



RRD BENEFITS
HEALTH | WEALTH | LIFE

RRD 160 | DESDE 1864

SU JORNADA SE INICIA AQUÍ.

INSCRIPCIÓN ANUAL DE 2025

Puntos Principales de los Beneficios

Inscríbase del 30 de octubre al 13 de noviembre de 2024

SU JORNADA SE INICIA AQUÍ.

Escoja sus Beneficios del 30 de octubre al 13 de noviembre de 2024

La vida es una jornada, y es bueno que sepa que la suya está respaldada por beneficios en los que puede confiar — beneficios que apoyan su bienestar físico, mental y económico.

Durante la Inscripción Anual, tiene la oportunidad de explorar y escoger los beneficios que son indicados para usted para el próximo año.

Para 2025, hay algunos grandes cambios en sus opciones de beneficios, incluso la eliminación de varias opciones del Programa Médico y la añadidura de un nuevo programa diferente. Con estos cambios (junto con otros cambios en los beneficios que han ocurrido a lo largo de los años), es ahora el momento ideal para dar un nuevo vistazo a todas sus opciones.

Revise sus materiales de inscripción atentamente para que esté plenamente preparado a escoger los beneficios que son indicados para usted y su familia. ¡Empecemos juntos esta importante jornada!

¡Vea las Novedades!

Vea este video breve para saber más sobre lo que hay de nuevo para 2025. Y siga en sintonía para más información sobre la inscripción y enlaces con la página de inscripción que pronto estará disponible.



myRRDbenefits.com

Encuentre todo lo que necesita saber sobre sus beneficios de RRD:

- ▷ Noticias sobre sus beneficios
- ▷ Información para ayudarle a manejar su salud y usar sus beneficios con inteligencia
- ▷ Documentos Importantes del Plan
- ▷ ¡Enlaces con sus proveedores de beneficios y más!

NOVEDADES PARA 2025.

Éste es un panorama de lo que es nuevo y diferente con sus beneficios de RRD a partir del 1 de enero de 2025 (y en algunos casos, antes de esta fecha como se indica abajo). Habrá más información disponible sobre sus beneficios de 2025 a mediados de octubre en myRRDbenefits.com.

Cambios en el Programa Médico

¡NOVEDAD! Plan PPO Coupe de BCBS

El plan PPO Coupe de BCBS es una nueva opción que ofrece costos predecibles de salud con copagos sencillos, coseguro limitado en recetas médicas, sin deducibles y sin cargos ocultos o de sorpresa en las cuentas médicas. Sepa más sobre el plan PPO Coupe de BCBS en [la página 5](#).

Desaparecen cinco opciones del Programa Médico

¡SE REQUIERE ACTUAR! Si actualmente está inscrito en una de las opciones indicadas abajo **debe** elegir una nueva opción de Programa Médico durante la Inscripción Anual. Si no actúa, se le asignará una nueva opción — el nuevo plan PPO Coupe de BCBS con el mismo nivel de cobertura (Solo Empleado, Empleado + Cónyuge, Empleado + Hijos, o Familia) que tiene en 2024.

- Plan Value con Copago de BCBSIL
- Plan HMO Blue Advantage de BCBSIL
- Plan HSA del Área de Atlanta
- Plan HSA de Kaiser en Colorado
- Programa Médico McKay de BCBS

Deducibles menores en las opciones del Programa Médico Nacional — ¡nuevamente!

Pagará \$100 menos en gastos de deducible por la cobertura Solo del Empleado y \$200 menos por cobertura de Empleado más Cónyuge, Empleado + Hijos o Familiar en 2025.

Contribuciones en la opción del Programa Médico Nacional

La cantidad que paga por su cobertura aumentará en \$5 por mes por cobertura Solo de Empleado y \$10 por mes por cobertura del Empleado + Cónyuge, Empleado + Hijos) y Familiar.

Dos programas nuevos para apoyar su salud

En el otoño de 2024, RRD introdujo un nuevo programa para bajar de peso con Twin Health y un nuevo programa de manejo de la condición integral de la persona con Goodpath para empleados y sus dependientes inscritos en un Programa Médico Nacional (o el programa PPO Coupe de BCBS en 2025). Ambos programas son completamente voluntarios y están a su disposición sin ningún costo. Esté pendiente de anuncios del nuevo programa por correo y siga leyendo a continuación para tener más información.

¡NOVEDAD! **Peso Saludable con Twin Health.** Twin Health combina una aplicación móvil, tecnología y el apoyo de un equipo médico para sanar su metabolismo y ayudarlo a lograr una pérdida de peso sostenible. Dependiendo de su Índice de Masa Corporal (IMG) y otros factores clínicos de salud (que pudieran incluir resultados de pruebas de laboratorio), usted y sus familiares adultos pudieran ser elegibles a participar.

¡NOVEDAD! **Cuidado Integral de la Persona con Goodpath.** Goodpath combina los tratamientos médicos tradicionales con terapias complementarias (por ejemplo actividad física, nutrición y apoyo a la salud de la conducta) para ayudarlo a manejar ciertas afecciones de salud crónicas como el dolor de espalda y otros problemas musculoesqueléticos y problemas digestivos; COVID prolongado; cáncer; y problemas de salud de la conducta como depresión, ansiedad y estrés. Después de completar un cuestionario de salud y usar una plataforma digital sencilla, tendrá un plan de cuidado adaptado a sus necesidades y metas únicas. Goodpath también le proporcionará un asesor de salud y artículos y aparatos médicos para apoyarle en su jornada de cuidado.

La cobertura de las medicinas GLP-1 va a cambiar

A partir de 2025, las medicinas GLP-1 ya no se cubrirán en las opciones del Programa Médico Nacional **cuando sean recetadas para dar tratamiento a la obesidad.** (Por favor verifique con su HMO para confirmar la cobertura GLP-1 en 2025). Se seguirá proporcionando la cobertura de las medicinas GLP-1 si se recetan para diabetes. Si actualmente está usando estas medicinas para dar tratamiento a la obesidad, hable con su doctor de tratamientos alternativos o cambios en estilo de vida que pudieran funcionar para usted. También puede aprovechar Peso Saludable con Twin Health y/o Wondr Health, dos programas para bajar de peso que están disponibles como parte de las opciones del Programa Médico Nacional de BCBS y el plan PPO Coupe de BCBS.

Cambios y Mejoras en el Programa Óptico

La red de proveedores de atención óptica de RRD cambiará a la red Insight de EyeMed e incluirá Eye360, un mejor paquete de beneficios para los miembros que visiten un grupo selecto de proveedores de la red de EyeMed llamados proveedores PLUS. Los beneficios de Eye360 incluyen exámenes de la vista con pago de \$0 y asignaciones adicionales para armazones y lentes de contacto cuando visite proveedores PLUS. El Programa Óptico también incluirá 40% de descuento en pares adicionales de anteojos, descuentos en cirugía LASIK, y más.

Visite el directorio de proveedores de EyeMed en eyemed.com para ver cuáles proveedores participan en la red Insight y busque el símbolo "PLUS Provider" para ver cuáles de esos proveedores le hacen elegible a los beneficios extra de Eye360.

Aumenta la Contribución a la Cuenta de Ahorros de Salud

Puede contribuir a una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) si se inscribe en una opción del Programa Médico elegible a HSA (HSA Value, HSA Advantage o Kaiser HSA) y no tiene ninguna cobertura médica que le descalifique. Contribuir a una cuenta HSA le permite ahorrar dinero y pagar sus gastos de salud elegibles libre de impuestos. Para 2025, puede contribuir \$4,300 si tiene cobertura Solo de Empleado y \$8,550 si tiene cobertura de Empleado + Cónyuge, Empleado + Hijos o Familiar. Si cumplirá 55 años o más para el final de 2025, puede contribuir hasta \$1,000 más en contribuciones de recuperación. El dinero en su cuenta HSA siempre es suyo para que lo utilice cuando lo necesite — ahora y en el futuro.

Nuevos Límites para las Cuentas de Gastos Flexibles de Salud

Puede pagar los gastos propios elegibles de salud libre de impuestos al inscribirse en la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA). Para 2025, puede contribuir entre \$200-\$3,200 a una cuenta FSA de Salud de Uso Pleno (si está inscrito en el plan Advantage con Copago o en PPO Coupe de BCBS) o una cuenta FSA Limitada de Salud (si está inscrito en una opción médica HSA). La cantidad total que elija contribuir por el año está inmediatamente disponible para gastos elegibles, incluso si supera la cantidad de contribución por nómina que se haya deducido de su sueldo o depositado en su cuenta al presentar un reclamo.

Con la cuenta FSA de Salud de Uso Pleno, puede recibir reembolsos libres de impuestos por gastos médicos, de recetas médicas, dentales y ópticos calificados en cualquier momento del año. Con la cuenta FSA de Salud de Uso Limitado, puede recibir reembolsos por gastos dentales y ópticos calificados en cualquier momento del año, pero solo será elegible para el reembolso de gastos médicos y de recetas médicas calificados después de que haya cubierto la parte mínima legalmente requerida de su deducible del Programa Médico en 2025 (\$1,650 por cobertura Solo del Empleado y \$3,300 por cobertura de Empleado + Cónyuge, de Empleado + Hijos y Familiar). No puede reembolsarse de ambas cuentas FSA y HSA por el mismo gasto.

¡SE REQUIERE ACTUAR! Para empezar o continuar participando en el programa FSA en 2025, **debe** inscribirse durante la Inscripción Anual. Sus elecciones actuales no se transferirán.

ASK EMMA



Durante la Inscripción Anual, revise sus opciones con cuidado para asegurarse que tiene la cobertura indicada para sus necesidades y presupuesto. Ask Emma que le ayuda a comparar sus opciones y costos en rrd.bwsift.com.

Más Beneficios por su Salud y Bienestar

Como parte de sus beneficios con RRD, tiene acceso a una amplia variedad de programas y recursos para ayudarle a manejar su salud y ahorrar dinero. Aprenda más en myRRDbenefits.com.

PLAN PPO COUPE DE BCBS

Lo que debe saber sobre su nueva opción de programa médico.

Si busca una opción médica que sea fácil de entender y fácil de usar, el plan PPO Coupe de BCBS pudiera ser la elección indicada para usted.

Características Clave

El plan PPO Coupe de BCBS le facilita escoger atención económica y de calidad ofreciéndole un copago fijo. La cantidad depende de cuál proveedor escoja.

- Sin deducibles, coseguro limitado en recetas médicas y ninguna cuenta de sorpresa.
- Ahorros en costos.
- Factores métricos de los proveedores que pueden llevar a mejores resultados de salud.

Cómo Funciona

1

Firma del formulario de incorporación económica.

El financiamiento del cuidado de la salud está integrado en la opción PPO para todos los servicios médicos cubiertos hasta la cantidad máxima de gasto propio por cada año del plan. Cuando firme el formulario de incorporación económica, recibirá un estado de cuenta mensual.

2

Busque el servicio y escoja un proveedor entre la amplia red de proveedores del plan PPO Coupe de BCBS.

Utilice la aplicación o página del plan PPO Coupe de BCBS o llame a su Valet de Salud para buscar proveedores. El plan PPO Coupe de BCBS usa la red PPO de BlueCard que incluye 95% de los doctores, 96% de los hospitales y la red Central de Blue Cross Blue Shield Global® si viaja fuera de Estados Unidos.

3

Escoja un proveedor o servicio en base a su clasificación en cuanto a costo y calidad.

Los proveedores están asignados a "niveles" en base a sus factores métricos, incluso calidad (entrenamiento y certificaciones, alineación con buenos resultados de atención) y eficiencia (los proveedores que logran los mejores resultados de cuidado brindando la cantidad apropiada de atención). Los copagos luego son asignados a cada nivel para animarle a que use proveedores con alta calificación.

PROVEEDOR DE NIVEL 1

La calificación más alta / el copago más bajo

PROVEEDOR DE NIVEL 2

La calificación de mediano nivel / copago moderado

PROVEEDOR DE NIVEL 3

La calificación más baja / el copago más alto

4

Visite su proveedores y muestre su tarjeta de identificación.

Si ya firmó el formulario de incorporación económica, pagará \$0 en el momento de su visita y recibirá una cuenta mensual consolidada como se describe en #1. Si no ha firmado el formulario de incorporación económica, recibirá un Formulario de Explicación de Beneficios (EOB) que le muestra la cantidad que tiene que pagar y una cuenta de su proveedor.

5

Pague su cuenta.

Se dispone de planes de pago personalizados, incluso planes con 0% de interés y reembolso de 1.5% cuando pague su saldo por completo en la fecha de vencimiento. Su pago mínimo requerido es \$100 por mes por saldos menores de \$2,000 y \$375 por mes por saldos de \$2,000 ó más. Puede hacer pagos por medio del portal del plan PPO Coupe de BCBS y/o pagar por nómina, tarjeta de crédito, cuenta bancaria o su cuenta HSA/FSA. Si no firma el formulario de incorporación económica, pagará a su proveedor/farmacia su parte designada del costo, que pudiera requerirse en el momento del servicio.



Encuentre un proveedor.

Utilice la aplicación, página o teléfono de Coupe Health para buscar proveedores.



Escoja su proveedor o servicio.

Pondere las calificaciones de costo y calidad para tomar una decisión informada para sus necesidades.



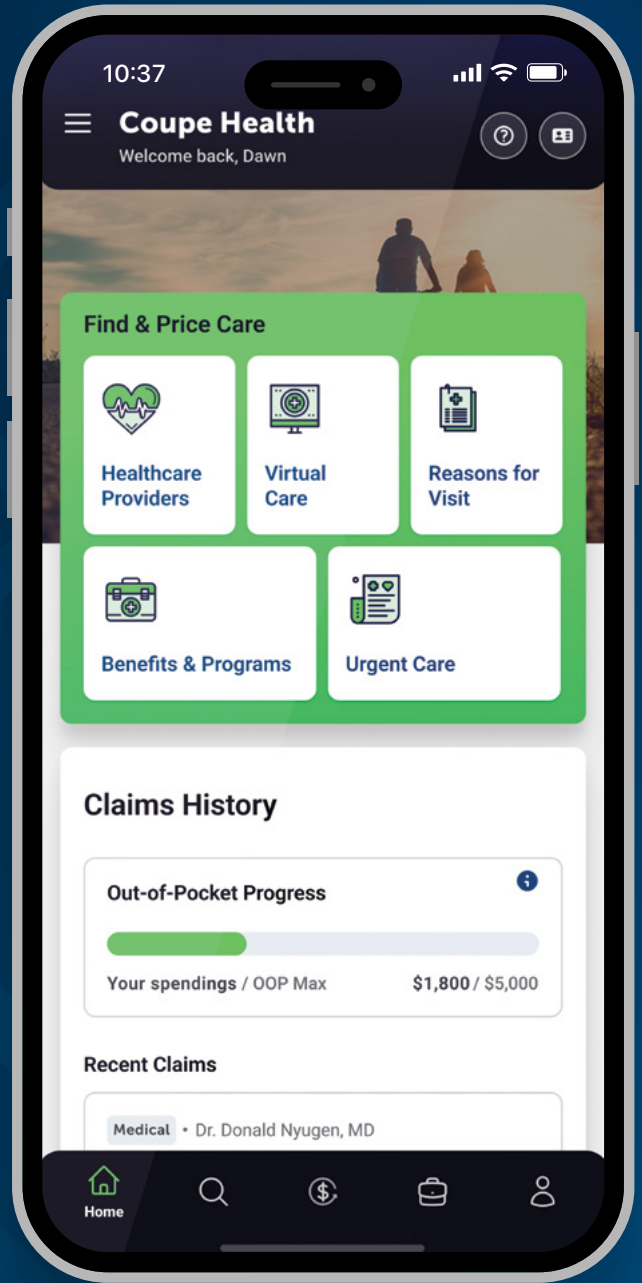
Muestre su tarjeta de identificación.

Muestre su tarjeta de identificación durante su visita y deba \$0.



Pague su cuenta.

Reciba un estado de cuenta mensual y páguelo como cualquier otra cuenta.



¡LO QUE NECESITA HACER!

1

Únase al Entrenamiento de Beneficios.

A partir de la semana del 7 de octubre, ingrese al Entrenamiento de Beneficios para aumentar su conocimiento de los beneficios para la Inscripción Anual y más allá. Vea el horario en myRRDbenefits.com.

2

Revise sus beneficios.

Visite myRRDbenefits.com para tener acceso a su *Guía de Inscripción en los Beneficios de 2025* (disponible a mediados de octubre), los Resúmenes Descriptivos de los Planes (SBC), los Resúmenes de Beneficios y de Cobertura (SBC) y cualquier Resumen de Modificaciones de Importancia (SMM).

3

Ask Emma por ayuda para tomar decisiones informadas sobre sus beneficios.

En la página de inscripción (accesible desde myRRDbenefits.com), use la asistente virtual para ver los costos, comparar opciones y ayuda para escoger los beneficios indicados para su situación.

4

Escoja sus beneficios de 2025 del 30 de octubre al 13 de noviembre.

Vaya a myRRDbenefits.com para enlazarse con la página de inscripción.

- La página de inscripción estará disponible las 24/7 durante la Inscripción Anual. Puede regresar a la página de inscripción para hacer cambios con la frecuencia que sea necesaria antes de la fecha límite.
- Si no tiene acceso en línea, puede inscribirse por teléfono a partir del 30 de octubre llamando al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**, lunes a viernes, 7 a.m. – 7 p.m. Centro.
- **¡No se demore!** La inscripción telefónica termina el 13 de noviembre de 2024 a las 6:59 p.m. Centro. Pudiera tener períodos de espera largos si trata de inscribirse por teléfono durante los últimos cuatro días de la Inscripción Anual.

5

Revise y actualice sus dependientes en la página de inscripción.

A principios de 2025 se realizará una auditoría de dependientes. Durante la Inscripción Anual, revise sus dependientes inscritos y confirme que son elegibles de acuerdo a las reglas de nuestro plan. Verificar ahora le ahorrará tiempo y le ayudará a evitar cualquier problema posterior si se encuentra que inscribió a un dependiente no elegible.

* Usted (y/o cada uno de sus dependientes inscritos) que indiquen "Sí" para estatus de Uso de Tabaco pueden calificar para el descuento en las primas por No Usar Tabaco al completar cinco sesiones de asesoría durante el año del Plan. Siempre y cuando una persona participe en el programa antes del 31 de diciembre de 2025, se le reembolsará el recargo por tabaco del plan médico por esa persona. Si está inscrito en los planes de Seguro de Vida Opcional, esas primas se ajustarán prospectivamente para reflejar el descuento en las primas por no usar tabaco con vigencia del primero del mes después de completar cinco sesiones de asesoría. Comuníquese con UBreathe al 1-888-882-5462 para participar en el programa. (Se dará acomodo a las recomendaciones alternas de su doctor para dejar el tabaco).

6

Certifique su estatus de tabaco en la página de inscripción.

Su estatus actual de tabaco se transferirá así que actualícelo si ha cambiado. Los usuarios de tabaco pagarán un recargo en la prima médica anual de \$500 por adulto y \$250 por niño.*

7

Revise/actualice sus designaciones de beneficiarios.

Proteja a su familia y su dinero asegurándose que su información de beneficiarios está al día para su:

- Seguro de vida y cobertura de salud suplementaria en la página de inscripción (rrd.bswift.com)
- Plan de Ahorros 401(k) de RRD en NetBenefits.com
- HSA en HealthEquity.com

8

Confirme sus elecciones.

Después de inscribirse, revise su confirmación para verificar que sus elecciones, dependientes cubiertos y los costos por período de nómina estén correctos. Imprima y guarde una copia para sus expedientes. Puede hacer cambios o correcciones hasta el 13 de noviembre de 2024 en la página de inscripción o llamando al Centro de Beneficios de RRD al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**.



SUS ELECCIONES DE BENEFICIOS ESTARÁN EN VIGENCIA DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025

No puede hacer cambios durante el año a menos que tenga un evento de vida o cambio calificado de su estatus (p.ej., matrimonio, divorcio, nacimiento de un niño).

Para más información, lea el Folleto de Información de Administración en myRRDbenefits.com.

NOTIFICACIONES E INFORMACIÓN IMPORTANTES

Notificación de Privacidad de la Ley HIPAA

Como participante del Plan o del Plan de Beneficios Flexibles de RR Donnelley, usted tiene derecho a recibir la Notificación de Privacidad Según la Ley HIPAA por el Plan. Puede ver una copia de la Notificación de Privacidad de la ley HIPAA en myRRDbenefits.com, o puede solicitar una copia del Funcionario de Privacidad HIPAA del Plan escribiendo a:

R.R. Donnelley & Sons Company

c/o HIPAA Privacy Official
4,101 Winfield Road
Warrenville, IL 60,555

Cambio de sus Elecciones Durante el Año

Si no se inscribe para la fecha límite, la única manera en que podrá inscribirse o cambiar una elección durante el año calendario es si tiene ciertos eventos de vida o cambios de estatus (que se conocen como "eventos de vida calificados"). Tenga presente que los nuevos dependientes no quedan cubiertos automáticamente por el Plan; los deberá inscribir en la cobertura. En el caso de dependientes que ya no sean elegibles para la cobertura del Plan, tiene obligación de llamar al Centro de Beneficios al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)** o ir en línea a rd.bswift.com para quitarlos de la cobertura del Plan.

Puede cambiar sus elecciones durante el año si tiene un evento de vida calificado en una de las categorías descritas en el Folleto de Información de la Administración del Plan (que se encuentra en la sección de Resúmenes Descriptivos del Plan de myRRDbenefits.com), incluyendo un período de Inscripción Especial (que se describe abajo). En general dichos cambios de elección deben hacerse a más tardar 30 días después de la fecha del evento de vida calificado (excepto en el caso de ciertos eventos de inscripción especial descritos enseguida o que de otra manera se señalen en el certificado correspondiente de seguro para el Programa Médico en que esté inscrito). Usted es responsable de hacer los cambios por medio del Centro de Beneficios de RRD. Puede hacer una nueva elección o cambiar una elección actual en respuesta a un evento calificado de vida solamente si la elección es resultado del evento de vida y consistente con él. No todos los eventos de vida calificados se aplican a todas las opciones del Plan. Para ver una lista completa de los eventos de vida calificados, vaya a myRRDbenefits.com para ver el Folleto de Información de la Administración del Plan.

Período de Inscripción Especial para la Cobertura de Salud de Grupo

Si declina la cobertura Programa Médico para usted y sus dependientes debido a que usted/sus dependientes tienen otra cobertura y usted/sus dependientes pierden después la otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir con respecto a su cobertura o la de su dependiente) puede calificar para la inscripción especial en la cobertura de salud del Plan. Su pérdida de la otra cobertura de salud califica para el tratamiento de inscripción especial sólo si se aplican los siguientes dos puntos:

- Usted/sus dependientes estaban cubiertos por otro plan de salud de grupo o cobertura de seguro de salud en el momento en que se les ofreció la cobertura del Plan de Beneficios de Grupo de RR Donnelley.
- Usted/sus dependientes perdieron la otra cobertura porque usaron todo su derecho a la cobertura de continuación COBRA, usted/ellos ya no son elegibles al otro plan o terminaron las contribuciones de la empresa por la cobertura.

Debe inscribirse dentro de los 30 días siguientes a que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que la empresa deje de contribuir con respecto a la cobertura). También puede inscribirse si usted/sus dependientes pierden la elegibilidad a la cobertura bajo Medicaid o el Plan de Seguro de Salud Infantil (CHIP) y se inscribe dentro de los 60 días de perder Medicaid o CHIP. También, pudiera inscribirse si usted/sus dependientes se hacen elegibles para la ayuda con las primas de Medicaid o CHIP respecto al costo del plan de salud de grupo, y se inscribe dentro de 60 días de la elegibilidad para la asistencia estatal con las primas.

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción, podrá inscribirse usted y sus dependientes en la cobertura del Plan. En general, debe inscribirse dentro de los 30 días siguientes a dicho evento.

Nota: El Plan proporciona un plazo más generoso para inscribirse que lo que requiere la ley para agregar nuevos hijos bajo ciertas circunstancias descritas en este párrafo. Si va a agregar a un recién nacido, un niño recién adoptado o un niño recién colocado con usted para su adopción, generalmente tiene hasta 60 días para informar del evento al administrador de elegibilidad bajo la política más generosa del Plan. Sin embargo, si ya está inscrito en alguna de las opciones del Programa Médico nacional auto-financiadas como los niveles de Empleado + Hijos o Familiar tendrá hasta 90 días para informar de dicho evento al administrador de elegibilidad y agregar a su nuevo hijo a la cobertura, ya que esta elección no requiere de ningún cambio de sus primas o aprobación de ninguna compañía de seguros. Muchas de las Opciones del Programa Médico Regional también le ofrecen plazos más generosos para inscribirse que los que exige la ley para la añadidura de nuevos hijos, que varía según la compañía de seguros. Consulte los documentos de la aseguradora para obtener más información.

Para solicitar la inscripción especial o si tiene preguntas con respecto a los derechos especiales de inscripción, por favor comuníquese con el Centro de Beneficios al **1-877-RRD-4BEN (1-877-773-4236)**.

Derecho a Escoger su Proveedor Primario

Dependiendo de dónde viva, pudiera ser elegible a una opción de Programa Médico HMO Regional además de las opciones del Programa Médico Nacional. Si es elegible, recibirá información adicional sobre el plan HMO Regional al cual es elegible, incluyendo la información de contacto.

En general, los HMO Regionales requieren la designación de un proveedor primario (pero no las opciones del Programa Médico Nacional). Tiene el derecho de designar a cualquier proveedor primario que participe en la red HMO Regional y que esté disponible para aceptarle a usted y a sus familiares. Para información sobre cómo escoger un proveedor primario de la lista de proveedores primarios participantes, comuníquese directamente con el HMO Regional al número o página que se incluye en sus materiales de inscripción. En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor primario.

No necesita autorización previa del plan HMO Regional ni de ninguna otra persona (incluso un proveedor primario) con el fin de obtener acceso a la atención de obstetricia o ginecología de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional de la salud pudiera tener obligación de cumplir con ciertos procedimientos, incluso obtener la autorización previa por ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o los procedimientos para hacer referencias. Para una lista de profesionales participantes que se especialicen en obstetricia o ginecología, comuníquese con el plan HMO Regional directamente al número o página que se proporciona en los materiales de inscripción.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres

Información importante sobre los beneficios que pudieran estar a disposición de mujeres que tuvieron o van a tener una mastectomía: Si ha tenido o va a tener una mastectomía, pudiera tener derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos de Salud y Cáncer en las Mujeres (WHCRA, por sus siglas en inglés). En el caso de personas que reciban beneficios en relación con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera que se determine consultando con el doctor que la atiende y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en que se llevó a cabo la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluso linfedemas.

Dicha cobertura está sujeta a todas las disposiciones, limitaciones y requisitos del Plan aplicable a los demás beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el Programa Médico, incluyendo cualquier limitación al deducible anual y al coseguro, que se señalan en el Resumen de Beneficios y Cobertura (ISBA), su SPD y cualquier SMM que se relacione.

Sus Derechos y Protecciones contra Cuentas Médicas de Sorpresa

Cuando reciba cuidado de emergencia o le dé tratamiento un proveedor de fuera de la red o en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, tiene protección contra la facturación de saldos. En estos casos no se le deberá cobrar más que los copagos, coseguro y/o deducible del Plan. Puede visitar [cms.gov/nosurprises/consumers](https://www.cms.gov/nosurprises/consumers) para más información sobre sus derechos según la ley federal. Si piensa que se le facturó incorrectamente llame al **1-800-985-3059**.

¿Qué es “facturación de saldos” (a menudo se llama “facturación de sorpresa”)?

Cuando vea a un doctor o a otro proveedor de salud, pudiera deber ciertos costos propios como el copago, coseguro o deducible. Pudiera tener costos adicionales o pudiera tener que pagar toda la cuenta si ve a un proveedor o visita a un centro de salud que no forma parte de la red del Plan.

“Fuera de la red” significa proveedores y centros que no han firmado un contrato con el Plan (o una de las aseguradoras de las Opciones del Programa Médico Regional) para proporcionar servicios. A los proveedores de fuera de la red se les pudiera permitir facturarle la diferencia entre lo que paga el Plan y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama “facturación de saldos”. Es probable que esta cantidad sea más que los costos en la red por el mismo servicio y pudieran no contar respecto al deducible o límite de gasto propio anual del Plan.

“Facturación de sorpresa” es una cuenta inesperada del saldo. Esto puede sucederle cuando no puede controlar quién participa en su atención—por ejemplo cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero inesperadamente le da tratamiento un proveedor de fuera de la red. Las cuentas médicas de sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Está protegido de facturación de saldos por:

- **Servicios de Emergencia** — Si tiene una afección médica de emergencia y requiere servicios de emergencia de un proveedor o centro de fuera de la red, lo más que le podrán facturar es su parte del costo en la red del Plan (por ejemplo copagos, coseguro y deducibles). No le pueden facturar el saldo por esos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que pudiera recibir después de que esté en condición estable a menos que haya dado su consentimiento por escrito y renuncie a su protección de que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.
- **Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red** — Al recibir servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio en la red, ciertos proveedores pudieran estar fuera de la red. En estos casos, lo más que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de participación de costo en la red del Plan. Esto se aplica a medicinas de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o servicios intensivos. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no podrán pedirle que renuncie a sus protecciones de que no se le facture su saldo.

Si recibe otro tipo de servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones. No se requiere nunca que renuncie a sus protecciones contra facturación de saldos. Tampoco se requiere que reciba atención fuera de la red. Puede escoger un proveedor o centro en la red del Plan.

Cuando no se permita la facturación de saldos, también tiene estas protecciones:

Solamente es responsable de pagar su parte del costo (por ejemplo copagos, coseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera en la red). El Plan pagará directamente todos los costos adicionales a los proveedores y centros fuera de la red.

En general, el Plan debe:

- Cubrir servicios de emergencia sin obligar a que reciba aprobación por los servicios por adelantado (que también se conoce como “autorización previa”).
- Cubrir servicios de emergencia de proveedores de fuera de la red.
- Basar lo que debe al proveedor o centro (su parte del costo) en lo que pagaría con un proveedor o centro de la red sin mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red con respecto a su deducible o límite de gasto propio en la red.



UNAS PALABRAS SOBRE ESTA GUÍA

Esta guía describe los cambios clave en la cobertura que RRD ofrecerá en 2025 a la mayoría de los empleados elegibles a los beneficios y constituye un resumen de modificaciones de importancia (SMM) según los planes de Beneficios Flexibles de RR Donnelley (los "Planes"). Su elegibilidad a los beneficios determinará la cobertura precisa que se le ofrece a usted, a su cónyuge, a su pareja doméstica y/o a sus hijos dependientes. Se dispone de más detalles sobre la elegibilidad en los Resúmenes Descriptivos del Plan (SPD) y los SMM anteriores que están en línea en myRRDbenefits.com.

IMPORTANTE

Las descripciones que se proporcionan en esta guía se basan en los documentos oficiales del Plan. Se han hecho todos los esfuerzos para asegurar que esta información es correcta. En el remoto caso que hubiera una discrepancia entre este documento, los SPD, los SBC, los SMM, y otra información que resume los Planes y los documentos oficiales del Plan, controlarán los documentos oficiales del Plan:

- Donde este documento tenga por objeto resumir las disposiciones actuales de los beneficios de los SPD, SMM, y otros materiales que resumen los Planes y los documentos oficiales del Plan, los documentos oficiales del Plan controlarán.
- Donde este documento tenga por objeto comunicar un cambio a los SPD, SMM y otros materiales con respecto a los Planes y los documentos oficiales de los Planes, este documento controlará.

RRD se reserva el derecho de enmendar o cancelar el Plan o Programas en cualquier momento y por cualquier razón.