

Equilibre su salud y bienestar

—
Guía de inscripción
anual para beneficios

2025

Índice

SALUD Y BIENESTAR

<u>Cómo inscribirse</u>	3
<u>Novedad para 2025</u>	4
<u>Elegibilidad</u>	5
<u>Beneficios médicos</u>	6-8
<u>Whole Health Plan</u>	9
<u>PPO de HMSA (solo Hawái)</u>	10
<u>Programas y recursos</u>	11
<u>Recetas</u>	12-13
<u>Beneficios dentales</u>	19
<u>Beneficios de la visión</u>	20
<u>Cuentas de fondos para atención médica</u>	21-22
<u>Cuentas de gastos flexibles (FSA)</u>	23

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

<u>Enfermedades críticas</u>	14
<u>Accidente</u>	15
<u>Indemnización hospitalaria</u>	16
<u>Seguro de vida y por AD&D</u>	17
<u>Discapacidad</u>	18
<u>Everyday Benefits</u>	24
<u>Beneficios adicionales</u>	25
<u>Tasas de contribución</u>	26-27
<u>Contactos</u>	28-29

Nutrir a los miembros de nuestro equipo

En Whole Foods Market (WFM), nuestra misión de nutrir a las personas y al planeta incluye mejorar el bienestar de los miembros del equipo. Una de las formas en la que lo hacemos es realizando inversiones significativas en los programas de beneficios que se ofrecen. Estamos emocionados de compartir lo que nos espera para el próximo año.

En 2025, por cuarto año consecutivo, las tasas de contribución del plan médico de los miembros del equipo (TM) seguirán siendo las mismas, ya que WFM absorberá el aumento de costos.

Las nuevas opciones de planes médicos ofrecerán mayores oportunidades para que los TM elijan el plan que mejor satisfaga sus necesidades.

Creemos en el poder curativo y vivificante de los alimentos. Nuestra oferta de descuentos en las tiendas y enfoque en atención preventiva proporciona las herramientas para nutrirse, con planes de salud integrales para apoyar a los TM dondequiera que se encuentren en su viaje de bienestar.

Esperamos que se tome un tiempo para revisar esta guía y seleccionar los planes adecuados para usted y su familia para el próximo año.

Muchas gracias por todo lo que hace.

Julie Cunningham

Vicepresidenta, Recompensas Totales y Talento



Bienvenido a su Guía de beneficios 2025 de Whole Foods Market

Use esta Guía de beneficios para ver las novedades. Luego, visite mywfmbenefits.com para obtener más información sobre sus opciones. Después, el 14 de octubre, comience a seleccionar sus beneficios para 2025 usando MyApps en Innerview y luego vaya al Portal de inscripción de beneficios.

En esta guía, encontrará toda la información que necesita para elegir sus beneficios, incluyendo:

- Detalles sobre las opciones de beneficios disponibles para usted y las novedades para 2025.
- Pautas de elegibilidad e información sobre cómo y cuándo inscribirse.
- Programas y recursos adicionales disponibles para ayudarlo a administrar su salud general, proteger sus finanzas y más.

Cómo inscribirse

Ofrecemos varias formas de inscripción para proporcionarle el nivel de respaldo más adecuado.

Los orientadores de beneficios certificados están disponibles para ayudarlo a recorrer el sistema de inscripción, responder sus consultas y ayudarlo con las elecciones de los beneficios. Comuníquese en el formato que le resulte más cómodo.



EN LÍNEA: Visite myapps.wholefoods.com y siga las instrucciones para completar su inscripción.



POR TELÉFONO: Llame al Centro de Servicios de Beneficios para hablar con un representante de inscripción que registrará sus elecciones por teléfono. **888-681-2249, opción 1, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central (CT).**



VIRTUAL: Programe una videollamada individual con un asesor de beneficios certificado en www.benefitsgo.com/WFMWebscheduler. **NOTA: El uso de cámara es opcional.**

ES HORA DE ACTUAR

Asegúrese de inscribirse en los beneficios que necesita (y desea) para 2025 antes de las 7:00 p. m., hora central (CT) del 25 de octubre de 2024.

Tome medidas durante la Inscripción anual para beneficios si desea realizar cambios en su cobertura actual de WFM, contribuir a una Cuenta de ahorros para la salud (HSA) o Cuenta de gastos flexibles (FSA) e inscribirse en una nueva cobertura en 2025.

La inscripción anual para los beneficios es su oportunidad de elegir los beneficios durante el año, a menos que experimente un evento de vida calificado como casamiento, divorcio o nacimiento de un hijo.



Inscríbese en línea.



EN LÍNEA: Durante la inscripción anual para beneficios, el sistema de inscripción está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Visite myapps.wholefoods.com/ o escanee aquí. Desde el panel de MyApps, seleccione el Portal de inscripción de beneficios para completar su inscripción por su cuenta.

Novedades para 2025

Whole Foods Market agregará nuevas y emocionantes opciones de beneficios en 2025

SIN CAMBIOS EN LA CONTRIBUCIÓN MÉDICA Y DE LA VISIÓN: Por cuarto año consecutivo, Whole Foods Market no aumentará las contribuciones médicas. Para 2025, los miembros del equipo no verán un aumento en las contribuciones de la visión.

¡NOVEDAD! PLAN MÉDICO SUREST: El Plan Surest (Surest) es un nuevo plan para 2025 que ofrece una red nacional de proveedores a través de UnitedHealthcare. Se ofrecerá en todo el país a todos los miembros del equipo elegibles para recibir beneficios de tiempo completo (excepto Hawái).

PLAN NATIONAL SELECT: El Plan National Select ahora está disponible en todos los mercados (excepto Hawái). El plan ofrece una red nacional de proveedores a través de BlueCross BlueShield of Texas. Con este plan, usted estará inscrito en una Cuenta de bienestar personal (PWA).

¿QUIERE AGREGAR A UN DEPENDIENTE?

Si elige cubrir a sus dependientes por primera vez, debe verificar su elegibilidad durante el proceso de inscripción de beneficios. Sus dependientes recién agregados no se agregarán a su cobertura hasta que se complete el proceso de verificación de elegibilidad de dependientes. Si no puede proporcionar la documentación requerida dentro de los 30 días posteriores al proceso de inscripción de beneficios, comuníquese con el Centro de Servicios de Beneficios de Whole Foods Market para analizar sus opciones.

Tenga en cuenta que los miembros del equipo activos no pueden considerarse dependientes y deben estar inscritos en su propio plan para estar cubiertos.



Elegibilidad

Cuando se trata de elegir sus beneficios, es importante comprender qué está disponible para que pueda tomar una decisión informada sobre la cobertura. Las normas de elegibilidad pueden variar en función del lugar de residencia. Revise la tabla siguiente para obtener más información.

Consulte la [Descripción resumida del plan \(SPD\)](#) para obtener más detalles sobre elegibilidad y la inscripción.

BENEFICIO	USTED (MIEMBRO DEL EQUIPO)	SUS DEPENDIENTES
Cobertura médica	Usted es elegible para la cobertura a partir del primer día del mes después de 60 días de su fecha de contratación en WFM si está clasificado como empleado a tiempo completo y trabaja regularmente 30 horas o más por semana o se encuentra en un período de estabilidad de tiempo completo según la Ley de Protección de los Pacientes y Cuidados Asequibles (ACA). Los miembros del equipo deben realizar una elección dentro de los 30 días posteriores a su fecha de contratación o cambio en su estado de elegibilidad. Miembros del equipo de Hawái: Usted es elegible para la cobertura a partir del primer día del mes después de cuatro semanas consecutivas de su fecha de contratación en WFM si trabaja regularmente 20 horas o más por semana o se encuentra en un período de estabilidad de tiempo completo según la ACA.	<ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge • Pareja doméstica • Hijo(s) (hasta los 26 años) Este incluye: <ul style="list-style-type: none"> – Hijos biológicos – Hijos adoptados – Hijastros – Hijos con tutoría legal – Hijos discapacitados (cubiertos por el plan médico de WFM, discapacitados antes de los 26 años y que dependen de usted para su manutención) – Hijos de su pareja doméstica (si su pareja doméstica está cubierta)
Cobertura dental y de la visión	Usted es elegible para la cobertura a partir del primer día del mes después de 60 días de su fecha de contratación en WFM si está clasificado como empleado a tiempo completo y trabaja regularmente 30 horas o más por semana. Miembros del equipo de Hawái: Usted es elegible para la cobertura a partir del primer día del mes después de cuatro semanas consecutivas de su fecha de contratación en WFM si está clasificado como empleado a tiempo completo.	Tenga en cuenta lo siguiente: Se debe proporcionar constancia elegible del estado de dependiente dentro de los 30 días posteriores a la elección. De lo contrario, se le negará la cobertura.
Cuenta de ahorros para la salud (HSA) <i>No disponible para miembros del equipo de Hawái.</i>	Usted es elegible a partir del primer día del mes después de 60 días de su fecha de contratación en WFM si está clasificado como empleado a tiempo completo y trabaja regularmente 30 horas o más por semana o se encuentra en un período de estabilidad de tiempo completo según la ACA. También debe estar inscrito en el Plan National Choice o en el Whole Health Plan para poder elegir la HSA. Consulte las disposiciones sobre elegibilidad en las páginas 21 y 22 .	Puede usar su HSA solo para su cónyuge o dependientes fiscales elegibles (cualquiera que pueda reclamar como dependiente en su declaración de impuestos). Se aplican condiciones. Consulte la Publicación 969 del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Nota: No puede usar su HSA para su pareja doméstica ni para los hijos de su pareja doméstica, a menos que sean dependientes fiscales.
Cuenta de bienestar personal (PWA) <i>No disponible para miembros del equipo de Hawái.</i>	Usted es elegible a partir del primer día del mes después de 60 días de su fecha de contratación en WFM si está clasificado como empleado a tiempo completo y trabaja regularmente 30 horas o más por semana o se encuentra en un período de estabilidad de tiempo completo según la ACA. También debe estar inscrito en el Plan National Choice, en el Plan National Select o en el Whole Health Plan para poder elegir la PWA.	Puede usar su PWA para su cónyuge o dependientes fiscales elegibles siempre que estén inscritos en los planes de beneficios de WFM como sus dependientes. Se aplican condiciones. Consulte la Publicación 969 del IRS. Nota: No puede usar su PWA para su pareja doméstica ni para los hijos de su pareja doméstica, a menos que sean dependientes fiscales.
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Usted es elegible a partir del primer día del mes después de 60 días de su fecha de contratación en WFM si está clasificado como empleado a tiempo completo y trabaja regularmente 30 horas o más por semana. Miembros del equipo de Hawái: Usted es elegible para la cobertura a partir del primer día del mes después de cuatro semanas consecutivas de su fecha de contratación en WFM si está clasificado como empleado a tiempo completo.	Puede usar su FSA para su cónyuge o para sus dependientes fiscales elegibles. Se aplican condiciones. Consulte la Publicación 969 del IRS.
Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	Usted es elegible para la cobertura a partir del primer día del mes después de 60 días de su fecha de contratación en WFM si está clasificado como empleado a tiempo completo y trabaja regularmente 30 horas o más por semana. Miembros del equipo de Hawái: Usted es elegible para la cobertura a partir del primer día del mes después de cuatro semanas consecutivas de su fecha de contratación en WFM si está clasificado como empleado a tiempo completo.	Su cónyuge/pareja doméstica y sus hijos elegibles (hasta los 26 años), si elige el monto mínimo de cobertura para usted. Los miembros del equipo de la misma familia no pueden inscribirse en varios planes; es decir, el cónyuge de un TM que trabaja en WFM no puede estar cubierto por su propia póliza de vida para TM de WFM ni por una póliza para cónyuge de WFM. Consulte la página 17 para obtener información.
Discapacidad	Usted es elegible para la cobertura y queda inscrito automáticamente en seguro por discapacidad a corto plazo (STD) y seguro por discapacidad a largo plazo (LTD) el primer día del mes después de 60 días de su fecha de contratación en WFM o si pasa a un puesto elegible para beneficios como empleado a tiempo completo y trabaja regularmente 30 horas o más por semana. Miembros del equipo de Hawái: Usted es elegible para la cobertura si ha trabajado en WFM durante al menos cuatro semanas consecutivas y está clasificado como empleado a tiempo completo.	N/A

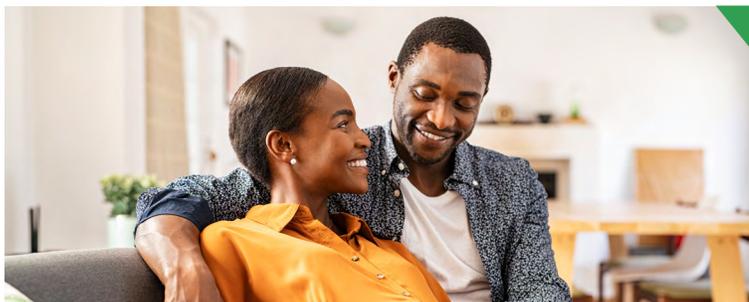
Beneficios médicos

WFM ofrece planes médicos integrales para satisfacer las necesidades de los miembros de nuestro equipo. La elegibilidad para planes médicos está determinada por el código postal de su domicilio según la dirección principal registrada en Workday. Cuando se inscriba, solo verá las opciones de planes médicos para las que es elegible en el portal de inscripción de beneficios.

- **NUEVO: el Plan Surest** es un nuevo plan para 2025 que ofrece una red nacional de proveedores a través de UnitedHealthcare. Este plan ofrece acceso a la gran red nacional de proveedores sin deducibles ni coseguro y muestra copagos reales (no estimaciones) antes de recibir atención, lo que permite a los miembros del equipo encontrar oportunidades para ahorrar. Puede conservar los fondos que tenga actualmente en su cuenta de ahorros para la salud y utilizarlos para gastos elegibles según las pautas del IRS. Si está inscrito en una Cuenta de bienestar personal antes de seleccionar Surest, sus fondos se transferirán a una PWA para propósitos limitados elegible para gastos dentales y de la visión únicamente.
- **El Plan National Choice** ofrece una red nacional de proveedores a través de BlueCross BlueShield of Texas. Con este plan, usted elige su Cuenta de fondos para atención médica: Cuenta de ahorros para la salud (HSA) o Cuenta de bienestar personal (PWA).
- **El Plan National Select** ahora está disponible en todos los mercados (excepto Hawái). El plan ofrece una red nacional de proveedores a través de BlueCross BlueShield of Texas. Con este plan, usted estará inscrito en una Cuenta de bienestar personal (PWA).
- **El Whole Health Plan (WHP)** está disponible en ciertos mercados, con una red local de proveedores de Nivel preferido a través de Employers Health Network (EHN)* y una red nacional de proveedores de Nivel ampliado a través de Aetna Signature Administrators (ASA). Con este plan, usted elige su Cuenta de fondos para atención médica: Cuenta de ahorros para la salud (HSA) o Cuenta de bienestar personal (PWA).
- **La Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Hawái** a través de HMSA para miembros del equipo en Hawái.

*Para los residentes del área metropolitana de Nueva York, Northwell Direct proporciona la red de Nivel preferido. Visite wfm.employershealthnetwork.com para obtener información.

¿Cuál es el plan más adecuado?



FUTUROS PADRES

Situación médica: muy saludables y están esperando su primer hijo el próximo año.

Factores de riesgo financiero: tener un bebé puede ser costoso.

En general, esta pareja se inscribe en el plan médico con las primas más bajas, pero ahora que están esperando un bebé, tiene más sentido que elijan el plan con menores costos de bolsillo, como el Plan National Select o Surest.

Eligen un seguro de indemnización hospitalaria para ayudar a cubrir parte de su deducible y coseguro cuando nazca el bebé.

Al planificar el tiempo fuera del trabajo, revisan su elección de seguro por discapacidad a corto plazo y su elegibilidad para el beneficio de licencia parental remunerada por la compañía.*

*La cobertura de seguro por STD y para padres no se aplican simultáneamente.

También se aseguran de tener una cobertura suficiente de seguro de vida y actualizan la información de sus beneficiarios.

De cara a la llegada del bebé, consideran la Cuenta de gastos flexibles para la atención de dependientes con el objetivo de reservar dinero antes de impuestos para ayudar con los costos del cuidado infantil.

Beneficios médicos

Las necesidades de atención de salud son diferentes para cada persona. Ofrecemos múltiples opciones para que pueda elegir el nivel de cobertura que mejor se adapte a sus necesidades y su presupuesto.

Ofrecemos cuatro opciones médicas que proporcionan beneficios de atención médica integrales.

PLAN NATIONAL CHOICE
PLAN NATIONAL SELECT
PLAN SUREST
WHOLE HEALTH PLAN*

Cada plan ofrece acceso a una red de proveedores médicos de alta calidad. La diferencia es que cada opción conlleva diferentes primas y costos de bolsillo.

¿Cuál es el plan adecuado para usted?

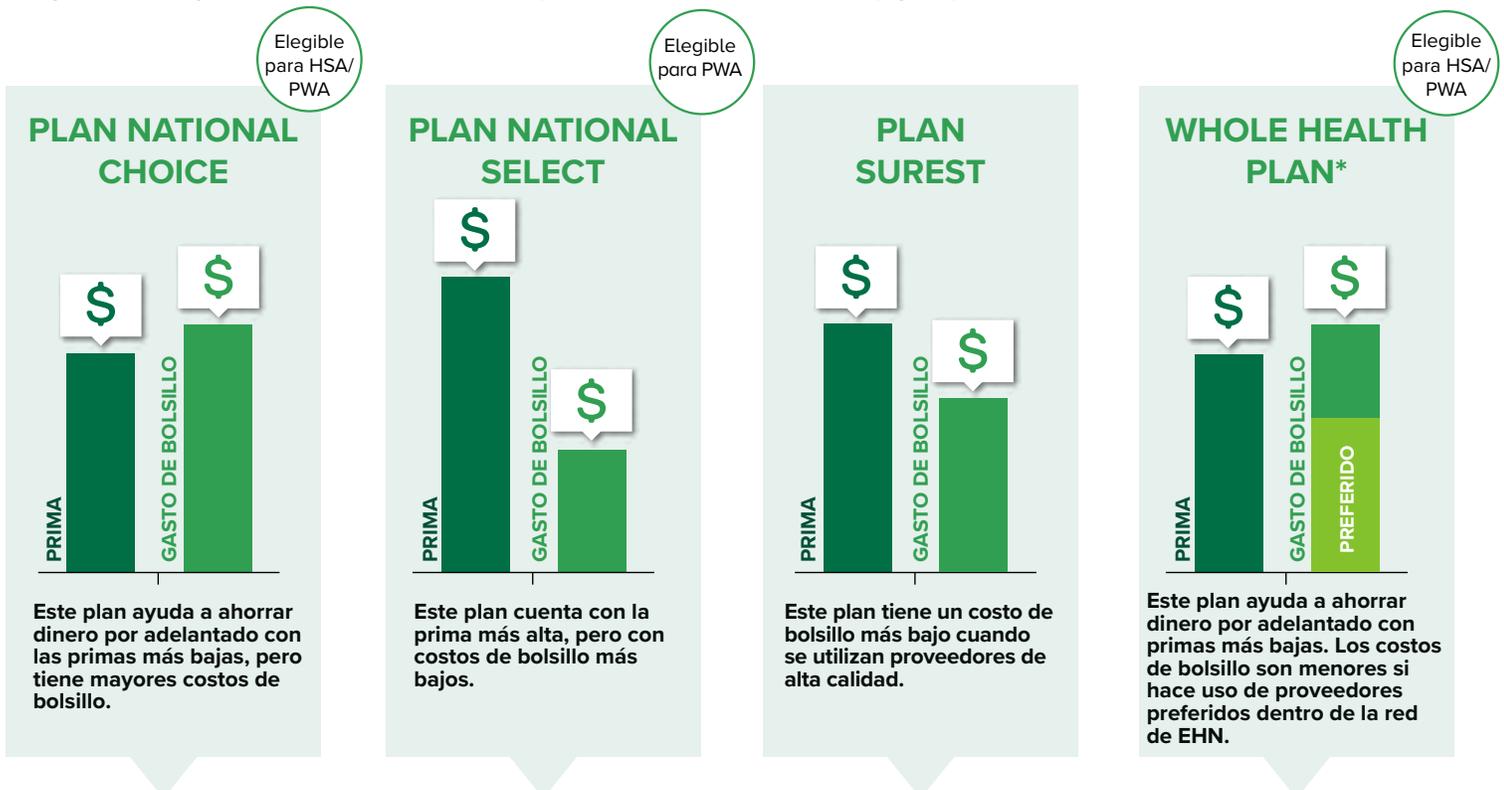
Equipare el gasto de su prima con lo que espera gastar en servicios médicos. Si es una persona sana y espera no tener demasiadas visitas al médico puede disminuir en gran parte el gasto inicial al elegir una opción con una prima más baja. Si necesita bastante atención y les gustaría disminuir los gastos de bolsillo, una opción con una prima más alta podría ser la correcta.

¿Aún no está seguro?

Use la herramienta Compare the Plans visitando mywfbbenefits.com para comparar sus opciones con cada plan



*Tenga en cuenta lo siguiente: El Whole Health Plan solo está disponible en ciertos mercados. Consulte la página 9 para obtener más detalles.



Es mejor si usted...

es una persona sana, activa y se espera que rara vez necesite atención médica, lo que le permite aprovechar al máximo el ahorro con la prima.

Es mejor si usted...

necesitará mucha atención médica en el próximo año, como una cirugía compleja.

Es mejor si usted...

quiere tomar decisiones informadas sobre su atención y tiene interés en elegir proveedores en función de la calidad, la eficiencia y el costo.

Es mejor si usted...

tiene interés en utilizar una red local seleccionada de proveedores de alta calidad.

Beneficios médicos

Revise los detalles de los planes médicos en la siguiente tabla para comparar sus opciones.

Característica del plan	NATIONAL CHOICE PLAN (BCBSTX) CON HSA O PWA		NATIONAL SELECT PLAN (BCBSTX) CON PWA		PLAN SUREST	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Financiamiento de la HSA o PWA	\$1,000 Individual \$1,500 Familiar (incluye todos los demás niveles de cobertura)		\$500 Individual \$1,000 Familiar (incluye todos los demás niveles de cobertura)		N/A	N/A
Deducible anual • Individual • Familiar	\$3,300 \$5,000	\$7,500 \$10,500	\$1,600 \$3,200	\$7,500 \$10,500	\$0	\$0
Costo máximo de bolsillo • Individual • Familiar	\$6,650 \$13,300	\$13,300 \$26,200	\$3,325 \$6,650	\$13,300 \$26,200	\$6,000 \$12,000	\$12,000 \$24,000
Usted paga						
Atención preventiva	\$0, no está sujeto al deducible	60% después del deducible	\$0, no está sujeto al deducible	60% después del deducible	\$0	\$210
Visitas al consultorio (proveedor de atención primaria (PCP)/ especialista)	25% después del deducible	60% después del deducible	\$30/\$60 de copago	60% después del deducible	\$35 a \$140	\$210
Visitas de atención de urgencia	25% después del deducible	60% después del deducible	Copago de \$60	60% después del deducible	\$90	\$270
Servicios de laboratorio (radiografías, análisis de sangre)	25% después del deducible	60% después del deducible	Copago de \$60	60% después del deducible	\$0	\$0
Servicios de hospitalización	25% después del deducible	60% después del deducible	25% después del deducible	60% después del deducible	\$600 a \$4,500	Hasta \$11,000
Servicios de atención ambulatoria	25% después del deducible	60% después del deducible	25% después del deducible	60% después del deducible	\$70 a \$4,500	Hasta \$11,000
Atención en una sala de emergencias	25% después del deducible	25% después del deducible	Copago de \$200/ 25% después del deducible	\$200 de copago/25% después del deducible	\$850	\$850

NOTA: Las opciones de su plan médico deben ofrecerle ciertos beneficios de atención preventiva dentro de la red a \$0 y estos beneficios de atención preventiva por lo general se actualizan una vez al año. Según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, los planes médicos por lo general pueden usar técnicas razonables de administración médica para determinar la frecuencia, método, tratamiento o entorno para un servicio recomendado de atención preventiva. Consulte la [Descripción resumida del plan \(SPD\)](#) para obtener una lista de servicios de atención preventiva. El copago varía según el proveedor, la calidad, el procedimiento médico y la eficiencia. Visite el sitio web de Surest para consultar los precios de los procedimientos específicos en su área.

Encuentre un proveedor dentro de la red

Siempre ahorra dinero en atención al utilizar proveedores dentro de la red. Puede encontrar un proveedor visitando el sitio web del proveedor de beneficios y utilizando la función de búsqueda de proveedores. O llamando directamente a su compañía de seguros para hablar con un representante del Centro de Servicios que pueda ayudarlo a encontrar un proveedor en su red.

The Whole Health Plan

El Whole Health Plan (WHP) está disponible en 13 mercados selectos. La elegibilidad se basa en el código postal de su domicilio.

El WHP se ofrece en:

- Arizona: Phoenix/Tucson
- California: Gran Los Ángeles/condado de Orange/San Diego
- Colorado: Denver
- Florida: Miami/Orlando
- Nueva York: Área metropolitana de Nueva York*
- Texas: Austin/Dallas-Fort Worth/El Paso/Houston/San Antonio
- Washington: Seattle

*Para los residentes del área metropolitana de Nueva York, Northwell Direct proporciona la red de Nivel preferido. Visite wfm.employershealthnetwork.com para obtener información.

De acuerdo con el Plan National Choice, cuando se usted inscribe en el WHP, puede elegir el tipo de Cuenta de fondos para atención médica: una Cuenta de ahorros para la salud (HSA) o una Cuenta de bienestar personal (PWA). Consulte las páginas 21 y 22 para obtener información sobre ambas cuentas. Cuando se inscribe en el WHP, automáticamente recibirá cobertura de medicamentos con receta dentro de la red. Consulte las páginas 11 y 12 para obtener información sobre cobertura de medicamentos con receta.

La ventaja de la red del WHP

Si bien muchos planes médicos simplemente le ofrecen la oportunidad de elegir entre proveedores dentro y fuera de la red, el WHP tiene dos niveles dentro de la red, ambos con acceso a proveedores de atención examinados de alta calidad. Además del Nivel ampliado que tiene el mismo nivel de beneficio que el Plan National Choice, el Nivel preferido tiene deducibles y gastos de bolsillo máximos aún más bajos.

Característica del plan	PROVEEDORES MÉDICOS Y DE BIENESTAR PREFERIDOS*	WHOLE HEALTH PLAN CON HSA O PWA		
		Dentro de la red		Fuera de la red
		Nivel preferido	Nivel ampliado	
Fondos de la HSA o PWA		\$1,000 Individual/\$1,500 Familiar		
Deducible anual • Individual • Familiar	\$0 (solo PWA)	\$1,700 \$3,400	\$3,300 \$5,000	\$7,500 \$10,500
Costo máximo de bolsillo • Individual • Familiar	\$0 (solo PWA)	\$3,325 \$6,650	\$6,650 \$13,300	\$13,300 \$26,200
Usted paga				
Atención preventiva	\$0, no está sujeta al deducible	\$0, no está sujeta al deducible	\$0, no está sujeta al deducible	60% después del deducible
Visitas al consultorio (PCP/Especialista)	PCP: \$0 (solo PWA)** Especialista: N/A	25% después del deducible	25% después del deducible	60% después del deducible
Visitas de atención de urgencia	N/A	25% después del deducible	25% después del deducible	60% después del deducible
Servicios de laboratorio (radiografías, análisis de sangre)	25%**	25% después del deducible	25% después del deducible	60% después del deducible
Servicios de hospitalización	N/A	25% después del deducible	25% después del deducible	60% después del deducible
Servicios de atención ambulatoria	N/A	25% después del deducible	25% después del deducible	60% después del deducible
Atención en una sala de emergencias	N/A	25% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible

*Para obtener más información sobre los proveedores médicos y de bienestar preferidos, visite wfm.employershealthnetwork.com.

**Si elige la HSA, esta atención está sujeta al deducible del Nivel preferido. Si elige la PWA, esta atención no está sujeta al deducible.

El plan PPO de HMSA (solo para miembros del equipo de Hawái)

El plan PPO de HMSA es un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), lo que significa que usted tiene la flexibilidad de elegir los proveedores de los que recibe atención. Sin embargo, tendrá costos de bolsillo más bajos si busca atención de proveedores participantes de HMSA. El plan PPO de HMSA está disponible únicamente para los miembros del equipo que viven en Hawái.

Cómo el plan PPO de HMSA paga los beneficios

Revise los detalles del plan médico y de medicamentos con receta en la siguiente tabla.

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO) DE HMSA		
Característica del plan	Proveedor participante	Proveedor no participante
Deducible anual* • Individual • Familiar		\$100 \$300
Costo máximo de bolsillo • Individual • Familiar		\$2,500 \$7,500
Usted paga		
Atención preventiva	0% (sin cargo)	30% después del deducible
Visitas al consultorio (PCP/especialista)	10%	30% después del deducible
Visitas de atención de urgencia	10%	30% después del deducible
Servicios de laboratorio para pacientes hospitalizados (radiografía, análisis de sangre)	10%	30% después del deducible
Servicios de hospitalización	10%	30% después del deducible
Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios (radiografía, análisis de sangre)	20%	30% después del deducible
Servicios de atención ambulatoria	10%	30% después del deducible
Atención en una sala de emergencias	20%	20%
Medicamentos con receta a precio minorista (suministro para 30 días) • Medicamentos genéricos • Medicamentos de marca incluidos en el Formulario • Medicamentos no incluidos en el Formulario • Medicamentos de especialidad	Hay un copago anual máximo por persona/ por familia de \$3600/\$4200 Copago de \$5 Copago de \$20 Copago de \$20 Copago de \$100	20% después del copago de \$5 20% después del copago de \$20 20% después del copago de \$20 100%
Medicamentos: pedidos por correo (suministro para 84 a 90 días) • Medicamentos genéricos • Medicamentos de marca incluidos en el Formulario • Medicamentos no incluidos en el Formulario	Copago de \$10 Copago de \$45 Copago de \$45	Sin cobertura

*Si utiliza un proveedor no participante, usted será responsable del deducible de \$100 y la diferencia entre el cargo real y el cargo elegible. Una vez que se alcance el deducible, usted será responsable del copago del proveedor no participante y de la diferencia entre el cargo real y el cargo elegible.

Proveedores participantes frente a proveedores no participantes

Hacer uso de un proveedor participante puede ayudarlo a aprovechar al máximo sus beneficios. Entre los proveedores participantes se incluyen los siguientes: HMSA, proveedor de BlueCard PPO, proveedor participante de BlueCard, proveedor contratante. Para encontrar un proveedor, visite www.hmsa.com o llame al **808-948-6111** (Oahu) o al **800-776-4672** (sin cargo en las islas vecinas o dentro del territorio).

Programas y recursos

Nuestros planes médicos proporcionan acceso a los mejores médicos y hospitales cuando usted necesita atención. Ofrecen los siguientes programas y recursos diseñados para ayudarlo a acceder a atención asequible y de calidad cuando la necesite:

Su proveedor de atención primaria (PCP)

Su PCP es su socio para mejorar y mantener su salud y bienestar. Si bien no necesita un remisión de su PCP para consultar a un especialista, su PCP puede ayudarlo a crear una base de atención y conectarlo con proveedores y recursos adicionales. Recuerde que no debe pagar nada por las visitas de atención preventiva dentro de la red, como su examen físico anual, que ofrece una excelente oportunidad para conocer a su PCP y crear un camino hacia un futuro saludable.

MDLive

Las visitas virtuales funcionan con MDLive con los planes National Choice, National Select y Whole Health Plan. MDLive lo conecta con un médico o proveedor de salud conductual en cualquier momento, por teléfono o video, para el tratamiento de lo siguiente:

- Enfermedades habituales como resfríos y gripe.
- Necesidades de salud conductual.
- Problemas dermatológicos como sarpullidos.
- Y más.

Las visitas por enfermedad de MDLive cuestan menos que una visita de atención de urgencia o a una sala de emergencias, y usted paga una tarifa fija por las visitas de salud conductual según los servicios que recibe antes de alcanzar el deducible. Llame o haga una videoconferencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año al **888-680-8646**.

NOTA: A partir de 2025, los beneficios de Telemedicina no podrán pagarse antes del deducible en un plan de salud con deducible elevado.

¿Tiene un proveedor de atención primaria?

Tener un proveedor de atención primaria (PCP) es el primer paso para mantener una mejor salud y ahorrar en costos de atención médica. Piense en su PCP como su socio para crear su versión más saludable. Su PCP puede asegurarse de que usted reciba la atención preventiva adecuada a su edad que necesita y ayudarlo a encontrar un especialista si lo necesita.

Atención virtual de Surest

Para los miembros del equipo inscritos en el Plan Surest, la atención virtual ofrece un acceso conveniente a expertos en atención médica a través de su teléfono, tableta o computadora. Para conectarse con la atención virtual, configure su cuenta Surest y luego busque "atención virtual" para ver las opciones virtuales disponibles que hay para usted con copago bajo o sin copago. Los proveedores virtuales pueden diagnosticar, tratar y recetar medicamentos para una amplia gama de afecciones médicas que no son de emergencia, incluidas las del resfrío y la gripe, la salud mental y la terapia de ejercicios.

Atención virtual para la espalda y las articulaciones

Hinge Health: Disponible para los inscritos en el plan National Choice, National Select y Whole Health Plan, Hinge Health lo ayuda a superar el dolor de espalda y articulaciones, recuperarse de lesiones, prepararse para la cirugía y mantenerse saludable y sin dolor. Sus programas combinan la terapia de ejercicio guiada por sensores portátiles con un equipo de atención clínica que incluye fisioterapeutas, asesores de salud y médicos.

Atención virtual de Kaia: Disponible para los inscritos en el Plan Surest y ofrece terapia digital complementada con atención humana con planes integrales para el dolor de espalda, de articulaciones y crónico.

Programa de asistencia para miembros del equipo

Beneficio elegible a tiempo parcial

El Programa confidencial de asistencia para miembros del equipo (TMAP) ofrece un enfoque holístico para el bienestar mental para usted y los miembros de su hogar con una biblioteca en línea de ejercicios de atención plena y meditación, sesiones de chat ilimitadas con un asesor dedicado y hasta siete sesiones clínicas virtuales por problema, por año para usted y cualquier persona en su hogar que tenga 13 años o más.

Recetas

Cuando se inscriba en un plan médico de WFM, recibirá cobertura de medicamentos con receta dentro de la red a través de Prime Therapeutics. Puede elegir entre cualquiera de las más de 60,000 farmacias minoristas de la red Prime para sus recetas de 30 días. Para recetas de 90 días, puede seleccionar CVS o Walgreens como su farmacia minorista designada para 90 días. La designación debe realizarse durante la inscripción anual para beneficios. También tendrá acceso a Amazon Pharmacy para el servicio de pedidos por correo directo a su hogar. Continúe leyendo para obtener más información sobre cómo funciona la cobertura de medicamentos con receta en cada uno de los planes médicos.

- La cobertura de medicamentos con receta a través de Prime Therapeutics está disponible automáticamente con los planes Choice, Select, Surest y WHP.

Beneficios de medicamentos con receta dentro de la red de los planes National Choice y National Select

TIPO DE MEDICAMENTO	SUMINISTRO PARA 30 DÍAS	SUMINISTRO PARA 90 DÍAS
Atención preventiva: Estándar*	\$0, no está sujeta al deducible	\$0, no está sujeta al deducible
Atención preventiva: Ampliada	Porcentajes de costos compartidos según se indica a continuación, no sujetos a deducible	Porcentajes de costos compartidos según se indica a continuación, no sujetos a deducible
Genérico	10% después del deducible	10% después del deducible
Medicamento de marca incluido en el Formulario	25% después del deducible	25% después del deducible
Medicamentos no incluidos en el Formulario	50% después del deducible	50% después del deducible
De especialidad	50% después del deducible	N/A

*Si se incluye en la Lista de medicamentos de la ACA.

Beneficios de medicamentos con receta dentro de la red del Whole Health Plan

Tipo de medicamento	BENEFICIO ESTÁNDAR		BENEFICIO AMPLIADO*			
	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días		Suministro para 90 días	
			HSA	PWA	HSA	PWA
Atención preventiva: Estándar**	\$0, no está sujeta al deducible		\$0, no está sujeta al deducible			
Atención preventiva: Ampliada	Porcentajes de costos compartidos según se indica a continuación, no sujetos a deducible		\$0 para medicamentos genéricos; máximo de \$25 para medicamentos de marca preferida; no se incluyen los medicamentos de marca no preferida, no sujetos a deducible			
Medicamentos genéricos	10% después del deducible		10% con mín. de \$2 y máx. de \$25, después del deducible	10% con mín. de \$2 y máx. de \$25, no sujeto al deducible	10% con mín. de \$6 y máx. de \$75, después del deducible	10% con mín. de \$6 y máx. de \$75, no sujeto al deducible
Marca preferida	25% después del deducible		25% con un máx. de \$50, después del deducible	25% con un máx. de \$50, después del deducible	25% con un máx. de \$150, después del deducible	25% con un máx. de \$150, después del deducible
Marca no preferida	50% después del deducible		50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible
De especialidad	50% después del deducible	N/A	50% después del deducible	50% después del deducible	N/A	

*Los beneficios ampliados se ofrecen a pacientes establecidos de la red de atención primaria de Whole Health Plan (WHP) y se ofrecen en artículos que recetan los PCP de Whole Health en esta red.

**Si se incluye en la Lista de medicamentos de la ACA.

¿Toma un medicamento de especialidad?

Si toma un medicamento de especialidad, Accredo será la farmacia especializada. Accredo brinda acceso a farmacéuticos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, entrega a domicilio gratuita y herramientas en línea para ayudarlo a obtener más información sobre sus medicamentos.

Recetas

Si elige el plan de salud Surest, puede consultar los precios con anticipación, comparar opciones y encontrar oportunidades para ahorrar. Si el costo en la farmacia es menor que el copago asignado, usted pagará el costo menor. Compare costos iniciando sesión en su cuenta de miembro en la aplicación Surest o en [Surest.com](https://www.surest.com).

Beneficios de medicamentos con receta de Surest

COBERTURA DE FARMACIA		
Característica del plan	Proveedor dentro de la red	Fuera de la red
Farmacia de venta minorista: suministro para 30 días		
Nivel 1	\$10	Sin cobertura
Nivel 2	\$90	Sin cobertura
Nivel 3	\$160	Sin cobertura
Farmacia de venta minorista: suministro para 90 días		
Nivel 1	\$25	Sin cobertura
Nivel 2	\$225	Sin cobertura
Nivel 3	\$400	Sin cobertura
Farmacia de venta minorista de medicamentos de especialidad		
Nivel 1	\$440	Sin cobertura
Nivel 2	\$480	Sin cobertura
Nivel 3	\$530	Sin cobertura

Niveles de los medicamentos incluidos en el Formulario: Medicamentos estándar y de especialidad (complejos)

El sistema escalonado puede ayudar a evitar altos costos cuando existe una alternativa genérica igualmente efectiva. Esta filosofía de costo neto más bajo puede ayudar a reducir los costos.

- **Nivel 1/Nivel de especialidad 1:** medicamentos genéricos preferidos y algunos productos de marca de menor costo (generalmente los más baratos de la farmacia).
- **Nivel 2/Nivel de especialidad 2:** medicamentos de marca preferidos que suelen ser menos costosos y algunos genéricos no preferidos más costosos.
- **Nivel 3/Nivel de especialidad 3:** Los productos no preferidos pueden incluir algunos genéricos no preferidos de mayor costo.

¿Toma un medicamento de mantenimiento? Pruebe un suministro para 90 días

En los planes National Choice, National Select, Surest y Whole Health Plan, si toma un medicamento a largo plazo o de mantenimiento o trata una afección crónica persistente, tiene opciones sobre cómo recibir su suministro de 90 días. Esto no se aplica a recetas para 30 días.

- **Farmacias minoristas CVS o Walgreens:** Puede recibir un suministro de hasta 90 días en las farmacias minoristas CVS o Walgreens de todo el país. Debe elegir qué cadena minorista, CVS o Walgreens, será su ubicación de farmacia minorista designada para 90 días durante la inscripción anual de beneficios. Al igual que otros beneficios, esta elección permanecerá hasta la siguiente inscripción anual de beneficios o si tiene un evento de vida calificado.
- **Pedido por correo de Amazon Pharmacy:** Tiene la opción de utilizar Amazon Pharmacy para pedidos por correo de medicamentos con receta para 90 días. Con Amazon Pharmacy, puede acceder a un farmacéutico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La experiencia de compra de Amazon ofrece precios claros y resurtidos sencillos con entrega a domicilio gratuita. Regístrese en [pharmacy.amazon.com](https://www.pharmacy.amazon.com) y haga clic en "Comenzar".

Beneficios voluntarios

El seguro médico voluntario puede ayudar a cubrir los costos asociados con una enfermedad o lesión grave que el seguro médico no cubre.

Eventos como accidentes, hospitalizaciones y enfermedades críticas pueden producirse de manera inesperada. Inscribirse en un seguro de indemnización hospitalaria grupal, por enfermedades críticas, de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D), por accidentes o por discapacidad puede ayudarle a estar preparado financieramente.

Los beneficios se le pagan directamente a usted (a menos que se indique lo contrario), lo que le permite utilizar los fondos como desee. Recibirá el beneficio completo incluso si cuenta con otro seguro. **Tenga en cuenta lo siguiente: Estos planes no reemplazan el seguro médico.**

Aflac administra el seguro por enfermedades críticas grupal, de indemnización hospitalaria grupal y por accidentes grupales.

Seguro por enfermedades críticas grupal

Puede ayudar a protegerse de los costos inesperados de una enfermedad grave.

Incluso el plan médico más integral no cubre todos los gastos de las afecciones médicas graves, como un ataque cardíaco o el cáncer. El seguro por enfermedades críticas grupal, administrado por Aflac, le paga la suma total del beneficio directamente a usted (a menos que se indique lo contrario) si se le diagnostica una enfermedad cubierta que cumpla con los criterios del plan. Se paga el beneficio más otra cobertura de seguro que pueda tener. Puede elegir hasta \$30,000 de cobertura en incrementos de \$10,000.

Las enfermedades cubiertas incluyen, entre otras, las siguientes:

- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Trasplante de órganos principales
- Falla renal (riñón) en etapa terminal
- Cirugía de *bypass* coronario

Características del plan

- ✓ **Aceptación garantizada:** no es necesario llevar a cabo ningún examen físico ni cuestionario de salud.
- 👤 **Cobertura familiar[†]:** puede elegir cubrir a su cónyuge e hijos. El cónyuge y los hijos pueden recibir el 50% de su beneficio.
- ➔ **Cobertura portátil:** su cobertura puede continuar con ciertas estipulaciones si cambia de trabajo o se jubila. Consulte el certificado para obtener más detalles.
- 💰 **Deducción de la nómina:** Las primas se pagan a través de la deducción de la nómina conveniente.

Cómo funciona el seguro por enfermedades críticas

Cuando Sam sufrió un accidente cerebrovascular, se sintieron agradecidos de que sus médicos pudieran estabilizar su afección, pero se enteraron de que se produjeron algunos daños permanentes en su visión que requerían atención médica adicional. Comenzaron a ver que los costos de bolsillo se acumulaban rápidamente. La buena noticia es que recibieron el pago único de \$10,000 para ayudarles a cubrir esos gastos de parte de la cobertura de **enfermedades críticas** que eligió durante el período de inscripción anual de beneficios.



Beneficio de bienestar

El plan brinda un beneficio de \$50 por persona cubierta por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección médica cubierta, como un examen físico, un análisis de sangre de colesterol total, una mamografía, un perfil lipídico, entre otros, y presentan un reclamo ante Aflac.

[†]Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador cuando todos sus hijos dependientes superen el límite de edad de hijos dependientes o ya no cumplan con la definición de hijo dependiente.

Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a su empleador si su cónyuge deja de cumplir con la definición de cónyuge. Este plan no reemplaza el seguro médico.

Seguro por accidentes grupal

El seguro contra accidentes grupal, a través de Aflac, le paga los beneficios directamente a usted (a menos que se indique lo contrario) si sufre alguna lesión cubierta, como fractura, quemadura o conmoción cerebral. Se pagan los beneficios incluso si tiene otra cobertura.

El monto del beneficio se calcula sobre la base del tipo de la lesión y los servicios médicos necesarios para el tratamiento y la recuperación. El plan cubre una amplia variedad de lesiones y gastos relacionados con un accidente que incluye lo siguiente:

- Tratamiento de lesiones (fracturas, dislocaciones, contusiones, quemaduras, laceraciones, etc.)
- Hospitalización
- Fisioterapia
- Tratamiento en la sala de emergencia
- Transporte

Características del plan

- ✓ **Aceptación garantizada:** no es necesario llevar a cabo ningún examen físico ni cuestionario de salud.
- 🕒 **Pago de suma global** directamente a usted (a menos que se indique lo contrario), para que pueda decidir cómo gastar el beneficio.
- ➔ **Cobertura portátil:** su cobertura puede continuar con ciertas estipulaciones si cambia de trabajo o se jubila. Consulte el certificado para obtener más detalles.
- 💰 **Deducción de la nómina:** Las primas se pagan a través de convenientes deducciones de nómina.



Beneficio de bienestar

El plan brinda un beneficio de \$50 por persona cubierta por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección médica cubierta, como un examen físico, un análisis de sangre de colesterol total, una mamografía, un perfil lipídico, entre otros, y presentan un reclamo ante Aflac.



Cómo funciona el seguro por accidentes

A Pat le encanta trabajar en el jardín de su casa los fines de semana. Un día, mientras trasladaba algunos suministros, se tropezó, se torció el tobillo y se quebró el dedo gordo del pie.

El accidente requiere no solamente un viaje a la sala de emergencias, sino también visitas de seguimiento con el médico y tratamientos de fisioterapia. Por suerte, Pat tiene un **seguro por accidentes** grupal que la ayuda a cubrir los costos médicos de bolsillo, incluso el deducible y el coseguro.



Cómo se calculó el beneficio por accidente de Pat:

Servicio médico	Ejemplo de beneficio
Sala de emergencia (con radiografía)	\$350
Beneficio por fractura	\$320
Visitas de seguimiento con el médico (2)	\$ 250 (\$125 por visita)
Consultas de fisioterapia (6)	\$ 300 (\$50 por visita)

BENEFICIO DE EJEMPLO

TOTAL \$1,220

Este plan no reemplaza el seguro médico.

Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador cuando todos sus hijos dependientes superen el límite de edad de hijos dependientes o ya no cumplan con la definición de hijo dependiente.

Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a su empleador si su cónyuge deja de cumplir con la definición de cónyuge.

Seguro de indemnización hospitalaria grupal

Reciba pagos para ayudar a cubrir el gasto de una hospitalización.

Si lo internan en un hospital, los costos de bolsillo no demorarán en acumularse. Con el seguro grupal de indemnización hospitalaria, administrado por Aflac, se le pagará directamente a usted (a menos que se indique lo contrario) si ingresa en un hospital por una lesión o enfermedad cubierta, incluido el parto. Se pagan los beneficios incluso si tiene otra cobertura.

Usted recibe un beneficio cuando se lo hospitaliza y luego, un beneficio adicional según la cantidad de días que esté internado en el hospital. Recibirá un beneficio adicional si está internado en una unidad de cuidados intensivos o en una unidad de cuidados intensivos intermedios.

Características del plan

-  **Aceptación garantizada:** no es necesario llevar a cabo ningún examen físico ni cuestionario de salud.
-  **Cobertura familiar:** puede elegir cubrir a su cónyuge e hijos.*
-  **Cobertura portátil:** su cobertura puede continuar con ciertas estipulaciones si cambia de trabajo o se jubila. Consulte el certificado para obtener más detalles.
-  **Deducción de la nómina:** Las primas se pagan a través de convenientes deducciones de nómina.



Cómo funciona el seguro de indemnización hospitalaria

Mike y Diane están entusiasmados por darle la bienvenida a un nuevo miembro de su familia. Diane ingresa al hospital en donde da a luz a una bebé saludable. La madre y el bebé permanecen en el hospital durante cuatro días.

Afortunadamente, la pareja tiene **seguro de indemnización hospitalaria** para ayudar a cubrir las facturas médicas. Diane recibe un beneficio por ingresar al hospital y otro beneficio adicional por cada día de hospitalización.



Cómo se calculó el beneficio de la indemnización hospitalaria de Mike y Diane:

Servicio médico	Ejemplo de beneficio	Total
Admisión hospitalaria	\$1,000 por internación	\$1,000
Estadía en el hospital	\$125 por día (4 días)	\$500

BENEFICIO DE EJEMPLO TOTAL \$1,500

El seguro grupal por accidentes, enfermedades críticas e indemnización hospitalaria está respaldado por Continental American Insurance Company (CAIC), un orgulloso miembro de la familia de aseguradoras de Aflac. CAIC es una filial de propiedad absoluta de Aflac Incorporated y suscribe cobertura grupal. CAIC no tiene licencia para solicitar negocios en Nueva York, Guam, Puerto Rico ni las Islas Vírgenes. Esta es solo una breve descripción general del producto. Para obtener detalles completos, consulte los planes. Números de formularios de póliza C70100TX, C22100TX y C80100TX. Continental American Insurance Company | Columbia, SC. AGC2401176 EXP 9/25

Beneficio de bienestar



El plan brinda un beneficio de \$50 por persona cubierta por año calendario si usted o sus dependientes cubiertos completan una prueba de detección médica cubierta, como un examen físico, un análisis de sangre de colesterol total, una mamografía, un perfil lipídico, entre otros, y presentan un reclamo ante Aflac.

**Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador cuando todos sus hijos dependientes superen el límite de edad de hijos dependientes o ya no cumplan con la definición de hijo dependiente.*

Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a su empleador si su cónyuge deja de cumplir con la definición de cónyuge.

Este plan no reemplaza el seguro médico.

Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento

Administrados por Aflac, los beneficios del seguro de vida y por AD&D ofrecen protección financiera para usted y su familia en caso de muerte o lesión debido a un accidente. Puede optar por elegir una cobertura de seguro de vida voluntario para usted que sea equivalente a un incremento de sus ingresos anuales hasta un monto máximo de \$750,000. Cuando elige y obtiene la aprobación para la cantidad de al menos 1 vez sus ingresos anuales del seguro de vida voluntario para miembros del equipo, automáticamente recibirá un seguro de vida básico y un seguro por AD&D básico para miembros del equipo equivalente a 1 vez sus ingresos anuales hasta un máximo de \$300,000 sin costo adicional.

La cobertura de seguro de vida voluntario y por AD&D, incluyendo para miembros del equipo, cónyuges/parejas de hecho* (no pueden ser también miembros del equipo de WFM) e hijos† (hasta los 26 años), se paga en su totalidad como miembro del equipo. Las contribuciones de los miembros del equipo se deducen en una base después de impuestos de su cheque de pago a partir del 01/01/2025. Consulte la siguiente tabla para conocer sus opciones de cobertura.

Seguro voluntario de vida y por AD&D

Usted puede optar por adquirir la cobertura del seguro de vida voluntario que se describe en la siguiente tabla.

MIEMBRO DEL EQUIPO	Como nuevo empleado o miembro del equipo recientemente elegible, puede elegir 1, 2, 3, 4 o 5 veces sus ingresos anuales (hasta un máximo de \$750,000). Los montos de hasta \$500,000 no estarán sujetos al proceso de Prueba de asegurabilidad (EOI). Si usted anteriormente rechazó esta cobertura o Aflac se la negó en el pasado, deberá cumplir con el proceso de EOI para cualquier cobertura que elija. Este beneficio no entrará en vigor hasta que se apruebe la EOI. La cobertura de seguro por AD&D es igual al monto de cobertura combinado del seguro de vida básico para miembros del equipo y el seguro de vida voluntario para miembros del equipo.
CÓNYUGE	50% del monto de la cobertura del seguro de vida voluntario del miembro del equipo. (El monto del beneficio está sujeto a reducciones de edad según la edad del miembro del equipo).
HIJOS	\$10,000 (Los hijos son elegibles para la cobertura hasta los 26 años).

*Si elige cobertura para sus hijos dependientes, debe notificar a su empleador cuando todos sus hijos dependientes superen el límite de edad de hijos dependientes o ya no cumplan con la definición de hijo dependiente. Si elige cobertura para su cónyuge, debe notificar a su empleador si su cónyuge deja de cumplir con la definición de cónyuge.

Seguro básico de vida a término y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Si usted obtiene la aprobación para la cobertura del seguro de vida voluntario, quedará inscrito automáticamente. Whole Foods Market ofrece seguro de vida básico a término y por AD&D sin costo para usted.

SEGURO DE VIDA Y POR AD&D PARA MIEMBROS DEL EQUIPO PAGADOS POR LA COMPAÑÍA	El beneficio del seguro de vida es igual a 1 vez su salario base anual hasta un máximo de \$300,000. El beneficio del seguro por AD&D será igual al monto de su seguro de vida voluntario y seguro de vida básico combinados.
---	---

EJEMPLO: SI ELIGE UN SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO IGUAL A 2 VECES SU SALARIO

	Cobertura pagada por el TM	Cobertura pagada por WFM	Cobertura total recibida*
Seguro de vida	2 veces el salario	1 vez el salario	3 veces el salario
AD&D	2 veces el salario	1 vez el salario	3 veces el salario

*Múltiplo del salario hasta el máximo

Visite el Centro de Aprendizaje de Aflac en <https://learn.aflac.com/wholefoods> o escanee el código QR aquí.



Seguro por discapacidad

Si una lesión o enfermedad lo dejara sin trabajo y le impidiera ganar un sueldo, ¿cómo cubriría sus facturas y otros gastos domésticos? El seguro por discapacidad le brinda protección de ingresos, al pagar una parte de su salario que puede usar para compensar los gastos por cuenta propia y los salarios perdidos.



Seguro por discapacidad a corto plazo

El seguro por discapacidad a corto plazo (STD) reemplaza una parte de sus ingresos en caso de que deba dejar de trabajar por un período extendido debido a una enfermedad o lesión.

Sedgwick administra el seguro de discapacidad a corto plazo. Si usted elige este seguro, Whole Foods Market paga el 50% del costo y usted paga la mitad restante, que se deduce antes de impuestos de su cheque de pago. Los nuevos empleados elegibles para beneficios y los miembros del equipo que asumen un rol elegible para beneficios como empleado a tiempo completo y trabajan de manera regular 30 horas o más por semana quedan inscritos automáticamente.

Después de estar sin trabajar por ocho días y ser declarado persona con discapacidad, recibirá el 60% de sus ingresos base por hasta un máximo de \$1,500 por semana. Los beneficios se pagan por hasta 25 semanas por cualquier discapacidad, dependiendo de su diagnóstico y afección.

Miembros del equipo de Hawái: El seguro de STD voluntario es adicional al seguro de discapacidad temporal estatal de Hawái, el que usted puede ser elegible.

Seguro por discapacidad a largo plazo

El seguro por discapacidad a largo plazo (LTD), que se ofrece mediante Aflac, le ayuda a proteger sus finanzas si su discapacidad continúa más allá del período que cubre el plan de cobertura por discapacidad a corto plazo. Si usted elige el seguro por discapacidad a largo plazo, Whole Foods Market paga el 50% del costo y usted paga la mitad restante, que se deduce antes de impuestos de su cheque de pago. Los nuevos empleados elegibles para beneficios y los miembros del equipo que asumen un rol elegible para beneficios como empleado a tiempo completo y trabajan de manera regular 30 horas o más por semana quedan inscritos automáticamente. El beneficio equivale al 60% de sus ingresos mensuales básicos hasta un máximo de \$10,000 por mes. Los beneficios comienzan después de 180 días de su discapacidad.

Beneficios dentales

Usted tiene tres opciones de planes dentales, todos proporcionados por Cigna Dental: El Plan de Organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO), el Plan bajo y el Plan alto.

Nota: Usted es elegible para el plan DHMO si hay un proveedor de DHMO dentro de 10 millas del código postal de su domicilio. La elegibilidad está determinada por el código postal de su domicilio según la dirección principal que esté registrada para usted en Workday. Es importante actualizar su información en Workday a medida que cambia. Cuando se inscriba, verá las opciones de planes dentales para las que es elegible en el portal de inscripción de beneficios.

CARACTERÍSTICA DEL PLAN	DHMO	PLAN BAJO	PLAN ALTO
	Solo dentro de la red	Dentro y fuera de la red	
Deducible anual (No se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico)	Ninguno	\$50 por persona	\$50 individual \$150 familiar
Servicios preventivos y de diagnóstico (Exámenes, limpiezas, radiografías, separadores dentales, flúor*, selladores*)	Usted paga \$0 (100% cubierto)	Usted paga \$0 (100% cubierto)	Usted paga \$0 (100% cubierto)
Restauración básica (Empastes, extracciones, tratamientos de conducto y terapia pulpar, tratamiento de enfermedades de las encías y tejidos bucales)	Los copagos varían según el procedimiento (de \$12 a \$460)	Usted paga el 20% después del deducible	Usted paga el 20% después del deducible
Restauración importante (Incrustaciones, coronas, puentes fijos/removibles, dentaduras postizas completas o parciales)	Los copagos varían según el procedimiento (de \$335 a \$875)	Usted paga el 50% después del deducible	Usted paga el 50% después del deducible
Ortodoncia	Tarifas de tratamiento de 24 meses**: Hijos hasta que cumplan los 19 años de edad: \$2,184 Adultos: \$2,904	Sin cobertura	Usted paga el 50% después del deducible Máximo de por vida para ortodoncia: \$1,200
Máximo anual (No se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico)	Ninguno	\$1,000 por persona	\$1,500 por persona

*El flúor se limita a miembros menores de 19 años y los selladores se limitan a miembros menores de 14 años.

**Los casos de más de 24 meses requieren pagos adicionales.

Encontrar un proveedor de Cigna

Usar un proveedor de la red de Cigna lo ayudará a ahorrar dinero sin importar en qué plan dental esté.

- Si elige el plan DHMO de Cigna: solo recibe beneficios cuando utiliza un proveedor de la red DHMO de Cigna.
- Si elige el Plan bajo o Plan alto: Puede visitar a un proveedor fuera de la red de Cigna, pero recibirá un beneficio mayor si permanece dentro de la red.

Visite www.cigna.com para encontrar un proveedor hoy mismo.

Beneficios de la visión

Whole Foods Market ofrece cobertura de la visión a través del Vision Service Plan (VSP), que ayuda a cubrir el costo de los exámenes de la visión regulares y otros gastos de atención de la visión.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Copago por examen ocular (cada 12 meses)	Copago de \$10	El plan paga hasta \$45
Copago para materiales	Copago de \$10	Copago de \$10
Lentes* (cada 12 meses)		
Monofocales Bifocales Trifocales	Copago de \$0	El plan paga hasta \$30 El plan paga hasta \$50 El plan paga hasta \$65
Mejoras de lentes		
Revestimiento de lentes UV Tintes/lentes adaptativas fotocromáticas Lentes progresivas estándar Lentes progresivas premium Lentes progresivas personalizadas	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$95 a \$105 Copago de \$150 a \$175	No cubierto El plan paga hasta \$5 El plan paga hasta \$50 El plan paga hasta \$50 El plan paga hasta \$50
Marcos (cada 12 meses)		
Asignación de venta minorista Descuento sobre la asignación	Asignación de \$200 20% de descuento sobre la asignación	El plan paga hasta \$70
Lentes de contacto* (cada 12 meses)		
Lentes Examen	Asignación de \$200 Copago de hasta \$60	El plan paga hasta \$105

*El plan de la visión cubre lentes con marcos o lentes de contacto en un año calendario, pero no ambos. Si decide cambiarse a anteojos o lentes de contacto, estarán cubiertos durante el siguiente año calendario.

Disfrute de descuentos y ahorros adicionales

Como participante del plan de la visión, puede disfrutar de descuentos y ahorros adicionales en anteojos y gafas de sol recetadas, lentes de contacto e incluso corrección de la visión con láser, que incluyen:

- 20% de descuento en anteojos adicionales, incluidas gafas de sol recetadas de cualquier proveedor de VSP dentro de los 12 meses posteriores a su último examen de la visión.
- 15% de descuento en el costo de un examen de lentes de contacto (ajuste y evaluación).
- 15% de descuento en promedio sobre el precio regular o 5% de descuento sobre el precio promocional de la corrección de la visión con láser.

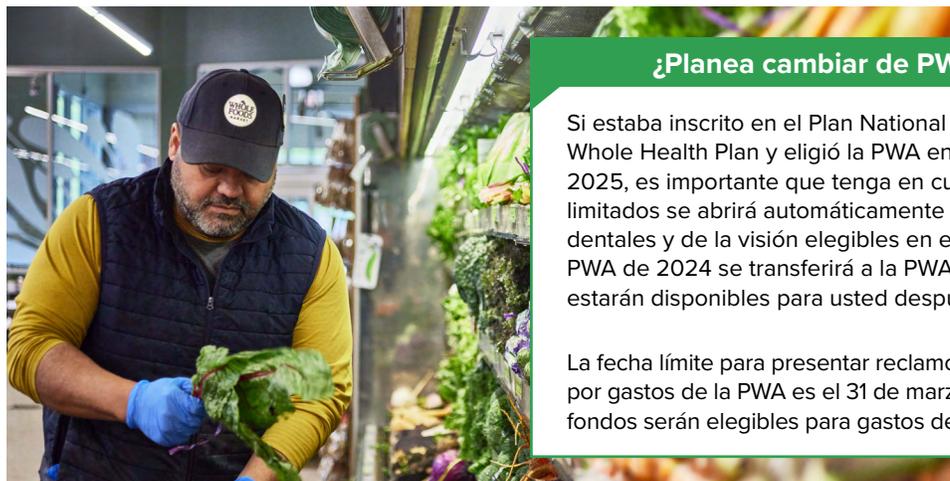
Cuentas de fondos para atención médica

Cuando se inscribe en el Plan National Choice o el Whole Health Plan, tiene la opción de dos Cuentas de fondos para atención médica para que combine con su cobertura médica. Cada cuenta está financiada por la compañía y puede ayudarle a pagar los gastos de atención médica para usted y sus dependientes elegibles.

A continuación se ofrece una descripción general de cómo funciona cada cuenta para que pueda decidir qué tipo de cuenta se adaptará mejor a sus necesidades.

	CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)*	CUENTA DE BIENESTAR PERSONAL (PWA)	
¿A quién le pertenece?	Miembro del equipo	WFM	
¿Contribuirá WFM?	Sí, WFM contribuirá de la siguiente manera: \$1,000 Individual \$1,500 Familiar	Sí, WFM contribuirá de la siguiente manera:	
		National Select \$500 Individual \$1,000 Familiar	National Choice y WHP \$1,000 Individual \$1,500 Familiar
	(La mitad se deposita en enero; el saldo se deposita en julio de cada año del plan. Usted debe ser empleado activo en el momento en el que se realiza el depósito).		
¿Puedo contribuir?	Sí, puede contribuir antes de impuestos hasta el máximo anual del IRS de \$4,300 para cobertura individual y \$8,550 para todos los demás niveles de cobertura, menos la contribución de WFM. Consulte los detalles en la página 22. Si tiene 55 años o cumplirá 55 años durante el año, puede aportar \$1,000 más en contribuciones de recuperación.	No, las cuentas PWA solo pueden recibir contribuciones de WFM.	
¿Califican los gastos de los dependientes?	Sí, si su dependiente es su cónyuge o dependiente elegible para impuestos menor de 26 años (cualquier persona que pueda reclamar como dependiente en su declaración de impuestos). Nota: Las parejas domésticas no son elegibles a menos que califiquen como dependientes fiscales.	Sí, si su dependiente es su cónyuge o dependiente elegible para impuestos menor de 26 años (cualquier persona que pueda reclamar como dependiente en su declaración de impuestos) y está inscrito en el plan médico de WFM como su dependiente. Nota: Las parejas domésticas no son elegibles a menos que califiquen como dependientes fiscales.	
¿Se transfieren los fondos que no se utilizaron?	Sí y puede conservarlos aun si se desvincula de WFM o se jubila.	Sí, siempre y cuando se vuelva a inscribir en un plan médico elegible para PWA el año siguiente. Los fondos no utilizados en la PWA se perderán si abandona WFM.	

*Según la Ley Patriótica de EE. UU., su información personal utilizada para establecer su cuenta HSA debe aprobar el Programa de identificación del cliente (CIP). Se le notificará si su información no aprueba el CIP y se le darán instrucciones para solucionar el problema del CIP. Si no puede solucionar el problema, es posible que no sea elegible para recibir ninguna contribución de WFM.



¿Planea cambiar de PWA a HSA en 2025?

Si estaba inscrito en el Plan National Choice, el Plan National Select o el Whole Health Plan y eligió la PWA en 2024, pero planea elegir la HSA en 2025, es importante que tenga en cuenta que una PWA para propósitos limitados se abrirá automáticamente para que pueda utilizarla para gastos dentales y de la visión elegibles en el futuro. Cualquier saldo restante en su PWA de 2024 se transferirá a la PWA para propósitos limitados y los fondos estarán disponibles para usted después del 9 de enero de 2025.

La fecha límite para presentar reclamos incurridos antes del 1 de enero de 2025 por gastos de la PWA es el 31 de marzo de 2025. Después de esta fecha, los fondos serán elegibles para gastos dentales y de la visión únicamente.

Cuentas de fondos para atención médica

Normas de elegibilidad para una HSA

Para inscribirse en la HSA, debe inscribirse en el Plan National Choice o en el Whole Health Plan. Además:

- No puede tener otra cobertura de salud a menos que sea un plan de salud calificado con deducible alto.
- Usted o su cónyuge no pueden tener una cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica de propósito general o una cuenta de reembolso de salud (HRA) en el mismo año.
- Si está inscrito en Medicare, no es elegible para recibir contribuciones de WFM ni contribuir a la HSA.
- No puede estar inscrito en TRICARE ni haber recibido beneficios de salud de la Administración de Veteranos (VA) en los tres meses anteriores.
- No puede ser declarado como dependiente por otra persona.

Aumento del máximo del IRS en la cuenta de ahorros para la salud (HSA)

El límite máximo de contribución del IRS a la HSA aumentará para 2025. La contribución de WFM cuenta para este máximo.

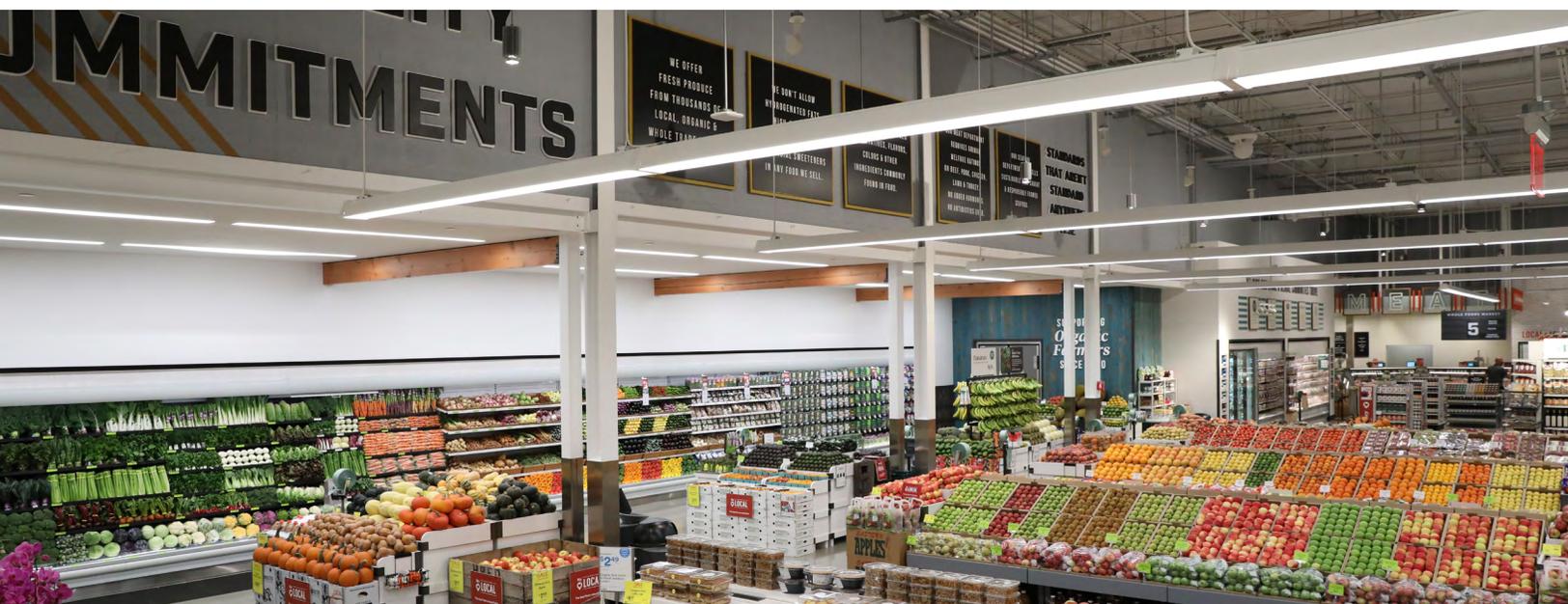
NIVEL DE COBERTURA	MÁXIMO DE APOORTE A IRS	CONTRIBUCIÓN DE WFM	SU CONTRIBUCIÓN MÁXIMA
Solamente para el miembro del equipo	\$4,300	\$1,000	\$3,300
Miembro del equipo + dependientes	\$8,550	\$1,500	\$7,050

Si tiene 55 años o cumplirá 55 años durante el año, puede aportar \$1,000 más en contribuciones de recuperación.

Nota: Como miembro del equipo participante, es su responsabilidad asegurarse de que sea elegible para contribuir a una HSA y no contribuir más que el monto máximo de contribución del IRS. Los montos cambian todos los años conforme a los lineamientos del IRS.

ADMINISTRE SU CUENTA EN LÍNEA

En www.wexinc.com, puede consultar el saldo de su FSA, HSA o PWA, solicitar un reembolso, designar un beneficiario o actualizar su perfil y sus preferencias.



Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Reduzca su impuesto federal a las ganancias mientras ahorra dinero para cubrir necesidades médicas y de atención de dependientes.

Las cuentas de gastos flexibles le permiten separar dinero para gastos importantes y le ayudan a disminuir las declaraciones de impuestos al mismo tiempo. Whole Foods Market ofrece tres tipos de cuentas: una FSA para atención médica, una FSA compatible con la HSA (para propósitos limitados) y una FSA para cuidado de dependientes.

Cómo funcionan las Cuentas de gastos flexibles

1. Cada año, durante la inscripción anual para beneficios, usted decide cuánto dinero destinar a los gastos de la FSA. El monto total de su contribución estará disponible para utilizarse en la fecha de entrada en vigor de sus beneficios.
2. Luego, sus contribuciones se deducen de su salario antes de los impuestos, en cuotas iguales a lo largo del año calendario para utilizarlas en gastos cualificados.
3. Puede usar su tarjeta de débito de la FSA para pagar los gastos elegibles en el punto de venta o puede pagar por su cuenta y luego enviar un formulario de reclamación para solicitar un reembolso.



Deducibles, copagos, medicamentos con receta, equipo médico, etc.*



Funciona con los planes médicos HSA elegibles para cubrir los gastos dentales y de la visión.



Niñeras, guardería, campamento de día, atención de enfermería domiciliaria, etc.

CONTRIBUCIÓN ANUAL MÁXIMA	
Cuentas de gastos flexibles para atención médica o HSA compatible (para propósitos limitados)	\$3,300
Cuenta de gastos flexibles para la atención de dependientes	\$5,000 (\$2,500 si está casado y presentan declaraciones impositivas por separado)***

*NOTA: Los límites pueden variar para los miembros del equipo con una compensación más alta.

Tenga en cuenta que estas cuentas son separadas. No puede utilizar el dinero de la FSA para atención médica para cubrir gastos elegibles de la FSA para atención de dependientes o viceversa.

*Si usted está inscrito en un plan médico que ofrece una HSA, no es elegible para una FSA para atención médica.

***Si usted está casado y su cónyuge declara impuestos por separado, su contribución se limita a \$2,500. La contribución total de su hogar no puede exceder el límite anual del IRS o los ingresos de usted o su cónyuge, lo que sea menor. Consulte a un asesor fiscal para obtener más detalles.

* Para los empleados con remuneración alta (HCE), según lo define el IRS en la Sección 414(q) del IRC, sus contribuciones a la FSA para atención médica y cuidado de dependientes pueden tener un límite. Visite benefits.wholefoods.com para consultar el máximo.

Tenga en cuenta lo siguiente: Los fondos que permanecen en la cuenta al final del año se pierden de acuerdo con las reglas del IRS.

Artículos que podría no saber que son elegibles para las FSA de atención médica:

- Protector solar
- Almohadillas de calor y frío
- Kits de primeros auxilios
- Plantillas ortopédicas
- Almohadas para viajar
- Brazaletes antimareo

Escanee aquí para ver la lista de gastos cubiertos por la FSA.



¡Úselo o piérdalo!

Asegúrese de calcular sus aportes a la FSA con cuidado. Los fondos no estarán disponibles el siguiente año, y usted tendrá que volver a inscribirse de manera activa todos los años. Su reinscripción no es automática.

Everyday Benefits

Beneficio elegible a tiempo parcial

Aproveche Everyday Benefits e inscribese en estos beneficios las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año, no solo durante la inscripción anual para beneficios o un evento de vida calificado. Los beneficios personalizados son suyos durante el tiempo que los desee, por lo que puede realizar cambios en su cobertura, si es necesario, o incluso llevarse su cobertura con usted si cambia de empleador.

Los miembros elegibles del equipo de Whole Foods Market pueden acceder al seguro para el automóvil, al seguro para propietarios e inquilinos de viviendas y al seguro para mascotas en Everyday Benefits visitando everyday.aon.com/wfm.

Programa de seguro para el automóvil y el hogar

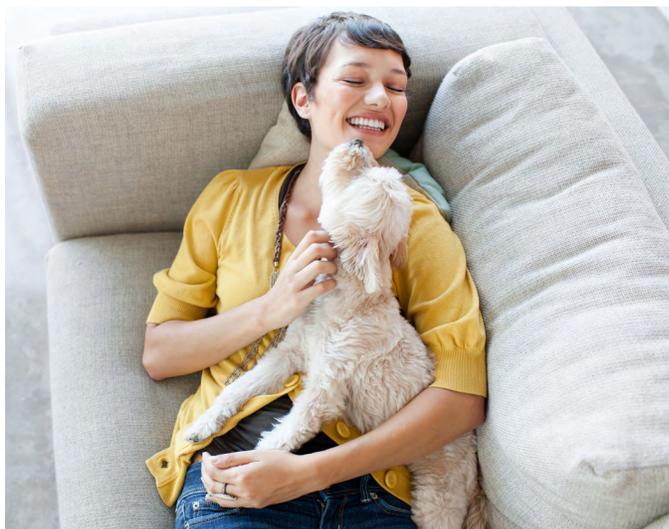
Encuentre y compare fácilmente opciones de cobertura de múltiples proveedores de seguros para su hogar y automóvil con herramientas que simplifican la elección de una póliza adecuada para usted. Aproveche los descuentos por paquetes, seguridad del hogar, conductor seguro y otros descuentos para miembros del equipo para ahorrar sobre los precios minoristas regulares.

Seguro para mascotas

Son más que mascotas: son parte de la familia. Dele a su mascota el cuidado que se merece sin el estrés adicional de las grandes facturas del veterinario o de atención de emergencia.

Algunas características:

- Libertad para utilizar cualquier veterinario autorizado de los EE. UU., incluso para atención especializada y de emergencia.
- Cobertura por accidentes, lesiones, enfermedades comunes y crónicas, afecciones hereditarias y congénitas y más.
- Cobertura de bienestar opcional para exámenes de rutina elegibles, vacunas, medicamentos con receta y más.
- Cobertura para varias mascotas bajo una sola póliza con un Plan familiar.



CÓMO PAGA LOS BENEFICIOS

Los costos de algunos beneficios se deducen de su salario antes de aplicar impuestos. Esto significa que usted hace sus contribuciones antes de pagar impuestos federales o estatales, así como impuestos del Seguro Social. Impuestos más bajos significan que usted conserva más dinero del que gana.

Contribuciones deducidas antes de impuestos

- Atención médica
- Dental
- Visión
- Cuenta de ahorros para la salud
- Cuentas de gastos flexibles
- Discapacidad

Contribuciones deducidas después de impuestos

- Seguro por accidentes, enfermedades críticas, indemnización hospitalaria, para mascotas y para el hogar y el automóvil
- Seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para miembros del equipo
- Seguro de vida para cónyuge/pareja doméstica e hijos
- Beneficios para su pareja doméstica y sus hijos (a menos que sean sus dependientes fiscales)

Beneficios adicionales

WFM les ofrece a los miembros del equipo una variedad de recursos y beneficios para apoyar y fomentar el bienestar general de usted y su familia.

Licencia parental remunerada

Darle la bienvenida a un nuevo hijo es un momento emocionante e importante en la vida de cualquier padre/madre. WFM les ofrece a los miembros del equipo elegibles seis semanas de licencia parental totalmente remunerada, para que puedan concentrarse en pasar tiempo con su hijo recién nacido o adoptado.

Para ser elegible para la licencia parental, debe ser miembro del equipo a tiempo completo y haber completado 4,000 horas de servicio con WFM al momento del nacimiento o de la adopción. Los padres biológicos y no biológicos, incluidos los padres adoptivos, son elegibles para la licencia parental remunerada de WFM después de la fecha en la que se convierte en padre/madre por nacimiento o adopción. La licencia parental remunerada se puede utilizar para establecer vínculos con los hijos biológicos o adoptados. Usted debe tomar la licencia parental remunerada dentro de los 12 meses posteriores al nacimiento o a la adopción de un hijo.

La licencia parental remunerada se coordina con la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA), seguro por discapacidad a corto plazo de WFM, si se elige, y cualquier seguro por reemplazo de ingresos, licencia parental o licencia médica exigida por el estado. Si desea obtener más información, comuníquese con Sedgwick llamando al **844-465-6240**.

Programa para dejar la nicotina

Si desea dejar de consumir nicotina, queremos apoyar su recorrido y Quit For Life puede ayudarlo. El programa clínicamente probado de Quit For Life ofrece un plan personalizado, apoyo personal disponible las 24 horas, los 7 días de la semana y herramientas estratégicas para ayudarlo a controlar los antojos. Obtenga apoyo de un asesor, consejos para combatir los antojos y un camino para dejar de fumar con objetivos diarios, artículos y videos recomendados. Obtenga las herramientas y los recursos en línea que necesita para dejar de fumar, de forma gratuita para miembros del equipo. Visite quitnow.net/wfm o llame al **866-QUIT-4-LIFE**.

Perks at Work

Disfrute de una variedad de descuentos en artículos que compra todos los días. Compre en línea y disfrute de ahorros en viajes, electrónica, ropa, artículos para el hogar, servicios públicos, restaurantes, entradas de cine y más.

Los miembros del equipo pueden invitar hasta 5 miembros de la familia o amigos para compartir el acceso a los ahorros. Para comenzar ingrese en: <https://www.perksatwork.com/login#>

Retiros saludables

Beneficio elegible a tiempo parcial

¿Listo para lograr y mantener un estilo de vida saludable a largo plazo? Participe en un programa de Retiros saludables para obtener el conocimiento, las herramientas y el apoyo que necesita. Este programa exclusivo de WFM le proporciona información con un enfoque preventivo y curativo de la nutrición. Sabemos que sentirse mejor comienza con nutrir su cuerpo con alimentos naturales y orgánicos de la más alta calidad, y nos hemos asociado con líderes en el campo médico para ofrecer esta experiencia. WFM cubre el costo del programa y el traslado al programa para los miembros del equipo elegibles y cubre los costos parciales para los cónyuges elegibles. Se requiere tiempo libre remunerado (PTO) o tiempo libre no remunerado para asistir. Los miembros del equipo regulares, a tiempo completo y a tiempo parcial que hayan completado un año de servicio y no hayan tenido una acción correctiva dentro de los seis meses anteriores, son elegibles para participar. Obtenga más información visitando Innerview y navegue a la página del Programa de salud y bienestar debajo de la sección Recursos.



Tasas de contribución

En las siguientes páginas se encuentran las tasas de contribución **quincenal** de los miembros del equipo para los beneficios de 2025. Las tasas de contribución se establecen al comienzo de cada año del plan y se determinan según sus horas de servicio que se incluyen en Workday el 31 de diciembre de 2024.

COBERTURA MÉDICA Y PARA MEDICAMENTOS CON RECETA PARA EL PLAN NATIONAL CHOICE PLAN Y EL PLAN DE SALUD INTEGRAL (CONSUMIDORES LIBRES DE NICOTINA)

Horas de servicio	Solo TM	TM + cónyuge/ DP	TM + hijo(s)	TM + familia
<4,000	\$25.00	\$153.00	\$132.00	\$229.00
De 4,000 a 19,999	\$25.00	\$88.00	\$76.00	\$132.00
De 20,000 a 39,999	\$0.00	\$35.00	\$30.00	\$53.00
Más de 40,000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

COBERTURA MÉDICA Y PARA MEDICAMENTOS CON RECETA PARA EL PLAN NATIONAL SELECT (CONSUMIDORES LIBRES DE NICOTINA)

Horas de servicio	Solo TM	TM + cónyuge/ DP	TM + hijo(s)	TM + familia
<4,000	\$53.00	\$229.00	\$199.00	\$341.00
De 4,000 a 19,999	\$53.00	\$158.00	\$137.00	\$235.00
De 20,000 a 39,999	\$22.00	\$99.00	\$85.00	\$147.00
Más de 40,000	\$22.00	\$58.00	\$49.00	\$85.00

COBERTURA MÉDICA Y PARA MEDICAMENTOS CON RECETA PARA EL PLAN SUREST (CONSUMIDORES LIBRES DE NICOTINA)

Horas de servicio	Solo TM	TM + cónyuge/ DP	TM + hijo(s)	TM + familia
<4,000	\$45.00	\$211.00	\$182.00	\$317.00
De 4,000 a 19,999	\$45.00	\$141.00	\$122.00	\$213.00
De 20,000 a 39,999	\$16.00	\$84.00	\$71.00	\$127.00
Más de 40,000	\$16.00	\$44.00	\$37.00	\$67.00

CONTRIBUCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTOS CON RECETA PARA EL PLAN PPO DE HMSA

Horas de servicio	Solo TM	TM + cónyuge/ DP	TM + hijo(s)	TM + familia
<4,000	\$9.00	\$225.00	\$187.00	\$313.00
De 4,000 a 19,999	\$9.00	\$112.00	\$93.00	\$156.00
De 20,000 a 39,999	\$9.00	\$45.00	\$37.00	\$62.00
Más de 40,000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

Tenga en cuenta lo siguiente: Las tarifas de su seguro de vida voluntario, por enfermedades críticas y LTD también se ven afectadas por su estado de nicotina.

RECARGO A LOS CONSUMIDORES DE TABACO

¿Ha consumido nicotina o productos con nicotina, incluidos cigarrillos, pipas, puros, nicotina masticable, rapé, cigarrillos electrónicos o cualquier otro tipo de nicotina para fumar o sin humo, en los últimos seis meses? Si es así, pagará un recargo de nicotina de \$30 por cheque de pago además de las contribuciones de su plan médico durante el año del plan, a menos que se complete una alternativa razonable.

Si desea dejar de consumir nicotina, queremos apoyar su recorrido. El programa clínicamente probado de Quit For Life ofrece un plan personalizado, apoyo personal disponible las 24 horas, los 7 días de la semana y herramientas estratégicas para ayudarlo a controlar los antojos. El programa para dejar la nicotina es gratis para miembros del grupo y del hogar mayores de 18 años. Para obtener más información, visite [Quitnow.net/wfm](https://quitnow.net/wfm) o llame al: **866-QUIT-4-LIFE**.

Si está sujeto al recargo de nicotina por un plan anual, y completa el programa Quit for Life en cualquier momento durante ese año, comenzará a pagar las tasas de contribución de consumidores libres de nicotina al mes siguiente de finalizar el programa. Además, recibirá un reembolso por cualquier pago por recargos anteriores que haya hecho en el año del plan. Si es extremadamente complicado debido a un problema de salud cumplir con los requisitos del programa para dejar la nicotina Quit for Life, o no se aconseja medicamente al individuo intentar cumplir con los requisitos del programa para dejar la nicotina Quit for Life, el recargo por nicotina puede no aplicarse si presenta un Certificado del médico de recargo por nicotina antes del 1 de octubre del año del plan (o dentro de los 60 días de la inscripción inicial) **El certificado puede encontrarse e el Portal de inscripción en los beneficios myapps.wfm.com. Póngase en contacto con Ask TMS o llame al 1-833-4-ASKTMS (1-833-427-5867) Lunes a viernes de 8am – 6pm horario central con cualquier consulta.**

Tasas de contribución

COBERTURA MÉDICA Y PARA MEDICAMENTOS CON RECETA PARA EL PLAN NATIONAL CHOICE PLAN Y EL WHOLE HEALTH PLAN (CONSUMIDORES DE NICOTINA)

Horas de servicio	Solo TM	TM + cónyuge/DP	TM + hijo(s)	TM + familia
<4,000	\$55.00	\$183.00	\$162.00	\$259.00
De 4,000 a 19,999	\$55.00	\$118.00	\$106.00	\$162.00
De 20,000 a 39,999	\$30.00	\$65.00	\$60.00	\$83.00
Más de 40,000	\$30.00	\$30.00	\$30.00	\$30.00

CONTRIBUCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTOS CON RECETA PARA EL PLAN NATIONAL SELECT (CONSUMIDORES DE NICOTINA)

Horas de servicio	Solo TM	TM + cónyuge/DP	TM + hijo(s)	TM + familia
<4,000	\$83.00	\$259.00	\$229.00	\$371.00
De 4,000 a 19,999	\$83.00	\$188.00	\$167.00	\$265.00
De 20,000 a 39,999	\$52.00	\$129.00	\$115.00	\$177.00
Más de 40,000	\$52.00	\$88.00	\$79.00	\$115.00

COBERTURA PARA ATENCIÓN MÉDICA Y MEDICAMENTOS CON RECETA PARA EL PLAN SUREST (CONSUMIDORES DE NICOTINA)

Horas de servicio	Solo TM	TM + cónyuge/DP	TM + hijo(s)	TM + familia
<4,000	\$75.00	\$241.00	\$212.00	\$347.00
De 4,000 a 19,999	\$75.00	\$171.00	\$152.00	\$243.00
De 20,000 a 39,999	\$46.00	\$114.00	\$101.00	\$157.00
Más de 40,000	\$46.00	\$74.00	\$67.00	\$97.00

COBERTURA DENTAL

	Solo TM	TM + cónyuge/DP	TM + hijo(s)	TM + familia
DHMO	\$11.26	\$20.62	\$26.83	\$33.74
Plan Bajo	\$11.78	\$20.30	\$19.67	\$30.73
Plan Alto	\$19.89	\$39.83	\$35.84	\$55.81

COBERTURA DE LA VISIÓN

	Solo TM	TM + cónyuge/DP	TM + hijo(s)	TM + familia
Plan de la visión	\$3.03	\$5.03	\$5.14	\$8.57

Para hojas de tarifas adicionales,
escanee los códigos QR
o haga clic para visitar:

En inglés:



En español:



Contactos

Use la información de contacto que se incluye a continuación para acceder a sus beneficios.

BENEFICIO	SOCIO PROVEEDOR DE BENEFICIOS	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Centro de Servicios de Beneficios de Whole Foods Market	Empyrean	888-681-2249, De 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central (CT), De lunes a viernes	benefits.wholefoods.com
Plan médico Surest			
Surest	UnitedHealthcare	866-683-6440 De 6:00 a. m. a 9:00 p. m., hora central (CT), De lunes a viernes	surest.com
Receta	Prime Therapeutics	800-481-6399	myprime.com
Planes National Choice y National Select			
Atención médica (BCBSTX)	Blue Cross Blue Shield of Texas (BCBSTX)	800-269-0420	bcbstx.com
Búsqueda de proveedores médicos dentro de la red	Blue Cross Blue Shield of Texas (BCBSTX)	800-269-0420	Encuentre un médico o un hospital de Blue Shield of Texas (bcbstx.com)
Receta	Prime Therapeutics	800-269-0420	bcbstx.com
Visitas virtuales	MDLive	888-680-8646	mdlive.com/wfm
Whole Health Plan (WHP)			
Atención médica (WHP)	WebTPA	844-380-4554	webtpa.com
Búsqueda de proveedores dentro de la red	Red preferida	844-380-4554	members.ehnconnects.com
Búsqueda de proveedores dentro de la red	Red ampliada	844-380-4554	www.aetna.com/asa
Receta	Prime Therapeutics	877-278-5206	myprime.com
Visitas virtuales	MDLive	888-680-8646	mdlive.com/wfm
Administración de la atención	El equipo de atención médica integral	844-380-4554	wfm.employershealthnetwork.com/
Plan PPO de HMSA en Hawái			
Cobertura médica y de recetas	HMSA	808-948-6111 (Oahu) 800-776-4672 (en las islas vecinas o dentro del territorio)	hmsa.com



Contactos

BENEFICIO	SOCIO PROVEEDOR DE BENEFICIOS	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
Cuentas de fondos para atención médica	WEX	866-402-2887	wexinc.com
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)			
Cuenta de bienestar personal (PWA)			
Dental	Cigna	800-244-6224	cigna.com
Visión	Vision Service Plan (VSP)	800-877-7195	vsp.com
Cuentas de gastos flexibles (FSA) <ul style="list-style-type: none"> FSA para atención médica FSA compatible con HSA FSA para atención de dependientes 	WEX	866-402-2887	wexinc.com
Seguro de vida y por AD&D	Aflac	800-206-8826	learn.aflac.com/wholefoods
Discapacidad a corto plazo	Sedgwick	844-465-6240	sedgwick.com
Discapacidad a largo plazo	Aflac	800-206-8826	learn.aflac.com/wholefoods
Seguro por accidentes	Aflac	800-433-3036	learn.aflac.com/wholefoods
Seguro por enfermedades críticas			
Seguro de indemnización hospitalaria			
Programa de seguro para el automóvil y el hogar	Aon Everyday	800-438-6381	everyday.aon.com/wfm
Seguro para mascotas	MetLife a través de Aon Everyday	855-270-7387	everyday.aon.com/wfm
Programa de asistencia para miembros del equipo (TMAP)	Headspace	888-WFM-TMAP	TMAP.wholefoods.com
Programa para dejar la nicotina	Quit For Life	866-QUIT-4-LIFE TTY 711	quitnow.net/wfm
Perks at Work	Perks at Work	N/A	https://www.perksatwork.com/login#





NOTA: Las disposiciones reales del plan para los beneficios de Whole Foods Market se incluyen en los documentos correspondientes del plan, incluida la Descripción Resumida del Plan (SPD) y los folletos incorporados de beneficios/aseguradoras. La Guía de inscripción en beneficios es solo un resumen y es posible que no describa todas las opciones de beneficios. Esta Guía de inscripción de beneficios proporciona actualizaciones de su SPD existente a partir del primer día del año del plan, que describe sus beneficios de salud y bienestar con mayor detalle. Hasta que la Compañía le proporcione una SPD actualizada, esta guía es un Resumen de modificaciones materiales (SMM) y debe conservarse con sus registros, junto con su SPD. Como siempre, los documentos oficiales del plan determinan los beneficios que tiene disponibles para usted y sus dependientes cubiertos. Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, prevalecerán los documentos oficiales. La Compañía se reserva el derecho de enmendar o cancelar cualquiera de sus planes o políticas, realizar cambios a los beneficios, costos y otras disposiciones relacionadas con los beneficios en cualquier momento, con o sin previo aviso, sujeto a la ley de aplicación.