Atención de pacientes ambulatorios			
Cirugía para pacientes ambulatorios <i>En un centro quirúrgico u hospital autónomo</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Radiografías y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Sala de emergencias – si no es ingresado <i>Debe ser una emergencia verdadera</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 80% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Copago de \$150 por visita, luego cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Copago de \$150 por visita, luego cubierto al 70% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 80% después del deducible dentro de la red
Centro de atención urgente	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Ambulancia	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 80% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 70% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 80% después del deducible dentro de la red
Equipo médico duradero <i>Se aplican las pautas de la aseguradora</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Atención alternativa			
Atención recetada en un centro de enfermería especializada sin custodia <i>Máximo anual de 120 días</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Cuidado de la salud en el hogar sin custodia <i>Límite anual de 120 visitas</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Cuidado de hospicio	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Servicios para personas transgénero*			
Cirugía de asignación/reasignación de género	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible** Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible**	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible** Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible**	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible** Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible**
Orientación de asignación/reasignación de género	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Copago de \$20 Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Terapia de reemplazo de hormonas	Dentro de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado Fuera de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado	Dentro de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado Fuera de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado	Dentro de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado Fuera de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado
Cirugía cosmética	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto
Inversión de cirugía de reasignación de género	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto

*Los beneficios varían por aseguradora debido a los mandatos estatales o las limitaciones administrativas. Dean / Prevea360 no proporciona servicios transgénero.

**Pueden aplicarse las pautas de la aseguradora.

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Servicios de planificación familiar/Maternidad			
Servicios de fertilidad <i>Sujeto a la estipulación estatal, el beneficio puede estar limitado a un máximo de \$15,000 (atención médica) y \$5,000 (medicamentos de receta) de por vida para todos los tratamientos de fertilidad (combinado dentro y fuera de la red)</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Costo compartido basado en el lugar del servicio Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Visitas al consultorio, antes y después del parto	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible por la primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global) Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible por la primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global)	In-network Cubierto al 70% después del deducible por la primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global) Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible por la primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global)	Dentro de la red Copago de \$20 por la primera visita al PCP; Copago de \$35 por la primera visita al especialista (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global) Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible por la primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global)
Parto en el hospital	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Guardería de recién nacidos	Dentro de la red Servicios preventivos cubiertos al 100%, se exime el deducible; se aplican costos compartidos adicionales para los servicios que no sean de rutina y/o cuando la estancia es superior al intervalo estándar para un parto normal Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Servicios preventivos cubiertos al 100%, se exime el deducible; se aplican costos compartidos adicionales para los servicios que no sean de rutina y/o cuando la estancia es superior al intervalo estándar para un parto normal Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Servicios preventivos cubiertos al 100%, se exime el deducible; se aplican costos compartidos adicionales para los servicios que no sean de rutina y/o cuando la estancia es superior al intervalo estándar para un parto normal Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Tratamiento alternativo			
Acupuntura	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Quiropráctico <i>Máximo de 20 visitas anualmente</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Terapia médica: máximo anual de 60 visitas/días combinado por terapia física, ocupacional y del habla			
Terapia física para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Terapia del habla para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible

Resumen de beneficios médicos (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Tratamiento de salud mental y abuso de sustancias			
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$20 por visita Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Copago de \$250 por ingreso, luego cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Copago de \$500 por ingreso, luego cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$20 por visita Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible

Cobertura de medicamentos de receta

Su elección de aseguradora médica importa

NUEVO para 2018: La cobertura de medicamentos de receta la proveerá CVS Caremark para Aetna, Cigna, Independence Blue Cross y United Healthcare (si recibe cobertura a través de Kaiser, HMSA, Healthnet o Geisinger, su cobertura de medicamentos de receta estará cubierta por su compañía de seguros médicos). Cada proveedor tiene sus propias reglas sobre cómo se cubren los medicamentos de receta. Necesita hacer su tarea para determinar cómo se cubrirán sus medicamentos antes de elegir una compañía de seguros médicos.

Cosas a tener en cuenta

Si usted o un familiar toma un medicamento con regularidad, se *recomienda encarecidamente* que **llame a la compañía de seguros médicos** antes de inscribirse. Solo tiene que decirles que está considerando un plan médico ofrecido por Aon Active Health Exchange, y que quiere saber cómo cubrirán sus medicamentos. Esta es una lista de preguntas a plantear:

- **¿Mi medicamento está en el formulario?** Un formulario es una lista de medicamentos genéricos y de marca que están aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) y que están cubiertos por su plan de medicamentos de receta. Si su medicamento no aparece en el formulario, pagará más por él.
- **¿Cuánto costará mi medicamento?** El costo de su medicamento recetado depende de cómo su PBM clasifica su medicamento: Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3. Cuanto más alto sea el nivel, más pagará usted. Si bien los genéricos cuestan menos la mayoría de las veces, las compañías de seguros pueden clasificar los genéricos de costos más altos como medicamentos de Nivel 2 o Nivel 3, lo que significa que tendrá que pagar el precio de Nivel 2 o Nivel 3 para ciertos medicamentos genéricos. También puede encontrar esta información en los sitios de vista previa de las aseguradoras (vea la página 41), o use la herramienta Check Prescriptions [Verifique recetas] cuando se inscriba.
- **¿Mi médico tendrá que proporcionar autorización previa antes de que mi receta pueda ser aprobada?** En algunos casos, su médico tendrá que otorgar su aprobación antes de que se pueda surtir su receta. Esto puede aplicar para medicamentos costosos.
- **¿Tendré un programa de terapia escalonada?** Si se aplica a uno de sus medicamentos, necesitará probar primero el medicamento más económico: usualmente el genérico. Solo se cubrirá un medicamento más caro si el primer medicamento no es eficaz en el tratamiento de su problema de salud.
- **¿Tendré que pagar más si elijo un medicamento de marca?** Tal vez. Algunos PBM requieren que usted pague el copago o coaseguro de Nivel 2 más la diferencia de costo entre medicamentos genéricos y de marca si elige un medicamento de marca cuando hay disponible un medicamento genérico.
- **¿Se considera “preventivo” mi medicamento (cubierto al 100%)?** La Ley de Atención Médica Asequible requiere que ciertos medicamentos preventivos estén cubiertos al 100% cuando los surta dentro de la red, *pero* cada PBM determina cuáles medicamentos considera “preventivos”. Si un medicamento no está en la lista de medicamentos preventivos, usted tendrá que pagar su parte del costo.
- **¿Hay límites de cantidad?** Ciertos medicamentos tienen límites de cantidad (por ejemplo, un suministro de 30 días) para reducir los costos y fomentar el uso adecuado.
- **¿Es fácil acceder a las farmacias?** Cada PBM tiene una red de farmacias participantes.

- **¿Cómo puedo aprovechar el servicio de pedidos por correo?** Es probable que necesite una nueva receta de 90 días de su médico. Y, dado que el pedido por correo puede tardar algunas semanas para establecerse, es buena idea pedirle a su médico una receta de 30 días para surtirla en una farmacia minorista en el interín.

CVS Caremark

CVS Caremark es una administradora de beneficios de farmacia (PBM). Los empleados que se inscriban con Aetna, Cigna, Independence Blue Cross o UnitedHealthcare tendrán sus beneficios de farmacia administrados por CVS Caremark.

Una PBM proporciona servicios administrativos en el procesamiento y el análisis de los reclamos de los medicamentos de receta, contrata con una red de farmacias, mantiene programas para asegurar el cumplimiento del paciente y desarrolla y administra formularios y programas de autorización previa.

Contacto con CVS Caremark:

Teléfono: **1-866-231-8569**

Sitio web: www.caremark.com

Cobertura de medicamentos de receta (continuación)

Resumen de beneficios de medicamentos de receta

El nivel de cobertura que elija afectará su cobertura de medicamentos de receta. Vea cómo en la página 22.

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD
Deducible anual de medicamentos de receta	Todos los medicamentos de receta (con la excepción de los que son clasificados como preventivos) están sujetos al deducible médico anual (vea la página 12).	Ninguno	Ninguno
Minorista nivel 1: Opciones de costo más bajo (suministro de 30 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$10 Fuera de la red Cubierto al 50%	Dentro de la red Usted paga \$8 Fuera de la red Cubierto al 50%
Minorista nivel 2: Opciones de costo moderado (suministro de 30 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$40 Fuera de la red Cubierto al 50%	Dentro de la red Usted paga \$30 Fuera de la red Cubierto al 50%
Minorista nivel 3: Opciones de costo más alto (suministro de 30 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$60 Fuera de la red Cubierto al 50%	Dentro de la red Usted paga \$50 Fuera de la red Cubierto al 50%
Pedido por correo nivel 1: Opciones de costo más bajo (suministro de 90 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$25 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$20 Fuera de la red No cubierto
Pedido por correo nivel 2: Opciones de costo moderado (suministro de 90 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$100 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$75 Fuera de la red No cubierto
Pedido por correo nivel 3: Opciones de costo más alto (suministro de 90 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$150 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$125 Fuera de la red No cubierto

Cobertura médica – California

Deducible anual y Máximo de gastos de su bolsillo

Los beneficios a continuación solo aplican si usted vive en California. Tenga en cuenta que las compañías de seguros ofrecen ya sea el plan Gold o Gold II, dependiendo de su ubicación, no ambos. Usted verá el Plan Gold aplicable cuando acceda al Sitio Web de Inscripción.

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Deducible anual (Individual/familiar)	Dentro de la red: \$2,600 ¹ /\$5,200 ² Fuera de la red: \$2,600 ¹ /\$5,200 ² Es necesario alcanzar todo el deducible familiar dentro o fuera de la red antes de que el plan pague beneficios para cualquier familiar cubierto.	Dentro de la red: \$750/\$1,500 Fuera de la red: \$1,500/\$3,000	Dentro de la red: \$600/\$1,200 Fuera de la red: \$1,200/\$2,400	Dentro de la red: Ninguno Fuera de la red: Ninguno
Máximo anual de gastos de su bolsillo (Individual/familiar)	Dentro de la red: \$3,900/\$7,800 ³ Fuera de la red: \$10,000/\$20,000 ³	Dentro de la red: \$5,000/\$10,000 Fuera de la red: \$10,000/\$20,000	Dentro de la red: \$3,500/\$7,000 Fuera de la red: \$7,000/\$14,000	Dentro de la red: \$5,000/\$10,000 Fuera de la red: Ninguno
	La atención fuera de la red NO está cubierta si elige Health Net (Norte de California) o Kaiser Permanente como su compañía de seguros.			La atención fuera de la red NO está cubierta en absoluto.

¹Bajo Health Net y Kaiser Permanente, si usted cubre a dependientes bajo el nivel de cobertura Bronze Plus, ningún miembro cubierto paga más de \$2,700 para el deducible familiar. Asimismo, estas opciones tienen un deducible anual tradicional.

²Bajo Health Net, el deducible familiar es de \$4,725.

³Según Health Net y Kaiser Permanente, estas opciones tienen un máximo tradicional anual de gastos de su bolsillo.

¿Va a una consulta fuera de la red?

Los cargos fuera de la red **no** contarán para su deducible anual dentro de la red ni para el máximo de gastos de su bolsillo. Lo mismo se aplica a los cargos dentro de la red: **no** contarán para su deducible anual fuera de la red ni el máximo de gastos de su bolsillo.

Cobertura médica – California (continuación)

Resumen de beneficios médicos – California

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Cuidado preventivo: Para ver una lista de servicios de cuidado preventivo que deben ser cubiertos por todos los planes de salud, visite https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits				
Examen físico anual, exámenes de niño sano, examen de mujer sana, incluyendo una prueba de Papanicolaou, mamografía, examen de densidad ósea, otros exámenes de cáncer, vacunaciones	Dentro de la red Cubierto al 100%, sin deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 100%, sin deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 100%, sin deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 100%, sin deducible Fuera de la red No cubierto
Visitas al consultorio del médico				
Visita al consultorio del médico de atención primaria	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$20 por visita al PCP Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$20 por visita al PCP Fuera de la red No cubierto
Visita al consultorio del médico especialista	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$35 por visita a especialista Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$35 por visita a especialista Fuera de la red No cubierto

Vea los detalles

Este pretende ser un resumen de los servicios cubiertos más usuales que ofrecen las compañías de seguros. Si bien hemos hecho todo intento por asegurar la precisión de la información aquí contenida, si hubiera alguna discrepancia entre esta información y los contratos y documentos oficiales del Plan, éstos últimos regirán.

Para ver una comparación de los detalles de cada plan, cuando se inscriba en línea, haga clic en las casillas al lado de los planes médicos que quiere revisar y haga clic en **Compare** [Comparar]. O bien, llame directamente a las aseguradoras.

Resumen de beneficios médicos – California (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Cuidados en hospital como paciente hospitalizado				
Habitación semiprivada y comidas	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Servicios de médicos y cirujanos para pacientes hospitalizados	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Radiografías y pruebas de laboratorio para pacientes hospitalizados	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto

Resumen de beneficios médicos – California (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Atención de pacientes ambulatorios				
Cirugía para pacientes ambulatorios <i>En un centro quirúrgico u hospital autónomo</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Radiografías y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Sala de emergencias – si no es ingresado <i>Debe ser una emergencia verdadera</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 80% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 70% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 80% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red Cubierto al 70%
Centro de atención urgente	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Ambulancia	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 80% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 70% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 80% después del deducible dentro de la red	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red Cubierto al 70%

Resumen de beneficios médicos – California (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Atención de pacientes ambulatorios				
Equipo médico duradero <i>Se aplican las pautas de la aseguradora</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Atención alternativa				
Atención recetada en un centro de enfermería especializada sin custodia <i>Máximo anual de 120 días</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Cuidado de la salud en el hogar sin custodia <i>Límite anual de 120 visitas</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Cuidado de hospicio	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto

Resumen de beneficios médicos – California (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Servicios para personas transgénero*				
Cirugía de asignación/ reasignación de género	Dentro de la red 80% después del deducible** Fuera de la red 60% después del deducible**	Dentro de la red 70% después del deducible** Fuera de la red 50% después del deducible**	Dentro de la red 80% después del deducible** Fuera de la red 60% después del deducible**	Dentro de la red Cubierto al 70%** Fuera de la red N/A
Orientación de asignación/ reasignación de género	Dentro de la red 80% después del deducible Fuera de la red 60% después del deducible	Dentro de la red 70% después del deducible Fuera de la red 50% después del deducible	Dentro de la red Copago de \$20 Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Copago de \$20 Fuera de la red N/A
Terapia de reemplazo de hormonas	Dentro de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado Fuera de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado	Dentro de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado Fuera de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado	Dentro de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado Fuera de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado	Dentro de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de medicamentos de receta apropiado Fuera de la red N/A
Cirugía cosmética	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red N/A
Inversión de cirugía de reasignación de género	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red N/A

*Los beneficios varían por aseguradora debido a los mandatos estatales o las limitaciones administrativas.

**Se aplican las pautas médicas de la aseguradora.

Resumen de beneficios médicos – California (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Servicios de planificación familiar/Maternidad				
Servicios de fertilidad <i>Sujeto a la estipulación estatal, el beneficio puede estar limitado a un máximo de \$15,000 (atención médica) y \$5,000 (medicamentos de receta) de por vida para todos los tratamientos de fertilidad (combinado dentro y fuera de la red)</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Costo compartido basado en el lugar del servicio Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Costo compartido basado en el lugar del servicio Fuera de la red No cubierto
Visitas al consultorio, antes y después del parto	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible por primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global) Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible por la primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global)	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible por primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global) Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible por la primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global)	Dentro de la red Copago de \$20 por la primera visita al PCP; Copago de \$35 por la primera visita al especialista (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global) Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible por la primera visita al PCP (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global)	Dentro de la red Copago de \$20 por la primera visita al PCP; Copago de \$35 por la primera visita al especialista (otras cubiertas bajo la tarifa de maternidad global) Fuera de la red No cubierto

Resumen de beneficios médicos – California (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Servicios de planificación familiar/Maternidad				
Parto en el hospital	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Guardería de recién nacidos	Dentro de la red Servicios preventivos cubiertos al 100%, se exime el deducible; se aplican costos compartidos adicionales para los servicios no de rutina y/o cuando la estancia es superior al intervalo estándar para un parto normal. Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Servicios preventivos cubiertos al 100%, se exime el deducible; se aplican costos compartidos adicionales para los servicios no de rutina y/o cuando la estancia es superior a la gama estándar para un parto normal Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Servicios preventivos cubiertos al 100%, se exime el deducible; se aplican costos compartidos adicionales para los servicios no de rutina y/o cuando la estancia es superior a la gama estándar para un parto normal Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Servicios preventivos cubiertos al 100%, se exime el deducible; se aplican costos compartidos adicionales para los servicios no de rutina y/o cuando la estancia es superior al intervalo estándar para un parto normal. Fuera de la red No cubierto
Tratamiento alternativo				
Acupuntura	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Quiropráctico <i>Máximo de 20 visitas anuales</i>	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto

Resumen de beneficios médicos – California (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Terapia médica: máximo anual de 60 visitas/días combinado por terapia física, ocupacional y del habla				
Terapia física para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Terapia del habla para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto

Resumen de beneficios médicos – California (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Tratamiento de salud mental y abuso de sustancias				
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$20 por visita Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$20 por visita Fuera de la red No cubierto
Abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% Fuera de la red No cubierto
Abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Cubierto al 70% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 50% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$20 por visita Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$20 por visita Fuera de la red No cubierto

Cobertura de medicamentos de receta – California

Beneficios de medicamentos de receta – California

Tanto el nivel de cobertura como la compañía de seguros médicos que elija afectarán su cobertura de medicamentos de receta. Vea cómo en la página 22.

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Deducible anual de medicamentos de receta	Todos los medicamentos de receta (con la excepción de los que son clasificados como preventivos) están sujetos al deducible médico anual (vea la página 24).	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Minorista nivel 1: Opciones de costo más bajo (suministro de 30 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$10 Fuera de la red Cubierto al 50%	Dentro de la red Copago de \$8 Fuera de la red Cubierto al 50%	Dentro de la red Copago de \$8 Fuera de la red No cubierto
Minorista nivel 2: Opciones de costo moderado (suministro de 30 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$40 Fuera de la red Cubierto al 50%	Dentro de la red Usted paga \$30 Fuera de la red Cubierto al 50%	Dentro de la red Usted paga \$30 Fuera de la red No cubierto
Minorista nivel 3: Opciones de costo más alto (suministro de 30 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red Cubierto al 60% después del deducible	Dentro de la red Usted paga \$60 Fuera de la red Cubierto al 50%	Dentro de la red Usted paga \$50 Fuera de la red Cubierto al 50%	Dentro de la red Usted paga \$50 Fuera de la red No cubierto

Resumen de beneficios de medicamentos de receta – California (continuación)

	BRONZE PLUS	SILVER	GOLD	GOLD II
Pedido por correo nivel 1: Opciones de costo más bajo (suministro de 90 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$25 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$20 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$20 Fuera de la red No cubierto
Pedido por correo nivel 2: Opciones de costo moderado (suministro de 90 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$100 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$75 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$75 Fuera de la red No cubierto
Pedido por correo nivel 3: Opciones de costo más alto (suministro de 90 días)	Dentro de la red Cubierto al 80% después del deducible Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$150 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$125 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red Usted paga \$125 Fuera de la red No cubierto

Resumen de Beneficios Médicos – Hawái

Si usted vive en Hawái, usted tiene varios niveles de cobertura entre los cuales elegir, entre ellos:

- **HMSA Gold:** Una opción médica completa con un deducible y máximos de gastos de bolsillo médico y de medicamentos de receta separados
- **Kaiser Gold:** Una opción HMO que sólo cubre la atención dentro de la red y tiene un deducible y copagos de medicamentos de receta para la mayoría de los medicamentos
- **HMSA Platinum:** Una opción PPO con máximos de gastos de bolsillo médico y de medicamentos de receta separados
- **Kaiser Platinum:** Una opción HMO que sólo cubre la atención dentro de la red y tiene copagos de medicamentos de receta para la mayoría de los medicamentos

Cuando se inscriba, podrá comparar los beneficios y características a través de sus opciones de cobertura médica.

Deducible anual y Máximo de gastos de bolsillo

El deducible es lo que usted paga de su bolsillo antes de que su seguro empiece a pagar su parte de sus costos. No incluye los importes deducidos de su sueldo para la cobertura de la salud. Así es cómo funciona el deducible:

Las opciones HMSA Gold y Kaiser Gold tienen un deducible tradicional. Una vez que un miembro de la familia cubierto satisfaga el deducible *individual*, su seguro comenzará a pagar beneficios para ese miembro de la familia. Los cargos por todos los miembros de la familia cubiertos seguirán contando para el deducible familiar. Una vez que se alcance el deducible familiar, su seguro pagará beneficios para todos los miembros de la familia cubiertos.

Las opciones HMSA Platinum y Kaiser Platinum no tienen un deducible dentro de la red. Tenga en cuenta que, sin embargo, a cambio de no tener que pagar un deducible, el nivel de cobertura Platinum normalmente exige una deducción más grande de su cheque de sueldo.

El máximo de gastos de bolsillo es lo más que usted y los miembros de su familia cubiertos tendrían que pagar en un año por los costos del cuidado de la salud. No incluye los importes deducidos de su sueldo para la cobertura de la salud.

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Deducible anual (Individual/familiar)	Dentro de la red \$100/\$300 Fuera de la red \$100/\$300	Dentro de la red \$200/\$400 Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red N/A Fuera de la red \$100/\$300	Dentro de la red N/A Fuera de la red No cubierto
Máximo anual de su bolsillo (Individual/familiar)	Dentro de la red \$2,000/\$6,000 Fuera de la red \$2,000/\$6,000	Dentro de la red \$2,200/\$4,400 Fuera de la red N/A	Dentro de la red \$2,500/\$7,500 Fuera de la red \$2,500/\$7,500	Dentro de la red \$2,500/\$7,500 Fuera de la red N/A

Excepción: Si usted selecciona a HMSA como su aseguradora, tendrá un máximo de gastos de bolsillo separado y adicional para los medicamentos de receta. Eso significa que el costo de sus medicamentos no contará para su máximo de gastos de bolsillo médico (y viceversa).

¿Va a una consulta fuera de la red?

Si usted selecciona a HMSA, las visitas a proveedores fuera de la red le costarán más. Por ejemplo, podría pagar más a través de un deducible más alto, un coaseguro más alto y la cantidad total que supere el importe máximo permitido, el que normalmente se basa en el importe que paga Medicare.

Asimismo, bajo las opciones HMSA, los cargos fuera de la red contarán para su deducible anual dentro de la red (solamente Gold) y para el máximo de gastos de bolsillo. Lo mismo se aplica a los cargos dentro de la red: contarán para su deducible anual fuera de la red (solamente Gold) y el máximo de gastos de bolsillo.

La atención fuera de la red **no** está cubierta si usted elige Kaiser Permanente como su aseguradora, excepto en caso de emergencia.

Beneficios dentro de la red:

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Cuidado preventivo	100% cubierto; deducible eximido para la mayoría de los servicios	100% cubierto; deducible eximido	100% cubierto	100% cubierto
Visita al consultorio médico	Usted paga \$14 después del deducible	Usted paga \$15	Usted paga \$12	Usted paga \$15
Sala de emergencias	Usted paga 20% después del deducible	Usted paga 20%; deducible eximido	Usted paga 20%	Usted paga \$75
Atención urgente	Usted paga \$14 después del deducible	Usted paga \$15	Usted paga \$12	Usted paga \$15
Atención de pacientes hospitalizados	Usted paga \$200 de copago por año (no maternidad) luego 20% después del deducible	Usted paga 10% después del deducible	Usted paga 10%	Usted paga \$75 por día
Atención de pacientes ambulatorios	Costo compartido basado en el lugar del servicio	Costo compartido basado en el lugar del servicio	Costo compartido basado en el lugar del servicio	Costo compartido basado en el lugar del servicio

Este pretende ser un resumen de los servicios cubiertos más usuales que ofrecen las compañías de seguros. Si bien hemos hecho todo intento por asegurar la precisión de la información aquí contenida, si hubiera alguna discrepancia entre esta información y los contratos y documentos oficiales del Plan, éstos últimos regirán.

Para ver una comparación de los detalles de cada plan, cuando se inscriba en línea, marque las casillas al lado de los planes médicos que desea repasar y luego haga clic en **Compare** [Comparar] (debajo de las marcas). O bien, llame directamente a las aseguradoras.

Otros servicios-Hawái

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Servicios para personas transgénero*				
Cirugía de asignación/ reasignación de género	Dentro de la red Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible; se aplican las pautas médicas de la aseguradora Fuera de la red Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible; se aplican las pautas médicas de la aseguradora	Dentro de la red Cubierto al 90% después de satisfacerse el deducible; se aplican las pautas médicas de la aseguradora Fuera de la red N/A	Dentro de la red Cubierto al 90%; se requiere autorización previa Fuera de la red Cubierto al 70% después de satisfacerse el deducible; se requiere autorización previa	Dentro de la red Copago de \$75 por día; se aplican las pautas médicas de la aseguradora Fuera de la red N/A
Orientación de asignación/ reasignación de género	Dentro de la red Pacientes ambulatorios: Copago de \$14 después de satisfacerse el deducible; Pacientes hospitalizados: 100% cubierto Fuera de la red Pacientes ambulatorios: Copago de \$14 después de satisfacerse el deducible; pacientes hospitalizados: 100% cubierto	Dentro de la red Copago de \$15 Fuera de la red N/A	Dentro de la red Pacientes ambulatorios: Copago de \$12; Pacientes hospitalizados: 90% cubierto Fuera de la red Pacientes ambulatorios: Cubierto al 70% después de satisfacerse el deducible; Pacientes hospitalizados: Cubierto al 70% después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Copago de \$15 Fuera de la red N/A
Terapia de reemplazo de hormonas	Dentro de la red Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible Fuera de la red Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Cubierto de acuerdo con el formulario y el nivel de receta apropiado Fuera de la red N/A	Dentro de la red Cubierto al 80% Fuera de la red Cubierto al 70% después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Cubierto de acuerdo con la farmacopea y el nivel de receta apropiado Fuera de la red N/A
Cirugía cosmética	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red N/A	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto
Inversión de cirugía de reasignación de género	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto	Dentro de la red No cubierto Fuera de la red No cubierto

Otros servicios-Hawái (continuación)

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Tratamiento de salud mental y abuso de sustancias				
Centro de tratamiento de pacientes hospitalizados/residencial	Dentro de la red Copago de \$200 por año del plan, luego 80% después de satisfacerse el deducible Fuera de la red Copago de \$200 por año del plan, luego 80% después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Cubierto al 90% después de satisfacerse el deducible Fuera de la red N/A	Dentro de la red Cubierto al 90% Fuera de la red Cubierto al 70% después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Copago de \$75 por día, después cubierto al 100% Fuera de la red N/A
Hospitalización de pacientes ambulatorios/parcial	Dentro de la red Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible Fuera de la red Pacientes ambulatorios: Cubierto al 60% después de satisfacerse el deducible Hospitalización parcial: Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible Fuera de la red N/A	Dentro de la red Cubierto al 100%; pacientes ambulatorios Cubierto al 90%; hospitalización parcial Fuera de la red Cubierto al 70% después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Copago de \$75 por día, después cubierto al 100% Fuera de la red N/A
Visita al consultorio para pacientes ambulatorios y Cobertura de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios	Dentro de la red Copago de \$14 después de satisfacerse el deducible Fuera de la red Copago de \$14 después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Copago de \$15 Fuera de la red N/A	Dentro de la red Copago de \$12 Fuera de la red Cubierto al 70% después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Copago de \$15 Fuera de la red N/A
Pruebas psicológicas/ASD	Dentro de la red Pruebas psicológicas: Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible ASD: Copago de \$14 después de satisfacerse el deducible Fuera de la red Pruebas psicológicas: Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible ASD: Copago de \$14 después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Copago de \$15 Fuera de la red N/A	Dentro de la red Pruebas psicológicas: Cubierto al 80% después de satisfacerse el deducible ASD: Copago de \$12 después de satisfacerse el deducible Fuera de la red Cubierto al 70% después de satisfacerse el deducible	Dentro de la red Copago de \$15 Fuera de la red N/A

Cobertura de medicamentos de receta – Hawái

Su cobertura de medicamentos de receta depende del nivel de cobertura médica que elija y su aseguradora médica. Abajo se presenta un resumen de la cobertura dentro de la red para cada opción.

	HMSA GOLD	KAISER GOLD	HMSA PLATINUM	KAISER PLATINUM
Medicamentos preventivos (determinado por la aseguradora, según lo estipula la Ley de Atención Médica Asequible)	Usted paga \$0. Usted debe tener una receta de un médico para el medicamento, incluso para los productos de venta libre (OTC), y usted debe usar una farmacia dentro de la red o el servicio de pedidos por correo.			
Máximo de gastos de bolsillo anual de medicamentos de receta (individual/familiar)	\$3,000/\$7,200*	Incluido en el máximo de gastos de bolsillo médico	\$3,000/\$5,700*	Incluido en el máximo de gastos de bolsillo médico
Suministro de 30 días en farmacia				
Nivel 1: Generalmente, opciones de costo más bajo	Usted paga \$7	Usted paga \$5 por los medicamentos de mantenimiento genéricos; \$10 por otros medicamentos genéricos	Usted paga \$5	Usted paga \$5 por los medicamentos de mantenimiento genéricos; \$10 por otros medicamentos genéricos
Nivel 2: Generalmente, opciones de costo moderado	Usted paga \$35	Usted paga \$35	Usted paga \$30	Usted paga \$35
Nivel 3: Generalmente, opciones de costo más alto	Usted paga \$75	No cubierto	Usted paga \$70	No cubierto
Suministro de 90 días mediante pedido por correo				
Nivel 1: Generalmente, opciones de costo más bajo	Usted paga \$14	Usted paga \$10 por los medicamentos de mantenimiento genéricos; \$20 por otros medicamentos genéricos	Usted paga \$10	Usted paga \$10 por los medicamentos de mantenimiento genéricos; \$20 por otros medicamentos genéricos
Nivel 2: Generalmente, opciones de costo moderado	Usted paga \$70	Usted paga \$70	Usted paga \$60	Usted paga \$70
Nivel 3: Generalmente, opciones de costo más alto	Usted paga \$150	No cubierto	Usted paga \$140	No cubierto

*El máximo de gastos de bolsillo de medicamentos genéricos es separado del máximo de gastos de bolsillo médico. Eso significa que sus costos médicos no contarán para su máximo de gastos de bolsillo de medicamentos de receta médica (y viceversa).



Compañías de seguros de cobertura médica/recetas

Al hacer que las aseguradoras compitan por su preferencia, el intercambio puede ayudarle a ahorrar dinero. En vez de que Aramark seleccione una o dos aseguradoras, Aramark dejará de ser intermediario y le pondrá a usted en contacto directo con todas las aseguradoras a través del intercambio.

Independientemente del nivel de cobertura que usted seleccione, podrá escoger entre las siguientes aseguradoras, dependiendo de dónde usted viva:*

*Si vive fuera de las áreas de servicio de todas las aseguradoras, su única opción será un plan fuera de área al nivel Silver a través de Aetna.



NOTA: Es posible que sus médicos participen en **diferentes redes** con la **misma** aseguradora. Para ver las redes en las que participan sus médicos, visite los sitios de vista previa de las aseguradoras antes de inscribirse.

Comuníquese con las aseguradoras

Antes de que usted sea miembro, puede visitar sitios de las aseguradoras especialmente diseñados para obtener una “vista previa” de sus servicios, redes y mucho más. **Usted debe visitar los sitios de vista previa de las aseguradoras para obtener una vista más detallada de las aseguradoras que usted está considerando.** También puede comprobar las calificaciones de estrellas en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios para ver cómo los empleados de Aramark y otras empresas los valoran.

Una vez que se inscriba y sea miembro de una aseguradora, puede registrarse y entrar al sitio web principal de la aseguradora para información personalizada.

Aetna	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://ah2018si.myhealthbenefitschoice.com Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.aetna.com Teléfono: 1.855.496.6289
Cigna	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://www.cigna.com/aonactivehealth-withyou-2018 Cuando ya sea miembro (sitio web): https://my.cigna.com Teléfono: 1.855.694.9638
CVS Caremark	Sitio web para miembros (sitio de vista previa): http://info.caremark.com/aramark Sitio web para miembros : www.caremark.com Teléfono: 1.866.231.8569
Dean / Prevea360 (generalmente disponible en WI)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://aon.deanhealthplan.com Cuando ya sea miembro (sitio web): http://aon.deanhealthplan.com Teléfono: 1.877.232.9375
Geisinger (generalmente disponible en PA central)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://geisinger.org/aon Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.geisinger.org/member-portal Teléfono: 1.844.390.8332
Health Net (generalmente disponible en AZ, CA, OR y WA)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://www.healthnet.com/myaon Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.healthnet.com/myaon Teléfono: 1.888.926.1692
HMSA	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://www.hmsa.com/aon-hewitt Cuando ya sea miembro (sitio web): https://members.hmsa.com Teléfono: 1.800.651.4672
Independence Blue Cross	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://www.ibx.com/aonsf Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.ibx.com/login Teléfono: 1.855.438.2583
Kaiser Permanente (antiguamente Group Health en WA)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://kp.org/wa/aonactivehealth Cuando ya sea miembro (sitio web): https://wa-member.kaiserpermanente.org Teléfono: 1.855.407.0900
Kaiser Permanente (generalmente disponible en CA, CO, D.C., GA, MD, VA, OR y suroeste de WA)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://www.kp.org/aonhewitt Cuando ya sea miembro (sitio web): http://www.kp.org Teléfono antes de la inscripción: 1.877.580.6125 Teléfono después de la inscripción de CA: 1.800.464.4000 Teléfono después de la inscripción de CO: 1.303.338.3800 Teléfono después de la inscripción de GA: 1.404.261.2590 Teléfono después de la inscripción de DC, MD, VA: 1.800.777.7902 Teléfono después de la inscripción de OR y suroeste de WA: 1.800.813.2000
Kaiser Permanente (HI)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://www.kp.org/aonhewitt Cuando ya sea miembro (sitio web): http://www.kp.org Teléfono antes de la inscripción: 1.877.580.6125 Teléfono después de la inscripción 1.808.432.5955
UnitedHealthcare	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://welcometouhc.com/aon2 Cuando ya sea miembro (sitio web): http://myuhc.com Teléfono: 1.888.297.0878
UPMC Health Plan (generalmente disponible en el occidente de PA)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://www.upmchealthplan.com/aon Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.upmchealthplan.com/member Teléfono: 1.844.252.0690

No se olvide de revisar la función “Ayuda para elegir” en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios.



Compañías de seguros de cobertura médica (continuación)

Cosas a tener en cuenta

Cuando decida la compañía de seguros que va a elegir, pruebe la herramienta "Help Me Choose" (Ayuda para elegir). Le ayudará a evaluar las compañías de seguros que puedan ser el mejor "ajuste" con base en sus necesidades. Como recordatorio, asegúrese de tomar en cuenta:

- **El costo por cada cheque de sueldo**

- Cada aseguradora ofrecerá su propio precio para cada nivel de cobertura. Al igual que la compra de un vuelo en un sitio web de viajes, usted podrá ver todos esos precios en un solo lugar en el intercambio. Eso lo facilita ver cuál aseguradora está ofreciendo el mejor trato. Los beneficios proporcionados bajo un nivel de cobertura serán muy similares para todas las aseguradoras, pero podría haber algunas diferencias (por ejemplo, la cobertura de hospital de pacientes hospitalizados o los beneficios de fertilidad). Puede comparar los detalles cuando se inscriba en línea. O bien, llame directamente a las aseguradoras.

- **La red**

Si usted desea seguir viendo a sus médicos actuales, seleccione una aseguradora cuya red incluya a sus proveedores preferidos (p. ej., médicos, especialistas, hospitales). Para ver si su médico participa:

- Antes de que se inscriba, visite los sitios de vista previa de las compañías de seguros que aparecen en la página anterior. Siga las instrucciones en los sitios de vista previa para asegurarse de que está en busca de proveedores de la red de intercambio.
- Cuando se inscriba, verifique las redes de cada aseguradora que usted está considerando en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios.

Importante: Incluso si puede quedarse con su aseguradora actual, la red de proveedores podría ser diferente y puede cambiar de un año a otro, así que *siempre* revise las redes de proveedores antes de tomar una decisión.

- **Cobertura de medicamentos de receta**

- Si selecciona cobertura médica con Aetna, Cigna, Independence Blue Cross o UnitedHealthcare, la cobertura de medicamentos de receta la proporcionará **CVS Caremark**. Recibirá una tarjeta de identificación por separado para su cobertura de medicamentos de receta de **CVS Caremark**.
- Si selecciona cobertura con una compañía de seguros médicos diferente de Aetna, Cigna, Independence Blue Cross o UnitedHealthcare, su cobertura de medicamentos de receta continuará siendo administrada por la compañía de seguros.
- Necesita estar seguro de sentirse cómodo con la forma en que CVS Caremark o su compañía de seguros médicos cubrirá cualquier medicamento que usted y sus familiares cubiertos necesiten. Para obtener más información, consulte la página 23.

- **Apoyo para estilo de vida y bienestar**

- Todas las aseguradoras ofrecen sus propios programas de manejo de afecciones y de asesoramiento. Esos pueden incluir una línea de enfermería de 24 horas, asesoramiento para estilos de vida saludables, apoyo del embarazo, programas para dejar de fumar y más. Revise ahora los sitios de vista previa para que conozca sus herramientas y otras consideraciones que podrían influir sobre su decisión.

¿Vive usted en California o Hawái?

Recuerde, la compañía de seguros que seleccione también puede afectar sus opciones de nivel de cobertura. Vea las páginas 25-36 (CA) y 37-41 (HI) para detalles.

¿Qué es la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998?

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, quizás tenga derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés) de 1998. Para personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente para:

- todas las etapas de reconstrucción del seno donde se haya realizado la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- prótesis; y
- tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos por este plan, tal y como se indica en las tablas de las páginas 25-34 (California) y 37-40 (Hawái).



Prima de fumador

Si se inscribe en cualquier Plan Médico de Aramark para 2018, debe contestar las preguntas sobre el fumar en el Portal de Beneficios Médicos para usted y su cónyuge/pareja doméstica inscrita. Las primas de fumadores son más altas que las de no fumadores; los fumadores pagan \$10 por semana adicionales por persona (máximo adicional de \$20 por semana por asociado más cónyuge). La prima adicional más alta se aplica si usted indica su condición de fumador. Su respuesta a la pregunta de fumador sigue vigente durante todo el año 2018; no puede cambiarse una vez que cierre la inscripción anual. El aumento de prima aparecerá en su declaración de pago como "ESMKPREM" (para asociado) y "SSMKPREM" (para cónyuge/pareja doméstica).

Un fumador se define como alguien que ha fumado cigarrillos, cigarrillos-e, pipas o puros, usado rapé o masticado tabaco en los últimos 12 meses.

NOTA: Las primas se deducen antes de impuestos y generalmente no pueden suspenderse a mitad de año.

Consejo para una vida sana

¡Deje de fumar hoy! ¡Nosotros podemos ayudar! Si usted es fumador, ofrecemos un programa voluntario para dejar de fumar a través de la Sociedad Americana del Cáncer. No se requiere que usted participe, pero si completa el programa podrá aprovechar las primas más bajas para no fumadores. El programa le ofrece asesoramiento por teléfono *gratuito* y apoyo y terapia para reemplazar la nicotina (por ej., parches, goma de mascar, pastillas). Los medicamentos de receta (p. ej., Chantix, Zyban, Nicotrol Inhaler, rociadores nasales) están cubiertos según los términos de su compañía de seguros. Para ayuda confidencial gratuita, llame al **1-866-QUIT-4-LIFE** o visite www.quitnow.net/Aramark.



Tarjetas de identificación

- Si selecciona cobertura médica con Aetna, Cigna, Independence Blue Cross o UnitedHealthcare, recibirá una tarjeta nueva de identificación médica de su compañía de seguros, así como una tarjeta de identificación de farmacia de CVS Caremark.
- NO se emitirán tarjetas de identificación nuevas para la mayoría de las otras compañías de seguros médicos. Si no tiene cobertura con Aetna, Cigna, Independence Blue Cross o UnitedHealthcare, conserve sus tarjetas actuales.
- No se emiten ni necesitan tarjetas para los planes dentales y de la vista. Simplemente dígame a su médico que tiene cobertura de Delta Dental (Número de grupo del plan: 2497) o VSP (Número de grupo del plan: 12221565) a través de Aramark.



Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare

El Aviso de la Parte D de Medicare de esta sección se aplica a los empleados de Aramark que son actualmente, o se volverán, elegibles para Medicare en los próximos 12 meses. Se refiere a su cobertura actual de medicamentos de receta de Aramark y a la cobertura de medicamentos de receta a través de Medicare. Le suplicamos leerlo cuidadosamente. Los puntos importantes de este aviso son:

- Se les ofrece cobertura de medicamentos de receta bajo Medicare a aquellos elegibles para Medicare.
- La cobertura de medicamentos de receta de Aramark es cobertura acreditable. Esto significa que Aramark les ofrece beneficios de medicamentos de receta a todos los participantes de los planes, que son iguales o mejores que la cobertura estándar de medicamentos de receta provista por Medicare.

Sus opciones de cobertura de medicamentos de receta

Si usted califica para beneficios de medicamentos de receta bajo Medicare mientras está cubierto por el plan médico de Aramark, tiene la opción de continuar con su cobertura existente de medicamentos de receta a través de Aramark, o bien inscribirse en la cobertura de medicamentos de receta de Medicare.

Tenga en mente que debido a que su cobertura de medicamentos de receta de Aramark cumple con los requisitos de cobertura acreditable del Seguro Social, si usted opta por inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de receta de Medicare durante el periodo de inscripción anual de Medicare, del 15 de octubre al 7 de diciembre, podrá hacerlo sin tener que pagar una prima más alta.

Sin embargo, si abandona su cobertura médica y de medicamentos de receta de Aramark y transcurren 63 días continuos o más sin su cobertura de grupo de Aramark antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos de receta de Medicare, podría tener que pagar primas más altas por la cobertura de Medicare.

Asistencia por ingresos limitados

A las personas con ingresos y recursos limitados se les ofrece ayuda extra para pagar por un plan de medicamentos de receta de Medicare. Obtenga información sobre esta ayuda adicional a través de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre esta ayuda extra, vea la información de contacto a continuación.

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

Si necesita más información, contacte a:

- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** o www.socialsecurity.gov
- Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o www.medicare.gov
- El Departamento de Beneficios de Aramark al **1-855-528-BENE (2363)**.

Podría recibir este aviso en otros momentos en el futuro, como por ejemplo si cambia la cobertura. También puede solicitar una copia de este aviso, llamando al Departamento de Servicios de Beneficios de Aramark.



Cuidado preventivo

La atención preventiva dentro de la red está 100% cubierta

El buen cuidado preventivo hoy es una clave importante para la buena salud en el mañana. Independientemente de su edad, sexo, línea de trabajo, y de si usted goza de salud excelente o está lidiando con una afección crónica, la atención preventiva le puede ayudar a evitar problemas de salud antes de que ocurran o minimizar las complicaciones de las afecciones existentes.

Los planes Bronze Plus, Silver y Gold cubren el 100% de la atención médica preventiva dentro de la red. Esto significa que:

- no hay copagos;
- no hay deducible; y
- no hay coaseguro.



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

Son servicios recomendados por autoridades reconocidas a nivel nacional, como por ejemplo el U.S Preventive Services Task Force (Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU.), el Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización) de los Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) y la Health Resources and Services Administration (Administración de Recursos y Servicios de Salud). Estas listas son extensas.

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

Una palabra sobre la manera en que su médico o proveedor cobra por el servicio preventivo:

- Para poder estar cubierto al 100%, su proveedor médico debe cobrar a la aseguradora por el servicio como “atención médica preventiva”.
- Si el servicio se cobra como tratamiento para una enfermedad o lesión, o para hacer un diagnóstico, usted estará sujeto al copago, deducible y/o coaseguro aplicables.
- Si la atención preventiva no es el propósito principal de una visita al consultorio, usted tendrá que pagar el copago, deducible y/o coaseguro aplicables correspondientes a su Plan.

Ejemplo núm. 1:

Usted se hace una mamografía. Si la prueba es parte de su atención médica de rutina anual, se considera preventiva y está 100% cubierta. Si su médico le recomienda hacerse la prueba porque usted tiene un bulto que él o ella quiere investigar más a fondo, entonces se considera una prueba de diagnóstico y estaría sujeta al copago, deducible y/o coaseguro aplicables correspondientes a su Plan.

Ejemplo núm. 2:

Usted visita al médico porque tiene una infección de oído, pero también se hace una revisión preventiva de la presión arterial mientras está ahí. Usted tendrá que pagar todavía el copago, deducible y/o coaseguro aplicables por la visita al consultorio, porque el propósito principal de su visita fue para tratar una enfermedad.

Plan dental

Para ayudarle a administrar sus costos dentales y a la vez fomentar el buen cuidado dental, Aramark le ofrece el programa Delta Dental PPO Plus Premier, el cual es un programa plenamente asegurado y administrado por Delta Dental PA.

El Plan Dental Delta Dental PPO Plus Premier le ofrece la opción de recurrir a cualquier proveedor dental, pero los beneficios del Plan son mayores si usted acude a dentistas participantes. Para localizar a un dentista participante, vea el número de teléfono y la dirección del sitio web de Delta Dental [aquí](#).

Resumen de los beneficios del plan dental

DESCRIPCIÓN	DENTISTAS PARTICIPANTES	DENTISTAS NO PARTICIPANTES*
Deducible por año calendario	\$25 por persona	\$50 por persona
Beneficio máximo por año calendario	\$1,800 por persona	
Cantidad del pago del paciente	Todos los deducibles aplicables, montos de coaseguro y cantidades que excedan los máximos del Plan	Todos los deducibles aplicables, montos de coaseguro y cantidades que excedan los máximos del Plan, y la diferencia entre el pago de Delta y el cargo del dentista (ilimitado)
	Coaseguro (el plan paga % / usted paga %):	
Servicios de diagnóstico (no hay deducible)	El plan paga 100%	80% / 20%
Servicios preventivos (no hay deducible)	El plan paga 100%	80% / 20%
Servicios básicos	80% / 20%	80% / 20%
Servicios mayores	50% / 50%	50% / 50%
Cirugía oral	80% / 20%	80% / 20%
Endodoncia	80% / 20%	80% / 20%
Periodoncia	80% / 20%	80% / 20%
Prostodoncia	50% / 50%	50% / 50%
Ortodoncia	El plan paga el 50% (\$2,500 como máximo de por vida por persona) (La cantidad que usted pague no se aplica al deducible.)	
Articulación temporomandibular (TMJ)	El plan paga el 50% (\$750 como máximo de por vida por persona)	

* Sujeto a la asignación máxima del plan (MPA, por sus siglas en inglés).

NOTA: No se emiten tarjetas de identificación para el Plan dental. Para referencia, el Número de grupo del plan dental es **2497**.

Plan de la vista

Si usted se inscribe en el plan de la vista de Aramark ofrecido a través del VSP, tendrá derecho a recibir beneficios para el cuidado de la vista cada año calendario para exámenes de la vista y anteojos o lentes de contacto:

Además, se le ofrecerán descuentos en servicios y procedimientos como la corrección de la vista con láser.

Puede ahorrar dinero acudiendo a oculistas del VSP en todo el país para todas sus necesidades de cuidado de la vista de rutina. Además, no tiene que llenar ningún formulario de reclamación.

Para una lista de los oculistas participantes cerca de usted, consulte el número de teléfono y la dirección del sitio web de VSP [aquí](#). También se ofrecen reembolsos reducidos por servicios recibidos de oculistas no pertenecientes al VSP.

Además de los proveedores de práctica privada de la red VSP, los Socios Afiliados de la Cadena Minorista (Retail Chain Affiliate Partners) de VSP añaden más de 1,000 ópticas más para su conveniencia. Estas ópticas incluyen Costco Optical, Visionworks, Wisconsin Vision, Heartland Vision y Rx Optical. Usted recibirá beneficios equivalentes a los enumerados a continuación en estas ópticas, con excepción de donde se observa.

Resumen de los beneficios del plan de la vista

DESCRIPCIÓN	MÉDICOS PARTICIPANTES	MÉDICOS NO PARTICIPANTES
Deducible por año calendario	Ninguno	Ninguno
Cantidad del pago del paciente	Todo copago aplicable y cantidades que excedan la asignación de la red del Plan	Todo copago aplicable y cantidades que excedan el esquema de reembolso del Plan para servicios recibidos fuera de la red
Examen de la vista	El plan paga 100% después de un copago de \$10	El plan le reembolsa \$45, después de un copago de \$10
Armazones de anteojos	El plan paga \$150 más un descuento del 20% sobre cualquier costo de bolsillo (asignación de \$70 en Costco)	El plan le reembolsa un máximo de \$47
Lentes de anteojos • Visión sencilla • Bifocales • Trifocales	El plan paga el 100% después de un copago de \$20, para tipos estándar de lentes	El plan le reembolsa \$45, después de un copago de \$20 El plan le reembolsa \$65, después de un copago de \$20 El plan le reembolsa \$85, después de un copago de \$20
Lentes de contacto	El plan paga un máximo de \$150* más un descuento del 15% sobre el costo del examen para lentes de contacto para evaluación y ajuste	El plan le reembolsa un máximo de \$105*
Descuentos y ahorros extra**	• Descuento del 20% en anteojos graduados adicionales y gafas de sol (Excepción: No disponible en Costco) • Descuento promedio del 20% al 25% sobre las opciones de lentes, como por ejemplo lentes progresivos, recubrimientos especiales, etc. (Excepción: Consulte precios en Costco) • Precios exclusivos en suministros anuales de marcas populares de lentes de contacto • Descuento promedio del 15% en la corrección de la vista con láser	Ninguno

* Cubierto cada año calendario en lugar de lentes y armazones de anteojos. La asignación se aplica al costo de sus lentes de contacto y al examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación). Este examen es adicional al examen de la vista, para asegurar que los lentes de contacto le ajusten correctamente.

** Los descuentos se ofrecen a través de cualquier oculista de la red del VSP dentro de los 12 meses siguientes al último examen de la vista cubierto.

NOTA: No se emiten tarjetas de identificación para el Plan de la vista. El Número de grupo del VSP es **12221565**.

Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Atención Médica

Cuenta de Gastos de Atención Médica

La Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) de Atención Médica le permite utilizar dinero antes de impuestos para pagar por ciertos gastos de atención médica incurridos por usted o algún dependiente suyo. **Sin embargo, si usted se inscribe en un Plan Bronze Plus y también se inscribe en una Cuenta de Ahorros de Atención Médica (HSA, por sus siglas en inglés), su FSA de Atención Médica estará limitada a gastos de bolsillo para gastos no médicos, como por ejemplo dentales y de la vista.** A diferencia de las HSA, las aportaciones a la FSA no se transfieren al año calendario siguiente. Cada año necesita apartar dinero de nuevo, incluso si no va a cambiar la cantidad de dinero que asignó antes. Consulte la [tabla de comparación de FSA/HSA](#) en la página 50 para obtener más información.

- Puede depositar desde un mínimo de \$50 hasta un máximo de \$2,600 por año en una FSA de Atención Médica.
 - Puede usar este dinero no gravado para pagar deducibles, copagos y ciertos gastos de bolsillo en atención médica no cubiertos por ninguna cobertura médica, dental o de la vista que puedan tener usted, su cónyuge o sus hijos. **Excepción:** Si usted tiene una HSA, su FSA de Atención Médica se puede usar solamente para gastos no médicos, como por ejemplo de la vista y dentales. Para una lista de los gastos elegibles y no elegibles, visite www.irs.gov/publications/p502.



NOTA: Si usted participó en una Cuenta de Gastos Flexibles de Atención Médica de Aramark en 2017 y desea volver a hacerlo en 2018, tiene que volver a inscribirse para indicar la cantidad que desea aportar en 2018, incluso si es la misma cantidad que asignó en 2017.

Medicamentos de venta sin receta

De conformidad con la Reforma de la atención médica, los medicamentos de venta sin receta ya no son elegibles para el reembolso desde una FSA de Atención Médica, **a menos** que usted tenga una receta médica (no se aplica a insulina sin receta). Para una lista de los medicamentos de venta sin receta elegibles e inelegibles, visite www.irs.gov/publications/p502.

- Puede usar esta cuenta solamente para pagar gastos en los que incurra durante el año en el que haya depositado el dinero en su cuenta. Las aportaciones hechas durante 2018 se pueden usar solamente para pagar gastos incurridos entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.
- Usted elige la(s) cantidad(es) anual(es) total(es) que desea aportar a una o ambas cuentas.
- Las deducciones de nómina se dividirán equitativamente entre todos los cheques de paga disponibles en 2018.
- Como usted aporta a la FSA con dinero antes de impuestos, no paga impuestos en las cantidades que aporta.
 - Hay circunstancias muy limitadas bajo las cuales los gastos incurridos en nombre de una pareja doméstica o un dependiente de una pareja doméstica son elegibles para el reembolso bajo las reglas del IRS aplicables a las FSA.

- **Herramientas en línea** - Una vez que usted esté participando en una FSA, puede mantenerse al tanto de su cuenta en línea en www.myuhc.com. Puede acceder a estados de cuenta y descargar formularios de reclamación.
- **Úsela o perderá su dinero** - Las Cuentas de Gastos Flexibles exigen que usted calcule por adelantado su nivel de gastos promedio. Sin embargo, si usted calcula de más y no usa todo el dinero de su cuenta, perderá el saldo restante. Debido a las reglas del IRS, usted perderá todo dinero que no reclame para el 31 de marzo de 2019 por gastos incurridos entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.
- **Tarjeta de Gastos de la Atención Médica MasterCard®**

Usted recibirá una tarjeta de débito de UnitedHealthcare que está conectada con su cuenta FSA.

- Úsela para pagar gastos elegibles de la atención médica, dental, de la vista y farmacia.
- Úsela para pagar por teléfono o a través de Internet o en cualquier proveedor o comerciante elegible que acepte MasterCard.
- Úsela para gastos elegibles del cuidado de dependientes.
- Usted no tendrá que pagar con efectivo, emitir cheques ni presentar formularios de reclamaciones.

Cerciórese de calcular cuidadosamente sus gastos previstos y planee sus aportaciones como correspondan.

Cuenta de Ahorros de Atención Médica (HSA)

Ahorre en sus costos de bolsillo

Si se inscribe en el Plan Bronze Plus, sus deducciones de nómina serán las más bajas de todos los planes, pero su deducible y ciertos costos de su bolsillo fuera de la red serán más altos. **Por lo tanto, existe una opción especial para los inscritos en el Plan Bronze Plus: la Cuenta de Ahorros de Atención Médica (HSA).** La HSA le permite tener deducciones adicionales de nómina antes de impuestos y separarlas para su cuenta HSA, que usted puede usar para pagar gastos de bolsillo médicos, dentales y de la vista, tales como deducibles, copagos y coaseguro.

- Durante la inscripción, usted puede decidir si se inscribe en una HSA y cuánto dinero (si hay alguno) desea ahorrar.
- Usted puede cambiar la cantidad que ahorra en cualquier momento durante el año.
- Para 2018, puede ahorrar hasta \$3,450 si se está cubriendo a sí mismo solamente, o hasta \$6,850 si también está cubriendo a otros miembros de su familia.
- Si tiene 55 años de edad o más, puede aportar \$1,000 adicionales cada año.

Su dinero gana intereses libres de impuestos y usted no paga impuestos cuando gasta el dinero en gastos elegibles de atención médica.

Lo mejor de todo, cualquier dinero no usado de la HSA se transfiere de un año a otro. Al igual que una cuenta bancaria, usted es dueño de su HSA, de manera que puede conservarla aun cuando cambie de planes médicos, deje la compañía o se jubile.

Cómo usar su HSA

Hay dos maneras en que puede usar su HSA:

1. **Use su tarjeta de débito HSA** – simplemente pásela cuando esté listo para pagar gastos médicos calificados y los fondos se tomarán directamente de su cuenta. Simplemente cerciórese de tener suficiente dinero en su HSA para cubrir el gasto.
2. **Pague de su bolsillo** – si lo prefiere, usted puede pagar sus gastos directamente y obtener un reembolso electrónico de su HSA.

Puede encontrar una lista completa de gastos elegibles en www.irs.gov/publications/p502. Lleve un registro cuidadoso de sus gastos, incluyendo recibos, en caso de que alguna vez necesite proporcionar comprobantes de cómo se gastaron los fondos de su HSA. Si usted usa dinero de su HSA para pagar gastos médicos no calificados, tendrá que pagar impuestos sobre ese dinero, además de una penalización fiscal del 20% si tiene menos de 65 años de edad.

Después de inscribirse, recibirá una Carta de Bienvenida con su número de cuenta HSA e instrucciones de cómo acceder a información adicional a través de www.mybenefits.aramark.com.

Opción de inversión de HSA

Los asociados que mantengan un saldo mínimo de \$1,000 en su cuenta HSA tienen la opción de invertir sus fondos superiores a \$1,000 en una cuenta de inversión UMB HSA Saver. UMB Investment Management selecciona fondos mutuos en varias categorías de activos para inclusión en la cuenta UMB HSA Saver.

Para más información sobre la cuenta de inversión HSA Saver:

- Entre en <https://aramark.benefitcenter.com>.
- Bajo “At Your Fingertips” [En a la punta de sus dedos], haga clic en el “Medical Benefits Portal” [Portal de Beneficios Médicos].
- Bajo “Additional Benefits” [Beneficios adicionales], haga clic en “Health Savings Account Overview” [Resumen de Cuenta de Ahorros de Atención Médica].
- Haga clic en el botón rojo que dice “Click here for information on your HSA if you are in the Bronze Plus Plan” [Haga clic aquí para información sobre su HSA si usted está en el Plan Bronze Plus].
- Bajo “Your Accounts” [Sus cuentas], haga clic en el enlace para “Health Savings Accounts” [Cuentas de Ahorros de Atención Médica].
- Haga clic en “Open Investment Account” [Abrir cuenta de inversión] y esto le llevará a información sobre la opción HSA Saver.

O llame al **1-855-528-BENE (2363)**.

Importante: Los fondos de una HSA están depositados en UMB Bank y asegurados por la FDIC hasta el máximo permitido por la ley. Las inversiones en valores a través de la cuenta HSA Saver no están aseguradas por la FDIC, no tienen garantía bancaria y pueden perder valor.

Por favor consulte con su asesor financiero y/o de impuestos antes de tomar cualquier acción en una cuenta de inversión.

HSA (continuación)

¿Qué diferencias hay entre una HSA y una FSA de Atención Médica?

	CUENTA DE AHORROS DE ATENCIÓN MÉDICA (HSA)	CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA) DE ATENCIÓN MÉDICA
¿Para cuáles participantes del plan?	Solamente para Bronze Plus	Bronze Plus, Silver, Gold, Gold II
¿Qué tipos de gastos?	Médicos/farmacia, dentales, de la vista	Médicos/farmacia (si usted <i>no</i> se inscribió en una HSA según el plan Bronze Plus), dental y de la vista
¿Se transfieren los fondos no utilizados de un año a otro?	Sí	No, los reclamos se deben incurrir antes del 31 de diciembre y deben presentarse antes del 31 de marzo del año siguiente.
¿Usted es dueño de la cuenta?	Sí, usted puede llevársela si cambia de planes médicos o deja la compañía.	No, los fondos no utilizados se pierden.
¿Máxima aportación anual?	\$3,450 para el empleado solamente; \$6,850 si cubre a miembros de la familia*	\$2,600
¿Puedo cambiar mi aportación después de inscribirme?	Sí	No

*Si usted tiene 55 años o más, puede aportar \$1,000 adicionales.

Reglas especiales de la HSA

- Para ser elegible para aportar a una HSA, tiene que inscribirse en un Plan Bronze Plus. Si usted está cubierto por otro plan médico, también debe ser un plan médico de alto deducible a fin de que usted sea elegible para una HSA. Por ejemplo, si también está inscrito en el plan de su cónyuge, ese plan también debe ser un plan médico de alto deducible.
- Usted no puede aportar a una HSA si:
 - Está inscrito en Medicare o en un plan médico de veteranos.
 - Es reclamado como dependiente en la declaración federal de impuestos de otra persona.
 - Usted y su cónyuge participan actualmente (o participaron previamente dentro del año del plan actual) en una Cuenta de Gastos Flexible de Atención Médica (FSA de Atención Médica) de propósito general.
- Aunque usted puede inscribir a sus hijos hasta la edad de 26 años en su cobertura médica, no siempre puede usar dinero de su HSA para pagar los gastos médicos de ellos. Para los hijos mayores de 18 años (o menores de 24 años si son estudiantes de tiempo completo), usted solo puede usar dinero de la HSA para sus gastos si el hijo vive con usted por más de seis meses durante el año, usted proporciona más de la mitad de su sustento y el hijo no es de otro modo inelegible para reembolsos de la HSA libre de impuestos.
- Usted no puede tener una HSA y usar al mismo tiempo una FSA de Atención Médica para gastos médicos. En esta situación, su FSA se considerará una FSA de Atención Médica limitada y solo podrá usarla para pagar gastos dentales y de la vista calificados. Recuerde que puede usar su HSA para gastos médicos, dentales y de la vista. Si actualmente tiene dinero en una FSA de Atención Médica y desea aportar a una HSA en el próximo año del plan, use el dinero de la FSA de Atención Médica antes del 31 de diciembre.

Discapacidad

Seguro de Discapacidad de Corto Plazo (STD)

La cobertura de Discapacidad de Corto Plazo (STD, por sus siglas en inglés) le puede brindar un respaldo financiero importante si usted no puede trabajar durante un periodo de tiempo prolongado debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Después de que usted no pueda trabajar durante 7 días calendario consecutivos, el plan de STD le proporcionará beneficios equivalentes al 60% de su sueldo base semanal* mientras usted siga estando médicamente certificado como discapacitado, hasta por un máximo de 26 semanas (incluido el periodo de espera de 7 días). Los beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo están excluidos bajo la STD.

Si usted es un empleado nuevo, hay un periodo de espera de 90 días para la elegibilidad para la STD.

NOTA: Si en su localidad se ofrece la Discapacidad de Corto Plazo (STD) y usted no se inscribió en ella previamente, puede optar por esta cobertura en 2018.

Seguro de Discapacidad de Largo Plazo (LTD)

- El Plan de Discapacidad de Largo Plazo (LTD) ofrece protección opcional de ingresos si usted queda médicamente discapacitado debido a una enfermedad o lesión y no puede trabajar por más de 26 semanas. La cobertura LTD es opcional y usted debe inscribirse si desea tener la cobertura.
- Su costo para la cobertura LTD se presenta en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios. Su cantidad de beneficio y su costo para la cobertura pueden cambiar durante el año para reflejar cambios en su sueldo.
- Los beneficios equivalen al 50% de su sueldo base mensual elegible*, hasta un máximo de \$3,500 por mes, mientras usted siga médicamente certificado como discapacitado.
- Los beneficios LTD son reducidos por cualquier beneficio que usted reciba de un plan de discapacidad del gobierno federal o estatal.
- Los beneficios LTD son ingresos gravables y serán reportados en un formulario W-2.

NOTA: Si usted no se inscribe para LTD cuando sea inicialmente elegible, puede inscribirse durante los periodos de inscripción anual subsiguientes o cuando tenga un cambio de situación calificado. Tendrá el requisito de presentar una **Evidencia de Asegurabilidad** a la aseguradora para su aprobación.

Asociados cubiertos bajo un convenio colectivo de trabajo

Se ofrecerán a los asociados beneficios de discapacidad según lo determinen sus respectivos convenios colectivos de trabajo. Consulte el Sitio Web de Inscripción para Beneficios para determinar los beneficios a los que tiene derecho.



Por favor tenga presente que los Planes LTD y STD incluyen una estipulación de condición preexistente. Los planes de discapacidad tienen una estipulación de condición preexistente que será revisada para cualquier afección médica si usted queda discapacitado durante sus primeros 12 meses de cobertura y su discapacidad es debida a la misma afección o a una afección relacionada, para la cual usted recibió tratamiento durante el periodo de tres meses anterior al comienzo de su cobertura. No se le pagarán beneficios por la afección para la cual usted recibió tratamiento, consulta, atención o servicios médicos, o tomó medicamentos de receta o le recetaron medicamentos.

Para información de contacto, [haga clic aquí](#).

*Los ingresos elegibles pueden incluir comisiones para los choferes de rutas de Servicios de Refrescos.

Después de inscribirse...

Poco después de inscribirse, recibirá una confirmación en su hogar donde se mostrarán las coberturas que eligió y la cantidad que debe pagar por sus elecciones. Revise cuidadosamente su confirmación para cerciorarse de que refleje con precisión sus elecciones de beneficios. Usted tiene 14 días a partir de la fecha impresa en su confirmación de beneficios para hacer cambios para 2018.



Si hubiera algún problema con la información en su declaración de confirmación, siga las instrucciones que se encuentran en la misma o llame de inmediato al Departamento de Servicios de Beneficios de Aramark al **1-855-528-BENE (2363)** para hablar con un representante de Servicios de Beneficios.



NOTA: Al presentar su inscripción en el Sitio Web de Inscripción para Beneficios y el Portal de Beneficios Médicos, usted autoriza las deducciones de nómina correspondientes para los programas/planes que requieren que haga una aportación para cobertura, incluidas las primas relacionadas con la situación de fumador y/o cónyuge que trabaja (si corresponde). En caso de que su sueldo en cualquier período de nómina no sea suficiente para cubrir el importe total de las deducciones por las primas de seguro, usted autoriza a Aramark a deducir cualquier importe de prima de seguro remanente sin pagar de futuros períodos de nómina hasta que quede totalmente pagado. Usted también consiente a la divulgación de la información necesaria sobre atención médica de sus proveedores a las aseguradoras, en la medida en que se relacione con la gestión y el procesamiento de cualquier reclamación. Usted también autoriza a Aramark para que les permita a sus Asociados de Negocios y a sus Administradores de Discapacidad compartir información relacionada con sus reclamaciones de beneficios, o las de sus dependientes, para fines de gestión de casos y análisis estadísticos y usar su información personal para fines administrativos y de nómina. Toda la información se manejará de acuerdo con las regulaciones estatales y federales para proteger la privacidad. Aramark no tendrá acceso directo a la información sobre reclamaciones individuales, pero sí recibirá información global sobre reclamaciones de parte de Asociados de Negocios o Administradores de Discapacidad.

Contactos clave

Aetna	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://ah2018si.myhealthbenefitschoice.com Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.aetna.com Teléfono: 1.855.496.6289
Cigna	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://www.cigna.com/aonactivehealth-withyou-2018 Cuando ya sea miembro (sitio web): https://my.cigna.com Teléfono: 1.855.694.9638
CVS Caremark	Sitio web para miembros (sitio de vista previa): http://info.caremark.com/aramark Sitio web para miembros : www.caremark.com Teléfono: 1.866.231.8569
Dean / Prevea360 (generalmente disponible en WI)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://aon.deanhealthplan.com Cuando ya sea miembro (sitio web): http://aon.deanhealthplan.com Teléfono: 1.877.232.9375
Geisinger (generalmente disponible en PA central)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://geisinger.org/aon Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.geisinger.org/member-portal Teléfono: 1.844.390.8332
Health Net (generalmente disponible en AZ, CA, OR y WA)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://www.healthnet.com/myaon Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.healthnet.com/myaon Teléfono: 1.888.926.1692
HMSA	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://www.hmsa.com/aon-hewitt Cuando ya sea miembro (sitio web): https://members.hmsa.com Teléfono: 1.800.651.4672
Independence Blue Cross	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://www.ibx.com/aonsf Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.ibx.com/login Teléfono: 1.855.438.2583
Kaiser Permanente (antiguamente Group Health en WA)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://kp.org/wa/aonactivehealth Cuando ya sea miembro (sitio web): https://wa-member.kaiserpermanente.org Teléfono: 1.855.407.0900
Kaiser Permanente (generalmente disponible en CA, CO, D.C., GA, MD, VA, OR y suroeste de WA)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://www.kp.org/aonhewitt Cuando ya sea miembro (sitio web): http://www.kp.org Teléfono antes de la inscripción: 1.877.580.6125 Teléfono después de la inscripción de CA: 1.800.464.4000 Teléfono después de la inscripción de CO: 1.303.338.3800 Teléfono después de la inscripción de GA: 1.404.261.2590 Teléfono después de la inscripción de D.C., MD, VA: 1.800.777.7902 Teléfono después de la inscripción de OR y suroeste de WA: 1.800.813.2000
Kaiser Permanente (HI)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://www.kp.org/aonhewitt Cuando ya sea miembro (sitio web): http://www.kp.org Teléfono antes de la inscripción: 1.877.580.6125 Teléfono después de la inscripción 1.808.432.5955
UnitedHealthcare	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): http://welcometouhc.com/aon2 Cuando ya sea miembro (sitio web): http://myuhc.com Teléfono: 1.888.297.0878
UPMC Health Plan (generalmente disponible en el occidente de PA)	Antes de ser miembro (sitio de vista previa): https://www.upmchealthplan.com/aon Cuando ya sea miembro (sitio web): https://www.upmchealthplan.com/member Teléfono: 1.844.252.0690

Contactos clave (continuación)

MEDICAMENTOS DE RECETA

CVS Caremark

(Para participantes en Aetna, Independence Blue Cross, UnitedHealthcare y Cigna)

Teléfono: **1-866-231-8569**
Sitio web: www.caremark.com

DENTAL

Delta Dental

Teléfono: **1-800-932-0783**
Sitio web: www.deltadentalins.com
Núm. de grupo del plan: 2497

Para localizar a proveedores de la red, visite www.deltadentalins.com.

Busque proveedores bajo los Planes Delta Dental PPO (para los mayores ahorros) y/o Delta Dental Premier® (para el mayor acceso)

CUIDADO DE LA VISTA Y AUDÍFONOS

Plan VSP

Teléfono: **1-800-877-7195**
Sitio web: www.vsp.com
Núm. de grupo del plan: 12221565

Para localizar a proveedores de la red, visite: www.vsp.com

Seleccione su red – Elija VSP Choice

Pase de Ahorros de la Vista

Teléfono: **1-800-877-7195**
Sitio web: www.vsp.com
Grupo del Plan #12313941

Programa de Descuento de Audífonos VSP TruHearing

Teléfono: **1-844-228-5415**
Sitio web: vsp.truhearing.com

PROGRAMA DE DEFENSA PARA EL CÁNCER

Robin Care

Teléfono: **1-855-MYROBIN (697-6246)**
Sitio web: www.getrobincare.com/aramark

PROGRAMA DE CONTROL DE DIABETES

Livongo

Teléfono: **1-800-945-4355**
Sitio web: <https://welcome.livongo.com/aramark>

DISCAPACIDAD DE CORTO PLAZO

Sedgwick

Teléfono: **1-855-560-4048**

SEGURO DE DISCAPACIDAD DE LARGO PLAZO (LTD)

Cigna

(para reclamaciones en o después del 1 de enero de 2018)
Teléfono: **1-800-36-CIGNA (24462)**

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES

Departamento de Beneficios de Aramark

Teléfono: **1-855-528-BENE (2363)**
Sitio web: www.aramark.net/aramarkbenefits

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

UnitedHealthcare

Teléfono: **1-800-331-0480**
Sitio web: www.myuhc.com

CUENTAS DE AHORROS DE ATENCIÓN MÉDICA (HSA)

Departamento de Beneficios de Aramark

Teléfono: **1-855-528-BENE (2363)**
Sitio web: www.aramark.net/aramarkbenefits

PROGRAMA DE ASISTENCIA A EMPLEADOS (EAP)

Cigna Behavioral Health

Teléfono: **1-888-636-6717**
Sitio web: www.cignabehavioral.com

PLANES PERSONALES

Beneficios Voluntarios de Mercer

Teléfono: **1-800-642-5746**
Sitio web: www.aramarkpersonalplans.com

PREGUNTAS SOBRE LOS BENEFICIOS

Departamento de Beneficios de Aramark

Teléfono: **1-855-528-BENE (2363)**
Sitio web: www.aramark.net/aramarkbenefits

Esta Guía es un resumen breve del Programa de beneficios de Aramark para empleados elegibles. La Guía describe ciertas características claves del Programa, pero no provee información detallada. Si bien hemos hecho todo intento por asegurar la precisión de la información contenida en esta Guía, si hubiera alguna discrepancia entre esta Guía y los contratos y documentos oficiales del Plan, éstos últimos regirán. Además, esta Guía no constituye ni implica un contrato de empleo, ni garantiza la continuidad de este programa de beneficios. Aramark se reserva el derecho de cambiar, enmendar o dar por terminados sus planes en cualquier momento y por cualquier motivo.

LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE—REQUISITOS DE LA SECCIÓN 1557

De acuerdo con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA), Aramark cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina con base en la raza, origen nacional, edad, discapacidad ni género. Se requiere que las entidades con cobertura coloquen avisos de no discriminación, así como texto para advertir a las personas con dominio limitado del inglés (Limited English Proficiency, LEP) de la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística.

Texto para advertir a las personas con dominio limitado del inglés de la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-528-BENE (2363)**.

Chino (繁體中文): 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-528-BENE (2363)**。

Filipino (Tagalog): Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-855-528-BENE (2363)**.

Vietnamita (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-528-BENE (2363)**.

Francés (Français): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-855-528-BENE (2363)**.

Coreano (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-528-BENE (2363)**.

Alemán (Deutsch): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-855-528-BENE (2363)**.

العربية (Árabe):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-855-528-BENE (2363)**

Ruso (Русский): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-528-BENE (2363)**.

Criollo haitiano (Kreyòl Ayisyen): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-855-528-BENE (2363)**.

Italiano (Italiano): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-855-528-BENE (2363)**.

Portugués (Português): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-855-528-BENE (2363)**.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-855-528-BENE (2363)** पर कॉल करें।

Polaco (Polski): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-855-528-BENE (2363)**.

Japonés (日本語):注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-855-528-BENE (2363)** まで、お電話にてご連絡ください。